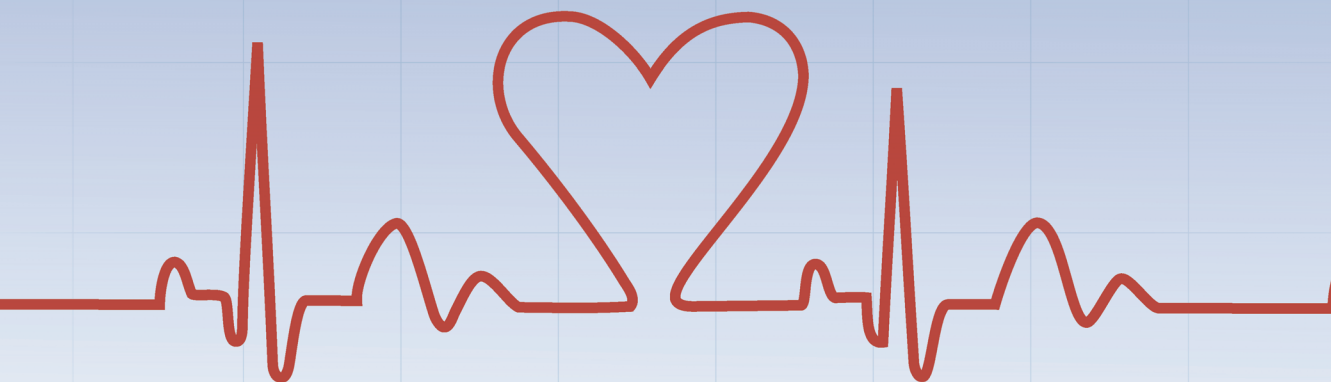


RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED

IN EVROPSKO LETO AKTIVNEGA STARANJA
TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

*Zbornik prispevkov 4. študentske konference
s področja zdravstvenih ved*



RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH
VED IN EVROPSKO LETO AKTIVNEGA
STARANJA TER MEDGENERACIJSKE
SOLIDARNOSTI

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED

IN EVROPSKO LETO AKTIVNEGA STARANJA
TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Zbornik prispevkov 4. študentske konference
s področja zdravstvenih ved

Ur. Katarina Babnik
in Martina Kocbek



KOPER, 2012

Zbornik prispevkov z recenzijo

*Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in Evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti
4. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, Izola, 25. maj 2012*

Urednici izdaje

dr. Katarina Babnik in Martina Kocbek

Oblikovanje naslovnice

Studio za oblikovanje Ark, Manca Švara

Glavni urednik, oblikovanje knjižnega bloka in prelom

dr. Jonatan Vinkler

Vodja založbe

Alen Ježovnik

Izdala in založila

Založba Univerze na Primorskem

Titov trg 4, 6000 Koper

Koper 2012

Tisk

Grafika 3000 d.o.o., Dob

ISBN 978-961-6832-11-3 (tiskana izdaja)

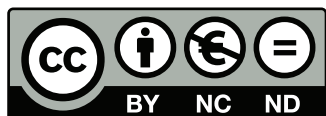
Naklada ■ 200 izvodov

ISBN 978-961-6832-12-0 / ISBN 978-961-6832-13-7 (spletna izdaja)

www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-12-0

www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6832-13-7

© 2012 Založba Univerze na Primorskem



CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-083(082)

316.4.051.63(082)

ŠTUDENTSKA konferenca s področja zdravstvenih ved (4 ; 2012 ;
Izola)

Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto
aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti : zbornik
prispevkov 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved,
[Izola, 25. maj 2012] / [urednici Katarina Babnik in Martina
Kocbek]. - Koper : Založba Univerze na Primorskem, 2012

Dostopno tudi na: <http://www.hippocampus.si/>

ISBN 978-961-6832-11-3

ISBN 978-961-6832-12-0 (pdf)

ISBN 978-961-6832-13-7 (swf)

1. Gl. stv. nasl.

261598208

Vsebina

Vsebina	5
Sodelujoči	9
Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti: organizacijski odbor	11
Nagrade	13
Nagovori članov programskega odbora	15
PRISPEVKI ŠTUDENTOV NA PLENARNEM DELU KONFERENCE	19
<i>Jozef Krajčo, Alexander Kiško, Our first experience with accelerometry in metabolic syndrome in the middle age</i>	21
<i>Alenka Terbovc, Marija Ovsenik, Aktivnosti in socialna mreža starostnikov</i>	29
<i>Darja Vučina, Duška Drev, Povezanost in odvisnost v medgeneracijskem sodelovanju</i>	37
SEKCIJA 1: OBRAVNAVA STAROSTNIKA V ZDRAVSTVENI NEGI	43
<i>Iris Bratina, Doroteja Rebec, Mnenje svojcev o kakovosti bivanja oseb z demenco v Domu upokojencev Tolmin</i>	45
<i>Eva Dolenc, Damjan Slabe, Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč</i>	53
<i>Zlatka Hervol, Tatjana Harlander, Vladka Lešer, Presečna študija kolonizacije z bakterijo MRSA v Domu starejših občanov Krško</i>	61
<i>Katja Lužar, Duška Drev, Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti</i>	69
SEKCIJA 2: ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI	75
<i>Anita Bandelj, Renata Marošek, Matjaž Juhart, Danica Železnik, Primeri kršitev standardov V. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z očmi študentov zdravstvene nege</i>	77

<i>Simona Kuzmič, Suzana Starc, Maja Daničič, Danica Železnik, Pomen verovanja pri starostnikih</i>	85
<i>Tomaž Rantaša, Danica Železnik, Odnos do avtoritete medicinske sestre</i>	93
<i>Barbara Staniša, Liljana Gajser, Lik operacijske medicinske sestre</i>	101
SEKCIJA 3: PACIENT S KRONIČNIM BOLENJEM	109
<i>Sabina Eberl, Jadranka Stričević, Robert Ekart, Mateja Lorber, Vloga medicinske sestre pri preprečevanju napredovanja kronične ledvične bolezni pri otroku in mladostniku</i>	111
<i>Aleksandra Jančič, Klavdija Čuček Trifkovič, Milica Lahe, Depresivna motnja pri pacientih s KOPB</i>	117
<i>Patricija Jerebic, Alenka Oven, Kakovost življenja oseb s kroničnim srčnim popuščanjem</i>	125
<i>Branka Rajter, Ruža Pandel Mikuš, Hipertenzivna bolezen – meta-analiza znanstvenih študij</i>	133
<i>Kristina Zorko, Bernarda Djekić, Barbara Domajnko, Doživljanje spremenjene telesne podobe pri bolniku z luskavico</i>	145
SEKCIJA 4: DEJAVNOST PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA NIVOJA	153
<i>Marjana Benigar Manias, Mojca Bizjak, Vloga probiotikov v prehrani</i>	155
<i>Bojana Dujmovič, Tamara Poklar Vatovec, Prehransko svetovanje plesalcem</i>	163
<i>Mateja Hrast, Karmen Godič Torkar, Ugotavljanje antibiotikov v pitnih in površinskih vodah ter njihov vpliv na občutljivost bakterijskih izolatov</i>	171
<i>David Pogorelec, Sabina Hribernik, Matjaž Petrič, Evgen Janet, Pomen referenčne ambulante za paciente z boleznimi srca in ožilja</i>	179
<i>Dunja Verbič, Vesna Zupančič, Vloga zdravstvenih delavcev pri vzgoji za kakovostno staranje</i>	189
SEKCIJA 5: IZKUŠNJE ŠTUDENTOV	197
<i>Barbara Blažević, Miha Požek, Maja Čurguz, Tilen Zupanc, Marko Mustar, Mateja Tavčar, Sedina Kalender Smajlovič, Znanje študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice o nedovoljenih drogah in odvisnosti od interneta</i>	199
<i>Veronika Ivartnik, Milica Lahe, Metka Harih, Življenjski slog študentov</i>	207
<i>Aleksander Jokić, Danica Železnik, Mnenje študentov fizioterapije o spoštovanju pacientovih pravic</i>	215
<i>Andreja Knavs, Živa Škudnik, Viktorija Špenger, Tjaša Rozman, Špela Pogačnik, Sanela Pivač, Uporaba alkohola in tobaka med študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice</i>	225
<i>Miha Požek, Mateja Tavčar, Ljiljana Leskovic, Klinično usposabljanje v domu starejših občanov: ocena študentov</i>	233

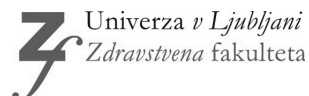
SEKCIJA 6: TIMSKO DELO V ZDRAVSTVU	24I
<i>Zorica Filipovič, Radojka Kobentar</i> , Stres zaposlenih v zdravstveni negi ob ne- želenih dogodkih	243
<i>Sabina Jelinčič, Tamara Štemberger Kolnik, Igor Karnjuš</i> , Komunikacija v timu nujne medicinske pomoči	253
<i>Renata Koren, Rudolfa Oprešnik, Janja Marzel, Mitja Hrastnik, Danica Železnik</i> , Pomen intervizije za zaposlene na področju zdravstvene nege starejših	26I
<i>Edita Krpič, Robert Ilić, Danica Železnik</i> , Pomen timskega dela v enoti intenzivne terapije	269
<i>Gordana Petrušić, Bojana Filej</i> , Odgovornost medicinske sestre pri preprečevanju strokovne napake, povezane z zdravili	279
SEKCIJA 7: PRIPRAVA PACIENTA, DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE	287
<i>Marija Horvat, Barbara Kegl, Metka Harih</i> , Otrok v bolnišnici	289
<i>Tina Lončarič, Janez Podobnik, Nuška Pečarič Meglič</i> , Magnetno resonančna spektroskopija bolezenskih sprememb v možganih	295
<i>Sara Muška, Mojca Saje</i> , Psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg	309
<i>Urška Vernik, Sonja Šostar Turk, Mateja Lorber</i> , Vpliv ambrozije na okolje in zdravje	319
SEKCIJA 8: DRUGE SODOBNE RAZISKOVALNE TEME S PODROČJA ZDRAVSTVA	325
<i>Irena Boljtar, Radojka Kobentar</i> , Biografska metoda dela v zdravstveni negi	327
<i>Nina Hojsak, Jožica Ramšak Pajk</i> , Zdravljenje in odnos družbe do neplodnosti z vidika neplodnega para	337
<i>Ivanka Ražem, Astrid Prašnikar, Sabina Ličen</i> , Seznanjenost pacientov z lastnimi pravicami	345
<i>Alma Sušić, Vida Oražem, Aleksandar Pavlović, Mirko Markič</i> , Organizacijska kultura v Negovalni bolnišnici Ljubljana: realnost in želje	35I
Avtorji in avtorice prispevkov	359
Donatorji in spoznorji	369

Sodelujoči

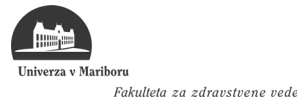
Fakulteta za vede o zdravju, Univerza na Primorskem



Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani



Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru



Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice



Visoka šola za zdravstvo Novo mesto



Visoka zdravstvena šola v Celju



Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec



Evropsko središče Maribor



Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti

4. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved
Izola, 25. maj 2012

Programski odbor študentske konference

Andrej Cör, dekan UP FVZ, predsednik

France Sevšek, dekan UL ZF

Peter Kokol, dekan UM FZV

Brigita Skela Savič, dekanja VŠZNJ

Bojana Filej, dekanja VŠZ NM

Gorazd Voga, dekan VZŠ CE

Danica Železnik, dekanja VŠZV SG

Ludvik Toplak, predsednik ESM

Organizacijski odbor študentske konference

Darja Barlič Maganja, UP FVZ

Tamara Poklar Vatovec, UP FVZ

Melita Peršolja Černe, UP FVZ

Katarina Babnik, UP FVZ

Tamara Štemberger Kolnik, UP FVZ

Maja Šumanski Petrovič, UP FVZ

Bianca Vodovnik, UP FVZ

Rocco Crismancich Orél, UP FVZ

Anamarija Zore, UL ZF

Amela Mikan, UL ZF

Milica Lahe, UM FZV

Tina Hercan, UM FZV

Ljiljana Leskovic, VŠZNJ

Miha Požeg, VŠZNJ

Liljana Gajser, VŠZ NM

Dunja Verbič, VŠZ NM

Darja Plank, VZŠ CE

Mario Drekonja, VZŠ CE

Boris Miha Kaučič, VŠZV SG

Anita Bandelj, VŠZV SG

Danica Železnik, ESM

Tomaž Rantaša, ESM

Recenzenti

Darja Barlič Maganja

Martina Bizjak

Mojca Bizjak

Klavdija Čuček Trifkovič

Ľubica Derňárová

Bojana Filej

Vida Gönc

Ana Habjanič

Igor Karnjuš

Breda Koban

Sabina Ličen

Kristina Likar

Veronika Lipovec

Mateja Lorber

Vitoslava Marušič

Andreja Mihelič-Zajec

Jasmina Nerat

Majda Pajnkihar

Darja Plank

Tamara Poklar Vatovec

Doroteja Rebec

Karmen Romih

Brigita Skela Savič

Tamara Štemberger Kolnik

Anamarija Zore

Vesna Zupančič

Joca Zurc

Lektorji za slovenski jezik

Melanija Frankovič

Janja Korošec

Helena Merkač

Jonatan Vinkler

Zinka Zorko

Lektorji za angleški jezik

Tina Banfi

Nagrade

Programski odbor 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved čestita letošnjim nagrajencem za najboljše delo:

Bojana Dujmovič: Prehransko svetovanje plesalcem

Aleksandra Jančič: Depresivna motnja pri pacientih s KOPB

Aleksander Jokić: Mnenje študentov fizioterapije o spoštovanju pacientovih pravic

Nina Hojsak: Zdravljenje in odnos družbe do neplodnosti z vidika neplodnega para

Renata Koren, Rudolfa Oprešnik, Janja Marzel, Mitja Hrastnik: Pomen intervizije za zaposlene na področju zdravstvene nege starejših

Tina Lončarič: Magnetno resonančna spektroskopija bolezenskih sprememb v možganih

Katja Lužar: Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti

Gordana Petrušić: Odgovornost medicinske sestre pri preprečevanju strokovne napake, povezane z zdravlili.

Nagovori članov programskega odbora

Andrej Cör, dekan Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem

Ko smo pred letom dni prevzeli težko, a prijetno breme organizacije 4. študentske konference zdravstvenih šol Slovenije, smo si potihem želeli, da bi jo lahko organizirali že kot Fakulteta za vede o zdravju. UP Visoka šola za zdravstvo Izola se je konec leta 2011 res preoblikovala v UP Fakulteto za vede o zdravju in študentska konferenca je prva konferenca, ki jo na mladi Fakulteti organiziramo. Preoblikovanje šole v fakulteto je bil zagotovo eden od pomembnejših dogodkov za mlad in hitro razvijajoč se visokošolski zavod, ki danes ponuja štiri študijske programe: dodiplomski študijski program Zdravstvena nega in študijski program Prehransko svetovanje – dietetika, ter magistrska študijska programa druge stopnje Zdravstvena nega in od študijskega leta 2011/ 2012 tudi magistrski študijski program druge stopnje Dietetika.

Visoka šola za zdravstvo Izola je bila ustanovljena 22. marca 2002 in deseto obletnico smo si želeli proslaviti delovno, skupaj s študenti in kolegi učitelji vseh zdravstvenih fakultet in šol Slovenije. Tudi izbira datuma študentske konference in proslave desete obletnice ni bila naključna. Izbrali so 25 maj, dan, ko smo nekoč praznovali praznik mladosti. Našo fakulteto, ki vstopa v obdobje pubertete krasi vse tisto, kar je značilno za mlade ljudi: radoživost, veselje, zvedavost, neugnanost, nagajivost, brezmejna energija pa tudi kritičnost do razmer v družbi. Ravno zato, ker se zavedamo razmer v družbi, smo si kot glavno temo letošnje študentske konference izbrali staranje, saj je letošnje leto Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti. Spreminjanje demografske strukture nas sooča s prihodnjimi izzivi v družbi, ki jim trenutno v Evropski Uniji še nismo povsem kos. Kot bodoči strokovnjaki s področja zdravstva se boste pri svojem delu pogosto srečevali z vprašanjem zagotavljanja kakovostne starosti. Naj vas pri odločitvah in delu vodi zavedanje, da je posameznikova pravica do kvalitete življenja, ki ga sestavlja tudi zagotavljanje možnosti in priložnosti za aktivno udeležbo v družbi, temeljna človekova pravica, ki nima starostnih in generacijskih mej.

Na študentskih konferencah študentje zdravstvenih ved predstavijo najboljše raziskovalne dosežke preteklega leta. Raziskovanje je temelj razvoja vsake znanstvene discipline in strokovne prakse. Še posebno v zdravstvu se obe področji – znanost in praksa, tesno pove-

zujeta in prepletata. Zaveza k raziskovanju in razvoj ustreznega znanja, veščin in kompetenc za raziskovanje so temelj izobraževanja bodočih diplomantov zdravstvenih ved. Prispevki študentov na tradicionalni študentski konferenci s področja zdravstvenih ved odražajo to zavezo in predstavljajo prve korake v področje raziskovanja.

Spoštovane študentke in spoštovani študenti, naj bo letošnja študentska konferenca znanstveno uspešna. Želim vam veliko zanimivih predavanj in plodnih ter burnih diskusij, obenem pa naj bo tudi prijeten dogodek, kjer se boste družili med seboj in navezali stike, ki bodo morda trajali vašo celotno poklicno kariero. Srečno!

France Sevšek, dekan Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani

Na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani v študij vseskozi vključujemo aktivne oblike študentskega dela. Ob seminarskih nalogah in posebnih študijskih vsebinah naj bi se na prvi stopnji študija študenti naučili osnov aktivnega zbiranja znanja in strokovnega pisanja. Študij se nato zaključi z diplomskim delom, ki predstavlja samostojno strokovno delo. Tu se študenti pod vodstvom mentorja seznani z načinom obdelave izbranega strokovnega ali raziskovalnega problema ter s pripravo daljšega strokovnega besedila. Poleg tega so se s programi druge stopnje pojavile tudi magistrske naloge, ki so že po sami zasnovi raziskovalne in praviloma potekajo v okviru raziskovalnih projektov naše fakultete. Podobno potekajo tudi doktorske raziskave v sklopu mentorjevih znanstveno-raziskovalnih projektov, čeprav formalno še v okviru drugih fakultet pri nas ali v tujini. Vendar tudi na tem področju načrtujemo napredek – pričakujemo, da bo kmalu doktorski študij zdravstvenih ved v celoti potekal na naši fakulteti, v sodelovanju z drugimi institucijami.

Poleg samostojnega in kritičnega dela pa je v zdravstvenih poklicih zelo pomembno tudi dobro sodelovanje tako znotraj svoje poklicne skupine kot tudi med strokovnjaki različnih profilov. Zato je ta študentska konferenca še posebno pomembna. Omogoča srečevanje bodočih zdravstvenih strokovnjakov istih profilov, ki se izobražujejo na različnih visokošolskih ustanovah, kakor tudi izmenjavo mnenj med različnimi zdravstvenimi usmeritvami. Veseli me, da se tradicija letnih študentskih zdravstvenih strokovnih srečanj tako dobro razvija. Naj se tudi na ta način utrdi spoznanje, da lahko prihodnost uspešno gradimo le skupaj, v enakopravnem sodelovanju.

Peter Kokol, dekan Fakultete za zdravstvene vede Univerza v Mariboru

Globalizacija zdravstva, nove tehnologije, raziskovalna orodja, demografske spremembe, »Zdravje za vse« in doseg zdravstva v najbolj oddaljene ter nerazvite predele sveta postavljajo pred zdravstvo in zdravstveno nego nove probleme, a hkrati tudi nove priložnosti s katerimi se morajo in se bodo morali spopasti tudi študentje slovenskih izobraževalnih ustanov. Našteti izzivi ne bodo rešljivi brez ustreznega poznavanja in implementacije sodobne raziskovalne paradigme, kakor tudi ne brez objavljana in diseminacije raziskovalnih rezultatov. Priprava znanstvenih prispevkov, raziskovalni proces na katerem prispevek sloni, sama predstavitev rezultatov in kritična razprava sta nujen del raziskovalnega ogrodja in vsakoletna študentska konferenca omogoča prav to.

Brigita Skela Savič, dekanja Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice

Pozdrav 4. študentski konferenci zdravstvenih ved!

Veseli me, da se pobuda Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice o organizaciji študentske konference študentov zdravstvenih ved, ki jo je podprl kolegij dekanov zdravstvenih šol januarja 2009, uresničuje in razvija, na kar kaže kakovost prispevkov, predstavitev in razprav ter zavzetost organizatorjev vsakoletne konference.

Konferenca iz leta v leto raste iz vidika strokovne rasti študentov na magistrski ravni študija. Tako lahko zaznamo strokovno dovršenost prispevkov na prvi stopnji študija in tudi že znanstveni in klinični doprinos prispevkov na drugi stopnji študija, kar je smisel bolonjske vertikale, kjer nam manjka samo še doktorski študij. Čas bo prinesel tudi ta razvojni presežek, pri tem je potrebno biti strpen in razumen. Pot do razvoja doktorskega študija je kakovosten magistrski študij, ki študente usposobi za raziskovanje in na dokazih temelječe delovanje v kliničnem okolju ter razvoj visokošolskih učiteljev iz vidika raziskovalne uspešnosti in mednarodnih objav v revijah s faktorjem vpliva. Pomembno besedo pri oblikovanju doktorskega študija mora imeti tudi klinično okolje, ki mora izraziti potrebe in pričakovanja do bodočih doktorandov. Srečno vsem in nasvidenje na 5. študentski konferenci.

Bojana Filej, dekanja Visoke šole za zdravstvo Novo Mesto

Spoštovani udeleženci študentske konference!

Veseli me, da smo ponovno skupaj, tako študenti kot tudi visokošolski učitelji in sodelavci iz vseh slovenskih visokih zdravstvenih šol in fakultet.

Tovrstna srečanja so priložnost za prikaz strokovnega napredka študentov, ki je posledica izboljševanja kakovosti vsake šole, so pa tudi priložnost za druženje, čisto tisto »ta pravo«, ki so ga sposobni le mladi ljudje, ki niso obremenjeni z vsakodnevnimi političnimi in človeškimi zdrahami.

Vsem želim uspešno konferenco in nasvidenje 2013 v Novem mestu.

Gorazd Voga, dekan Visoke zdravstvene šole v Celju

Drage študentke in študenti,

dobrodošli na 4. študentski konferenci s področja zdravstvenih ved. Letošnja je namenjena predstavitvi študentskih raziskav s področja aktivnega staranja, ki postaja v modernem svetu vse pomembnejše. Kljub temu, da je praktično vsa literatura dostopna na medmrežju in da se medsebojni kontakti lahko vzpostavljajo in vzdržujejo s socialnimi omrežji, je pomen in vrednost neposrednega druženja še vedno velika, mogoče zaradi vseh drugih možnosti še toliko bolj pomembna. Neposredne predstavitve svojega dela in javni ali osebni odzivi nanje poleg strokovnih informacij omogočajo tudi dozorevanje predavateljev in razpravljavcev in so dobra priprava za kasnejše vsakdanje delo. Zaradi tega sem prepričan, da boste po končani konferenci bogatejši za strokovna spoznanja in bolj večji v medsebojnem sporazumevanju. Želim vam uspešno delo.

Danica Železnik, dekanja Visoke šole za zdravstvene vede

Slovenj Gradec

Za visokošolske zavode, ki izobražujemo za zdravstveno nego, je značilno, da se v tej dejavnosti prepletajo tako tehnični kot človeški vidiki, tesno povezani z izvajalci in uporabo

niki storitev. Slednji pričakujejo visokokakovostno storitev, zato je ključnega pomena znanje izvajalcev.

Znanje in izobraževanje sta gotovo najučinkovitejši orožji proti zastareli miselnosti in odvisnosti od drugih. Za razvoj zdravstvene nege potrebujemo uporabno, učinkovito in čim modernejšo znanje, v katerem za rutino ni prostora.

Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec sledi strategiji izobraževanja, kar pomeni celovito obvladovanje kakovosti, ki se prične in konča z izobraževanjem. Vpisujemo majhno število študentov, tem pa omogočamo visokokakovostno poučevanje v smislu individualnega pristopa visokošolskih učiteljev in mentorjev v kliničnem okolju. Skrb za kakovost je vtkana v vse dejavnosti in procese izobraževanja, saj se zavedamo, da bo postala kakovost način življenja posameznika le, če bo tudi sestavni del njegovega izobraževanja.

Na študentski konferenci sodelujemo drugič. Vemo, da dodiplomski visokošolski strokovni študijski program prve stopnje zdravstvena nega ni raziskovalno naravnana, vendar se prav na tem nivoju izobraževanja študenti seznanijo s temelji raziskovanja, ti pa ponujajo ustrezna znanja za nadaljevanje izobraževanja ter raziskovanja na drugi in tretji stopnji. Veseli nas, da je vedno več študentov, ki so pripravljeni predstaviti svoje prispevke. Želimo uspešno konferenco.

Ludvik Toplak, predsednik Evropskega središča Maribor

Osnovno poslanstvo ALMA MATER EUROPA – Evropskega Središča Maribor (ESM) je, da razvija in izvaja kakovostne, deficitarne, evropsko orientirane aplikativne, zaposljive in konkurenčne programe, ki so obstoječim visokošolskim programom komplementarni. ESM povezuje številne univerze, znanstvenike in raziskovalne institucije, ki z bolonjskimi programi vzpostavljajo skupni evropski visokošolski prostor in se posvečajo ključnim vprašanjem kot so ekologija, evropska reintegracija, medkulturno sožitje ter zdravje in socialna kohezija, zlasti v Podonavju.

ESM se hkrati pridružuje prizadevanjem po večji vključenosti kliničnega okolja – delodajalcev v univerzitetno sfero. Tako visokošolski programi predstavljajo sodobni diskurz o odzivu na potrebe okolja.

Razvoj »na znanju temelječe družbe«, »učeče se organizacije« ter »ustvarjalne organizacije« v fazi njihove implementacije na področju zdravstva zahteva izobraževalne programe, ki zagotavljajo visoko kvalificirane strokovnjake na področju zdravstvenih ved. Nova znanja in spoznanja bodo študentom zdravstvenih ved v prihodnosti omogočila, da se bodo uspešno in učinkovito prilagajali različnim potrebam na področju zdravstva, zlasti zdravstvene nege, fizioterapije in socialne gerontologije.

ESM z mrežo znanstvenikov in strokovnjakov iz prakse organizira znanstvene konference in se vključuje v mednarodne raziskovalne programe. Posebej si želi sodelovanja z domačimi, strokovnimi in znanstvenimi institucijami, da bi tako prispevali blagostanju in trajnostnemu razvoju družbe.

Prispevki študentov na plenarnem delu konference

Our first experience with accelerometry in metabolic syndrome in the middle age

Jozef Krajčo, Alexander Kiško

Abstract

Introduction: Sedentary lifestyle is recognized as an important risk factor of cardiovascular diseases. The main consequences of inactivity are overweight and obesity, followed by circulatory and metabolic disorders. Thanks to the objective assessment of physical activity by accelerometry, we emphasized a sedentary lifestyle and inactivity as the important risk factors of metabolic syndrome.

Methods: 12 male subjects mean age $57 \pm 3,1$ years were enrolled into the study and formed two groups: the research group of 6 patients with metabolic syndrome and control group of 6 age and sex matched practically healthy persons without any serious somatic or metabolic disorders. Accelerometry as an objective method of the assessment of physical activity for 4 days (2 working and 2 weekend days) was used. To our best knowledge it was for the first time that Actigraph GT3X+ accelerometer and Actilife 5 software were used for the assessment of metabolic equivalents, time spent at various levels of physical activity, energy expenditure and the number of steps taken during the evaluating period in patients with metabolic syndrome in Slovakia.

Results: In the research group of the patients with metabolic syndrome there was a significant deficiency in the amount of physical activity measured in metabolic equivalents against the healthy persons in the control group ($1,06/1,24$, $p < 0,02$) and time spent in sedentary was significantly longer ($82,4\%$ against $72,4\%$, $p < 0,0005$). There wasn't a significant difference in energy expenditure in both groups ($2275,5$ kCal against $1942,4$ kCal). We found a significant difference in amount of the steps taken during the monitoring period of 4 days in research and control group ($16\,238$ against $35\,697$, $p < 0,01$) that indicates on deficiency in physical activity in patients with metabolic syndrome.

Discussion and Conclusions: Accelerometry - a technically relatively simple and highly accurate method of the assessment of physical activity was used for the first time in patients with metabolic syndrome in Slovakia. This study demonstrated a reduced amount of physical activity and significantly longer time spent in sedentary in metabolic syndrome patients. The results predispose for the interventions in the sedentary lifestyle for the improving outcomes in the patients with metabolic syndrome.

Key words: inactivity, sedentary lifestyle, physical activity, metabolic syndrome.

Introduction

Reliable and accurate assessment of total physical activity (PA) is a challenge for epidemiologists, scientists, researchers and practitioners. It should be pointed out that inactivity and a sedentary lifestyle is one of the important factors of overweight, obesity and subsequent cardiovascular and metabolic disorders with clinical complications, especially in the middle age and the elderly of ageing human population. In addition to health consequences Pribiš (2008) also pointed on the economic consequences of PA. It is assumed that in the next decade a sedentary lifestyle syndrome will cause premature death in 2,5 million Americans, and treatment costs will be about \$ 3 trillion. For this reason, Tremblay (2010) calls for the need to measure and evaluate not only PA, but also inactivity, that means time spent in sedentary. Although there are different methods and ways to quantify the level of PA during daily life, but today probably only the one and most accurate method of the objective assessment of PA and time spent in sitting, is the accelerometry. According to Corder et al. (2008) accelerometry is currently the most common method of objective assessment of PA / inactivity in all age groups and various clinical situations. Unfortunately, currently an experience with this modern method in the eastern part of Europe, and in Slovakia especially, is insufficient. Accelerometer quantifies body movement, which is connected to a one (uniaxial), or more planes (triaxial) as well as the intensity and speed of movement. Welk (2002) describes an accelerometer to measure motion as an option, record the time and evaluate the intensity of movement. It is useful for the assessment of the total volume of activity and energy expenditure as well as the position of the tracked object. Accelerometers are not only able to quantify the total amount of PA, but also the time spent in sedentary, light, moderate and vigorous loads. Data can easily be digitized into electronic form through connection to a computer and the analyses of PA in different intensities during the monitored period are available. Based on the obtained results appropriate interventions in lifestyle with the deficiency of physical activity can be indicated.

Methods and clinical material

Several methods exist to assess physical intensity levels and accelerometry is a method of choice that could be easily used in the field. We used 3-axial accelerometer „Actigraph GT3X+“ (Pensacola, FL, USA) (Fig.1) for the objective assessment of PA in male patients with metabolic syndrome (MS) and to compare the results to those obtained in practically healthy men of the same age. ActiGraph devices are used by researchers and clinicians in hundreds of universities and research organizations in more than 65 countries and are the most validated and widely used of their kind. ActiGraph GT3X+ activity monitor provides PA measurements such as activity counts and vector magnitude, energy expenditure, steps taken, activity intensity levels, metabolic equivalents (MET's) and more. An integrated ambient light sensor supplies valuable information on the subject's environment. Unlike previous ActiGraph devices, the GT3X+ collects data in raw format at a user specified sample rate up to 100 Hertz. Filtering and epoch selection are performed after data is collected, allowing users to process datasets multiple times at different epoch selections even after a study has ended. The GT3X+ has an inclinometer to determine subject position and identify periods when the device has been removed, and it can be worn during periods of sleep to measure the amount and quality of sleep. The water resistant GT3X+ can with-

stand submersion at depths to 1 meter for up to 30 minutes. The GT3X+ can store over 40 days of raw data, and its rechargeable battery is capable of providing power for 30 days between charges. To our best knowledge this accelerometer-inclinometer device was not used in Slovakia for the assessment of PA before.



Figure 1: 3-axis accelerometer Actigraph GT3X+ (www.theactigraph.com).

12 male subjects mean age $57 \pm 3,1$ years were enrolled in to the study and formed two groups: the research group of 6 patients aged $56,5 \pm 3,9$ years with MS according to IDF criteria and control group of 6 age and sex matched practically healthy men $57,5 \pm 2,7$ years old, without any serious somatic or metabolic disorders. More detailed clinical characteristic is presented in the table 1.

Table 1: Clinical characteristic of the subjects.

	Control group	MS patients
N=12	6	6
Age (years)	$57,5 (\pm 2,7)$	$56,5 (\pm 3,9)$
Height (cm)	$178,33 (\pm 4,76)$	$176 (\pm 4,56)$
Weight (kg)	$83,5 (\pm 3,62)$	$127 (\pm 15,87)$
BMI (kg/m^2)	$26,22 (\pm 0,95)$	$40 (\pm 5,26)$

Each subject was monitored for 4 consecutive days, while 2 days were during the working week and two days over the weekend, that excludes potentially lower PA during the working days in case of sedentary job. The research was done in the period from January to March 2012, the average air temperature was $-1,54^\circ\text{C}$, average humidity 74,7%. Actigraph GT3X+ was worn on the belt on the left waist side for the period of 4 days in habitual

social environment and daily exercise regime. The aim of the study was to assess the intensity of PA in MS patients based on the values of the MET's, time spent in various zones of physical intensity and in sedentary, steps taken and energy expenditure during a specified period and to compare it to data obtained in control group.

Triaxial accelerometer Actigraph GT3X+ was set at 1-minute epochs for data storage. Data were downloaded into the computer and processed with the licensed software ActiLife 5. The adult METs formula is used with this software for subjects 18 years and older using the Freedson equation on a per-epoch basis (60 second epochs are required for this tool) and are averaged to obtain hourly MET's level. The MET's from 1 to 1,5 were considered as sedentary lifestyle, from 1,5 to 3 - light intensity of PA, from 3 to 6 - moderate intensity of activity, 6-9 were considered vigorous, and level more than 9 MET's as very vigorous intensity of PA. The cut point defaults for counts used with ActiLife 5 software are as follows: 0-99 counts/min - sedentary, 100-759 counts/min - light intensity, 760/1951 counts/min - lifestyle, 1952-5724 counts/min - moderate, 5725/9498 counts/min - vigorous and 9499 and more counts/min - a very vigorous intensity of PA.

Results

The results of the study showed (table 2) that the mean value of total PA in patients with MS was 1,06 MET's that means the minimal level and is significantly lower in compare to the control group (1,24 MET's, $p < 0,02$). We found that in the control group of practically healthy men the level of total PA is also inadequate and is at the level of sedentary lifestyle.

Patients with MS spent about 12 % of the time in very light PA which is 6,4 % less than in control group (18,4 %) and this difference was statistically significant ($p < 0,02$). Respondents in control group as well as patient with MS spent almost the same amount of time at the lifestyle level of PA (4,9 % against 4,2 %, $p < 0,53$). We concluded that in light PA there isn't a significant difference in time spent by patients with MS and healthy men at this level.

A quite significant deficiency of PA was detected in patients with MS at moderate level of PA where they spent only 1,5% of total monitoring time against 4,2 % in control group ($p = 0,05$). There was not statistically significant difference in times at vigorous and very vigorous levels of PA. However, the total time spent sedentary was in MS patients 82,4 %, against 72,4 % ($p < 0,0005$) in control group, that means 10 % less. Time spent in sitting is considered to be extremely important for the further progression of the obesity and metabolic disorders.

Total energy expenditure during the period of 4 days was in MS group 1942,4 kilocalories, that means 485,6 kilocalories per day and 20,6 kilocalories per hour, while in control group it was 2274,5 kilocalories per the monitoring period, 568,6 kilocalories per day and 24,2 kilocalories per hour (non-significant). Patients with MS had a lower total energy expenditure during the reporting period of monitoring by 332 kilocalories, per day - 83 kilocalories, as well as per hour - 3,6 kilocalories, but these differences weren't statistically significant.

The total numbers of steps taken during the reporting period of monitoring and a number of steps per day were calculated as well. We have set a recommended limit of 10 000 steps per day as a criteria of an adequate PA. Patient with MS during the period of

4 days took significantly less steps than healthy men in control group: 16 238 against 35 697 ($p<0,01$), which means that the difference in groups was almost 19 500 steps. Number of steps per day in patients of the research group was 4 060 steps, while in control group it was 8 929 that means 4 869 steps less per day in patients with MS. Men in control group met recommended limit of 10 000 steps per day in 89,3 % while patients with MS only in 40,6 %. So, patients in research group were more inactive and took less steps as stated by conventional criteria.

Table 2: Value of MET's, time spent in sedentary, light, lifestyle, moderate and vigorous PA in %, total energy expenditure in kCal, total count of steps taken, unpaired t-test results.

	Control group	MS patients	t-value	p-value
MET's	1,24 ±0,15	1,06 ±0,05	2,80	0,02
Sedentary	72,4 % ±4,1	82,4 % ±2,5	5,07	0,0005
Light	18,4 % ±4,1	12 % ± 3,62	2,89	0,02
Lifestyle	4,9 % ±1,5	4,2 % ±2	0,65	0,53
Moderate	4,2 % ±2,6	1,5 % ±1,43	2,22	0,05
Vigorous	0,1 % ±0,28	0 %	1,16	0,27
Energy expenditure	2 274,5 kCal ±1 045	1942,4 kCal ±1 049	0,55	0,60
Steps total	35 697 ±14 136	16 238 ±7 020	3,02	0,01

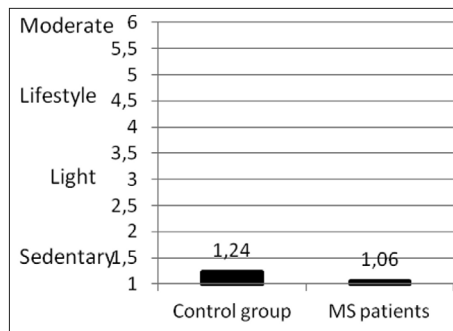


Figure 2: Value of metabolic equivalents ($p<0,02$).

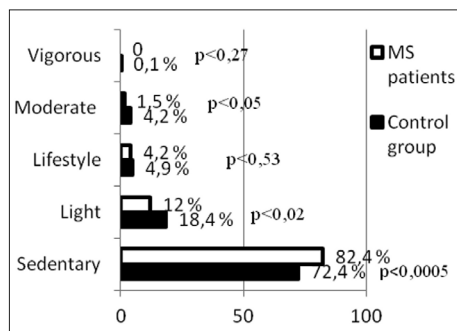


Figure 3: Time spent in physical activity in %.

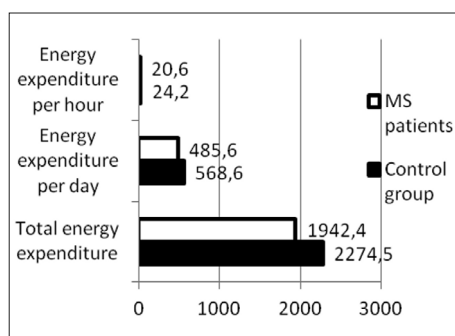


Figure 4: Energy expenditure in kCal ($p < 0,6$).

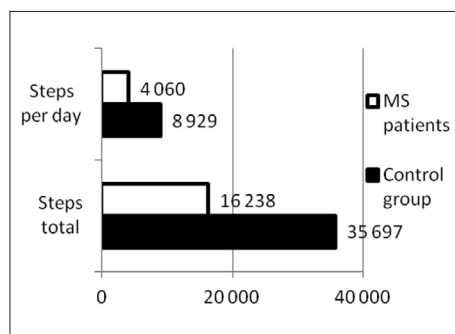


Figure 5: Count of steps ($p < 0,01$).

Discussion

Being able to accurately quantify not only total activity, but ideally the amount of light, moderate, and vigorous habitual PA occurred during daily life, allows to determine the relative importance of these independent variables in promoting health and longevity and aid health professionals in designing appropriate exercise interventions.

The importance of PA in the treatment of cardiovascular diseases is still undervalued, despite the awareness of all the positive impacts and effects. Reducing the amount of PA results to a reduction in energy expenditure. When food energy intake exceeds energy expenditure in the form of mechanical work, Béder, Béderová (2001) speak about the so-called positive energy balance, which is accompanied by increase in body weight. Vitek (2008) points out that in 2005 the worldwide 1.6 billion people are overweight and 400 million obese. It is significantly less than people suffering from malnutrition, which is estimated around 800 million. Hardman, Stensel (2009) lists more than a half of the adult population is inactive. In the United States approximately 38% of the adult population does not participate in any leisure-time PA and about 12% of deaths are attributed to physical inactivity. Karst (2006) has concluded that physical inactivity goes hand in hand with obesity and is associated with the development of MS. The researchers from the Center for Disease Control and Prevention found that individuals who do not engage in any physical activity in moderate and vigorous loads, have double the risk of developing MS compared with subjects who performed physical activity at least 150 minutes per week. Furthermore, a sedentary lifestyle can additionally lead to many other health problems, as chronic mus-

culoskeletal disorders, osteoporosis, arterial hypertension, diabetes. Pribiš (2008) pointed out that syndrome of sedentary lifestyle leads to premature death, various type of morbidity and diseases, including hypertriglyceridemia, hypercholesterolemia, hyperglycemia, insulin resistance, increased risk of thrombosis, hypertension, stroke, ischemic heart disease, fatal ventricular arrhythmias, a significant reduction in systolic maximum volume and total heart volume, obesity, diabetes II. type, osteoporosis, chronic back pain, feeling of significantly limited health and wellbeing.

A variety of techniques exist to quantify levels of habitual PA during daily life, including subjective self-reports of PA by diaries or logbooks, activity questionnaires, as well as objective measures such as doubly labelled water technique, direct observation, heart rate monitoring, pedometry, accelerometry.

Accelerometry is the most common objective method used to measure PA, it has been used extensively in field settings to monitor activity patterns. Technological advances have resulted in devices that can measure activity accurately, over an extended time period, and that are small and discrete for people to wear.

The results of our study suggest accelerometry to be most appropriate method of the assessing PA in various clinical situations. It provides the researchers with the objective characteristics of total PA on various levels, as well as about the time spent in sedentary, steps taken, energy expenditure etc. This method is only one that allows to objectively assess PA, particularly time spent in sitting, which might point to a sedentary lifestyle as one of the risk factors of metabolic disorders. Unfortunately, experience with this modern method in the eastern part of Europe, and in the Slovakia especially, are insufficient.

In case of MS accelerometry showed a significant deficiency in the total amount of PA measured in METs values against the control group of practically healthy men in the same age. Also the time spent in sitting was significantly longer that may cause further progression of metabolic disorders. Furthermore, a deficiency in energy expenditure, as well as the in total number of steps taken during the time period of the monitoring was reported.

We would like to point on some limitations of our study: relatively cold weather period when it was undertaken and relatively small number of subjects enrolled into the study, which may inappropriately influence the predictive values obtained. Therefore, further research is highly appropriate with enrolling the greater numbers of the subjects in purpose to raise up the predictive values of the study results.

Conclusions

Accelerometry is technically relatively simple and accurate method for objective measurement of PA in different clinical situations. Based on the results of the study and our first experience with accelerometry and data obtained from a triaxial accelerometer ActiGraph GT3X + we highly recommend this method for assessing PA, respectively inactivity in patients with MS as well as other disease states, but also in healthy people who show to be in sedentary lifestyle, which in future may cause metabolic disorders.

References

Béder I, Béderová, A. Metabolizmus a fyziológia výživy. In Lekárska fyziológia. Učebnica pre lekárske fakulty. Martin: Osveta; 2001.

- Corder K, Ekelund U, Steele RM, Wareham NJ, Brage S. Assessment of physical activity in youth. *Journal of Applied Physiology*. 2008; 105 (3): 977-987. Available on internet: <http://jap.physiology.org/content/105/3/977.full> (22. 3. 2012).
- Hardmann AE, Stensel DJ. *Physical Activity and Health: The Evidence Explained* (2nd Ed.). UK: Routledge; 2009.
- Jurkovičá J. Vieme zdravé žit? Bratislava: UK, 2005. Available on internet: <http://www.florastranky.sk/files/pdf/viemezdravozit.pdf> (12. 3. 2012).
- Karst K. *The Metabolic Syndrome Program: How to lose Weight, Beat Heart Disease, Stop Insulin Resistance and More*. Canada: Wiley and Sons; 2006.
- Příbiš P. Příliš vysoká cena fyzické inaktivity. In *Practicus*. 2008; 7 (8): 42-43. Available on internet: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2008-08/42-prevalence.pdf> (12. 3. 2012).
- Tremblay MS. Assessing the Level of Sedentarism. *Physical Activity and Obesity*. 2010; 3: 13-17.
- Vítek L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing; 2008.
- Welk GJ. *Physical Activity Assessments for Health-Related Research* (1st Ed). USA: Human Kinetics Publishers; 2002.

Aktivnosti in socialna mreža starostnikov

Activities and social network of older people

Alenka Terbovc, Marija Ovsenik

Povzetek

Teoretična izhodišča: Starostniki so skupina, ki ima v družbi poseben prostor. So skupina, za katero je potrebno poskrbeti in ji posvetiti več časa. Postali bodo del našega življenja v smislu skrbi in nege, ki pa bo morala prihajati od otrok, vnukov, skratka najbližjih.

Metoda: Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Vzorec je sestavljajo 517 starostnikov, starih 65 let in več. Raziskovalni vzorec je bil opisan na podlagi frekvence in pripadajočega odstotka oziroma povprečne vrednosti in standardnega odklona za starost preiskovancev. Rezultati o aktivnostih so bili prav tako predstavljeni s frekvencami in pripadajočimi odstotki. Primerjava med ukvarjanjem z aktivnostmi in demografskimi podatki je bila predstavljena s hi-kvadrat testom. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0. P-vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično pomembnost

Rezultati: Pri telovadbi (hi-kvadrat=22,599; $p=0,004$) in sprehodu (hi-kvadrat=17,392; $p=0,026$) se je po kraju bivanja pokazala statistično pomembna razlika, ki pa ni bila prisotna pri dopustovanju (hi-kvadrat=7,525; $p=0,111$) ter včlanjenosti v društva in prostovoljni dejavnosti (hi-kvadrat=10,380; $p=0,239$). Zelo statistično pomembna razlika med spoloma se pokaže v druženju (hi-kvadrat=9,732; $p=0,045$) in ukvarjanju z vnuki (hi-kvadrat=31,482; $p < 0,001$). Ni statističnih povezav v obisku kulturnih dogodkov, tečajev in ukvarjanju z hobiji. Rezultati pokažejo, da je udeležba le-teh izredno nizka.

Diskusija in zaključki: Starostniki so močno vpeti v življenje v krogu družine; to ni slabo iz socialnega vidika in vidika varnosti ter sprejetosti. Je pa pomembno, da bi v tretjem življenjskem obdobju starostniki imeli, si želeli in stremeli k doseganju novih ciljev, ki bi jih ohranjalo aktivne, tako fizično kot psihično. Še bolj bi bilo potrebno starostnikom približati dejavnosti, ki spodbujajo hobije, srečanja, aktivnosti, jim ponuditi odgovornost in občutek, da so še vedno pomembni ter koristni udeleženci življenja.

Ključne besede: starostniki, staranje, socialna mreža, stiki.

Abstract

Introduction: Older people are known as a special group with a special place in society. They are the ones who need to be taken care of and whom we ought to dedicate the most of our

time. They are to become part of our lives, therefore concern, nursing and care must emerge from us. By us I mean children, grandchildren, in a word the closest relatives.

Method: Research is based on a quantitative method of work. Sample was consisted of 517 elderly people, aged 65 or even more. Research sample was described in grounding of frequency and relevant percentage, more accurately average value and standard deviation of age of investigated people. Results about activities were as well introduced with frequency and relevant percentage. Comparison between dealing with activities and demographic data was made with hi-square test. Whereas statistical analysis was made with program named SPSS 18.0. P-value < 0.05 meant statistic importance.

Results: A statistically important difference has occurred between doing exercises (hi-square=22.599; p=0.004) and taking a walk (hi-square=17.392; p=0.026) concerning the place of residence. Previously mentioned difference was not present either at holidaying (hi-square=7.525; p=0.111) or at registration in a club and voluntary activity (hi-square=10.380; p=0.239). Very statistically important difference between genders is showed at socializing (hi-square=9.732; p=0.045) and at occupying with grandchildren (hi-square=31.482; p < 0.001). But there are not any statistical connections with visiting cultural events, taking lessons or handling with hobbies. Results indicate that participation in latter activities is extremely low.

Discussion and Conclusions: Older people are highly integrated into family life which is good from social point of view, and what is more view of safety and acceptance. It is essential for elderly people to have and set goals in their third life period. Achieving stated goals would keep them physically and psychically active. We should excite elderly peoples' interest in activities, hobbies and meeting; give them responsibilities and the feeling of still being an important and useful participants of everyday life.

Key words: older people, ageing, social network, activities, contact.

Uvod

Ljudje smo različni in skozi življenje nosimo različna bremena. Za uspešno staranje je, kot to navaja Kristančič (2005), pomembna predvsem drža človeka, saj je največja omejitev ravno v nas samih in dodaja, da je naša lastna samopodoba močnejša od staranja in starosti. Za zadovoljno in kakovostno staranje je pomembno, da star človek čim bolj spozna in sprejema svojo starost in da družba čim manj odriva starostnike na rob (Ramovš, 2003). Prav tako se uspešno staranje povezuje z dobrim počutjem in sposobnostjo prilagajanja na spremembe (Skela-Savič, 2010). Gašparovič (2007) je mnenja, da nam kakovostno življenje v starosti omogočajo primerna telesna aktivnost, ustrezna prehrana in predvsem socialna vključenost.

Mnogo starejših ljudi ima razne kronične bolezni, jemlje zdravila in se podreja zdravljenju, pa vendar obdržijo aktiven način življenja. Temu pripomorejo tako sodobna medicina kot posameznik sam. S tem se strinja tudi Kogoj (2004), ki pravi, da je v starosti marsikdo še dovolj zdrav za kakovostno, ustvarjalno in samostojno življenje.

Dobro počutje starostnika je odvisno tudi od ohranjanja stikov in dobre komunikacije v svojem neposrednem okolju. Vendar pa komunikacija ni zgolj podajanje sporočila, pri tem sta pomembna še dva vidika – poslušanje in, še bolj pomemben, slišanje, ki zajema sprotno razumevanje sprejetega sporočila (Kristančič, 2005), saj upokojeni niso pokojni, ampak živi in praviloma tudi bolj življenjski (Ramovš, 2003).

Za ljudi, ki imajo konjičke, je upokojitvev prehod v novo, prijetnejše obdobje. Ukvarjajo se lahko z marsikatero dejavnostjo, za katero prej ni bilo časa, berejo, poslušajo in obiskujejo koncerte ter gledališče, ukvarjajo se z zbirateljstvom ali celo s športom. Različne vladne in nevladne organizacije ter institucije pomagajo, da ostanejo aktivni tudi miselno in dosežejo to, kar so v mladosti iz kakršnegakoli razloga zamudili (Pečjak, 2007).

»Človek, star 65 let in več, postaja del vsakdana v prometu, zdravstvu, družabnih prireditvah, socialnih mrežah in različnih storitvah,« pravi Skela-Savič (2010, 20), Pečjak (2007) pa dodaja da so sedanji starostniki med najaktivnejšim slojem prebivalstva – udeležujejo se izletov, imajo konjičke, univerze za tretje življenjsko obdobje, se družijo.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Za raziskavo smo uporabili metodo anketiranja. Anketne vprašalnike smo skupaj s spremnim listom poslali v Zdravstveni dom Kranj, Diagnostični center Bled in med prebivalce Maribora in okolice. Respondentom je bila zagotovljena anonimnost. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Primarni viri so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo programa SPSS 18.0. Sekundarni viri so bili zbrani s pomočjo strokovne literature dostopne, v knjižnici, in interneta (baze CINAHL in COBISS).

Opis instrumentarija

Kot instrument smo uporabili anketni vprašalnik, s katerim smo ugotavljali aktivnost starostnikov in prisotnost socialne mreže med starostniki. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke, vseboval je pet vprašanj zaprtega tipa. Drugi sklop se je nanašal na stike s svojci in prijatelji, ter na aktivnosti, kot so telovadba, sprehod, druženje, članstvo, konjički, dopust, obisk tečajev, gledališče.

Raziskovalne hipoteze

H1: Starostniki, ki živijo v mestu, so v primerjavi s starostniki, ki živijo v predmestju in na vasi bolj aktivni, več hodijo na dopust in potovanja, dejavni so tudi v prostovoljnih društvih.

H2: Ženske imajo več osebnih stikov s svojci in prijatelji kot moški, posledično se več ukvarjajo tudi z vnuki.

H3: Starostniki v svojem tretjem življenjskem obdobju pogosto obiskujejo gledališče, opero, imajo več hobijev in obiskujejo več različnih tečajev.

Opis vzorca

Uporabili smo nenaključni priročni vzorec. Za vzorec smo izbrali starostnike, stare od 65 let in več. Med anketirane smo razdelili 528 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 517 vprašalnikov, 7 je bilo nepravilno izpolnjenih, 4 niso bili vrnjeni; to predstavlja 97-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo 43,5 % moških (N=225) in 56,5 % žensk (N=292), starih od 65 do 95 let. Od tega jih 12,0 % nima dokončane osnovne šole (N=62), 32,1 % jih ima dokončano osnovno šolo (N=166), 20,5 (N=106) ima dokončano poklicno šolo, 24,0 % jih ima srednješolsko izobrazbo (N=124), 6,0 % (N=31) jih ima višjo ali visoko izobrazbo in 5,4 % anketiranih (N=28) ima univerzitetno izobrazbo ali več.

Opis obdelave podatkov

Raziskovalni vzorec je bil opisan na podlagi frekvence in pripadajočega odstotka oziroma povprečne vrednosti in standardnega odklona za starost preiskovancev. Rezultati o aktivnostih so bili prav tako predstavljeni s frekvencami in pripadajočimi odstotki. Primerjava med ukvarjanjem z aktivnostmi in demografskimi podatki je bila napravljena s hi-kvadrat testom. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 18.0. P-vrednost $< 0,05$ je pomenila statistično pomembnost.

Rezultati

S pridobljenimi rezultati smo ugotovili, da močno odstopa število anketiranih (61,7 %), ki so poročeni, 26,7 % anketiranim so partnerji že umrli, 5,2 % je samskih, 9% anketiranih je v partnerski zvezi in 4,6 % anketiranih je ločenih. 70 % anketiranih živi v svojih hišah, to predstavlja veliko večino, nižji delež 27,9 % jih živi v stanovanju, medtem ko le 1,9 % nava-ja, da imajo samo sobo.

Ugotovili smo tudi, da skoraj polovica (48,0 %) naših anketirancev živi na vasi, medtem ko druga polovica anketiranih v skoraj enakem odstotku navaja življenje v predmestju (25,1 %) in življenje v mestu (26,9 %). Rezultati kažejo, da razen 0,4 % anketiranih vsi (99,6%) s svojci ali prijatelji ohranjajo stike. Glede na rezultate raziskave večina (67,3 %) anketiranih stike ohranja tako osebno kot tudi po telefonu, samo osebno ohranja stike 28,8 % anketiranih in 2,9 % anketiranih stike s svojci in prijatelji ohranja le po telefonu.

Anketirani so pretežno navajali, da nikoli ne telovadijo (44,7 %), sledila je navedba dnevno (19,1 %). Glede na kraj bivanja so meščani v najmanjši meri navajali, da nikoli ne telovadijo (36,0 %). Pokazala se je statistično pomembna razlika po kraju bivanja (hi-kvadrat=22,599; $p=0,004$). Rezultati kažejo tudi, da gre polovica (43,7 %) anketiranih vsak dan na sprehod, sledila je še navedba tedensko (21,7 %). Sedemnajst odstotkov anketiranih je navedlo, da na sprehode ne hodijo. Glede na kraj bivanja so meščani v največjem odstotku navajali, da gredo na sprehode vsak dan (48,2 %). Pokazala se je statistično pomembna razlika po kraju bivanja (hi-kvadrat=17,392; $p=0,026$). Po rezultatih raziskave anketirani navajajo, da si dopustovanja in potovanja privoščijo nekajkrat letno (51,4 %), sledila je navedba nikoli (44,6 %). Glede na kraj bivanja so meščani v največji meri navajali, da dopustujejo in potujejo nekajkrat letno (57,6 %). Med skupinami se je pokazala razlika okoli 10 % po kraju bivanja, to pa ni pomenilo statistično pomembne razlike (hi-kvadrat=7,525; $p=0,111$).

Anketirani so pretežno navajali, da niso včlanjeni v društva niti se prostovoljno ne udeležujejo v katerem koli društvu (64,4 %), sledila je navedba nekajkrat letno (13,5 %). Med rezultati se je pokazala le manjša odstotna razlika po kraju bivanja, statistično pomembne razlike ni bilo (hi-kvadrat=10,380; $p=0,239$).

Rezultati prikazujejo, da so anketirani pretežno navajali, da se tedensko družijo s svojci in prijatelji (32,1 %), sledila je navedba mesečno (27,3 %) in dnevno (25,9 %). Pri tem so ženske navedle, da se v 29,8 % dnevno družijo s svojci in prijatelji, pri moških je bil pa odstotek nižji, v 20,9 %. Pokazala se je statistično pomembna razlika po spolu (hi-kvadrat=9,732; $p=0,045$). Dnevno se ukvarjajo z vnuki, in sicer v 35,4 %, sledila je navedba mesečno v 25,9 %. Pri tem so ženske navedle, da se v 41,8 % dnevno ukvarjajo z vnuki, pri moških je bil pa odstotek nižji, v 27,1 %. Pokazala se je statistično pomembna razlika po spolu (hi-kvadrat=31,482; $p<0,001$).

Rezultati v raziskavi kažejo, da je skoraj polovica anketiranih navedla, da se hobijem ne posvečajo (49,7 %). Dnevno ukvarjanje s hobiji je navedlo 14,3 % anketiranih. Glede kulture in tečajev so anketirani v veliki večini navedli, da se prireditve ne udeležujejo (71,2 % za kulturo in 80,9 % za tečaje).

Razprava

Staranje je del življenja, je nezadržno in neizbežno. Velik pomen daje staranju podatek, ki nam pove, kako se staramo. Je staranje aktiven, prijeten proces ali je del življenja, ki ga starostnik živi, ali je le še čakanje na smrt? Kako si starostniki popestrijo dneve, tedne, mesece, ali je dan dnevu enak, je še kje kakšna obveznost, ki jo imajo? Odgovori so pri starostnikih, ki so okoli nas, ki so del tega življenja.

Ko smo mladi in še kako aktivni v življenju, dostikrat rečemo, kaj vse bomo delali, ko bomo v pokoju, in kaj bi delali, če bi bili v pokoju sedaj. Pa se kdaj vprašamo, kaj delajo starejši ljudje, ali si uresničujejo misli, želje, ki so si jih postavljali v srednjih letih?

Raziskava, ki smo jo izvedli in opravili pretežno v mestnem okolju, je pokazala, da večina starostnikov živi v hiši in le tretjina v stanovanju. Rezultat ne preseneča, saj je velik del raziskave potekal po zdravstvenih ustanovah, to sovпада z rezultatom, da jih tretjina živi v mestu, tretjina v predmestju in dobra tretjina na vasi. Najpogosteje bivajo z skupnem gospodinjstvu s partnerjem, tretjina starostnikov živi samih. Tak rezultat pa ne sovпада z ugotovitvami ankete, ki jo je leta 2003 izvedla Kobentarjeva. V njenem vzorcu raziskave je skoraj enakomerno porazdeljeno vaško in mestno okolje, samih starejših živi skoraj polovica anketiranih. Razliko ugotovitev lahko pripišemo dejstvu, da se življenjska doba daljša, s tem pa tudi večja delež starostnikov. Leta 2011 je Vratarič v svoji raziskavi, ki jo je opravljala v mestnem okolju, ugotovila, da starostniki najpogosteje bivajo v skupnem gospodinjstvu s partnerjem, slaba tretjina pa jih živi samih. Ti rezultati so že bližji ugotovitvam naše raziskave, ki je v malo več kot polovici primerov potekala v mestnem in primestnem okolju, drugo pa na vasi, zelo podoben okoliš pa je imela tudi Vratarič. Pri njej je bil odstotek mestnega in primestnega okolja nekoliko višji, vendar pa lahko vidimo, da ni statistično večjih razlik v rezultatih bivanja starostnikov v partnerstvu in tistih, ki živijo sami.

Razveseljiv je podatek, da imajo vsi razen dveh sodelujočih stike s svojci in/ali prijatelji; to kaže na zelo dobro razvito socialno mrežo. Po mnenju Filipović, Kogovšek in Hlebec (2005) svojci in bližnji starejšim predstavljajo najpomembnejši vir socialne opore. Tretjina anketiranih ohranja stike osebno, zelo nizek delež le po telefonu, to pripisujemo oddaljenosti, dve tretjini sodelujočih pa ohranja stike tako osebno kot tudi po telefonu.

Rezultati raziskave so pokazali, da pri ugotavljanju aktivnosti oz. telovadbe pri starostnikih, urejeno po kraju bivanja, obstaja statistično pomembna razlika, saj so starostniki, ki živijo v mestu, v najmanjši meri navajali, da nikoli ne telovadijo, sledijo jim starostniki v predmestnem okolju, medtem ko starostniki, ki živijo na vasi, močno vodijo v navajanju, da nikoli ne telovadijo. Te rezultate bi lahko pripisali dejstvu, da v mestu poteka več organiziranih aktivnosti za starostnike (aerobika za starejše, telovadba za starejše z osteoporozo...), velik vpliv pa ima lahko tudi bližina samega dogajanja in medsebojno druženje.

Rezultati pri ugotavljanju druge aktivnosti, to je sprehoda, ravno tako pokažejo statistično pomembno razliko po kraju bivanja. Izkazalo se je, da meščani v največjem odstotku navajajo, da gredo na sprehod vsak dan, sledijo jim vaščani in nato starostniki iz predmestnega okolja. Tu bi se težko opredelili, kaj je vzrok. Rezultat delno preseneča, saj je bilo

pričakovati, da bo vrstni red starostnikov na vasi in predmestnem okolju ravno nasproten. Je pa podatek primerljiv z raziskavo, ki jo je leta 2010 v zunajmestnem okolju izvajala Repnikova, ki je ugotovila, da je 40 odstotkov anketiranih telesno aktivnih najmanj enkrat tedensko. Največkrat pa je telesna aktivnost hoja. V njeni raziskavi so bili ti rezultati pričakovani, saj se aktivnosti med starejšimi ljudmi, ki živijo v mestu, in tistimi iz okolice razlikujejo ravno pri delu v okolici hiše.

Da so starostniki aktivni, potrjujejo tudi rezultati, ki kažejo, da si anketirani v polovici primerov nekajkrat letno privoščijo dopust ali potovanje. Pri tem ni bilo statistično pomembne razlike po kraju bivanja. Ta podatek nam lahko pove, da med starostniki, ki živijo v mestu, predmestju in na vasi ni socialnih razlik. Je pa zanimiv podatek, ki ga pripisujemo še k aktivnosti, da so vsi anketirani pretežno navajali, da niso včlanjeni v društva, niti se prostovoljno ne udeležujejo. Tudi ko smo rezultate obdelali po kraju bivanja, ni bilo statistično pomembne razlike. Ta podatek je presenetil, saj smo tu pričakovali večjo udeležbo in predvsem razliko med živečimi v mestu in živečimi na vasi v prid tistim na vasi. Pričakovali smo več udeležbe v različnih društvih, kot so: Karitas, Rdeč križ, Društvo upokojencev, Zveza borcev. Glede na pridobljene podatke naše raziskave lahko prvo hipotezo le delno potrdimo.

Pri drugi hipotezi smo bili mnjenja, da imajo ženske več osebnih stikov s svojci in prijatelji kot moški, kakor tudi, da se več ukvarjajo z vnuki. Rezultati so pokazali, da hipotezo lahko potrdimo, saj se je pokazala statistično pomembna razlika po spolu. Ženske v večji meri navajajo da se dnevno družijo s svojci in prijatelji, prav tako se je pokazala statistično pomembna razlika po spolu pri ukvarjanju z vnuki, saj se ženske v skoraj še enkrat višjem odstotku dnevno ukvarjajo z vnuki. Rezultat je pričakovan. Lahko ga pripišemo dejstvu, da mama vedno ostane mama, kakor tudi temu, da je že od preteklosti dalje ženska tista, ki se ukvarja z otroki.

Raziskovali smo tudi obisk gledališč, oper, tečajev in ukvarjanje s hobiji. Menili smo da so starostniki na področju tečajev in hobijev dejavni. Glede na čas, ki ga starostniki imajo, pa smo bili mnjenja, da vsaj nekajkrat letno obišejo tudi gledališče. Hipoteze ne potrdimo, saj se je izkazalo, da se zelo nizek odstotek anketiranih ukvarja s hobijem. Prav tako je bil izredno nizek odstotek tistih, ki hodijo v gledališče ali obiskujejo kakšen tečaj. Rezultat nas je presenetil, saj v različnih koncih Slovenije že nekaj let potekajo izobraževanja v tretjem življenjskem obdobju. V vseh večjih mestih je na voljo kar nekaj tečajev, ki nimajo starostne omejitve, in na katerih bi se lahko starostniki izobraževali in mogoče postali tudi na tem področju aktivni. S tem bi se povečala socialna mreža, samozavest in občutek pripadnosti, saj so izobraževanja povezana tudi z druženjem. Ravno tako se ne samo v mestih, temveč tudi v predmestju in na vasi odvijajo različne gledališke predstave. Ni potrebno, da so v gledališču, lahko so tudi v kulturnem domu ali v dvorani, pa se anketirani kljub temu ne odločajo za obisk le-teh. Vse imenovane dejavnosti so starostniku dovolj približane in vredno bi bilo raziskati, kaj je vzrok, da je odstotek obiska tako zelo nizek.

Zaključek

Starostniki v velikem deležu bivajo v skupnem gospodinjstvu s partnerjem in skoraj vsi ohranjajo stike s svojci in/ali prijatelji. Tudi aktivnosti jim niso tuje, vsakodnevno ali vsaj tedensko se sprehajajo, nekateri med njimi tudi telovadijo. Zdravje in dohodek jim omogočata, da se večina med njimi vsaj enkrat letno odpravi na dopust ali potovanje, svo-

jega časa ne porabljaajo za aktivnosti v smislu članstva katerega koli društva. Večina starostnikov se ukvarja z vnuki, vodijo ženske, vendar bi se odstotek verjetno povečal ali spremenil, če bi v raziskavo povabili le mlajše starostnike. Pri kar zadostnem odstotku anketiranih so vnuki že odrasli, to pa pomeni, da se z njimi starostniki ne ukvarjajo več. Starostniki se dnevno ali tedensko družijo s svojci in/ali prijatelji. Za bolj družabne so se izkazale ženske. Redki so, ki obiskujejo gledališča ali se udeležujejo drugih kulturnih dogodkov. Tudi hobije nimajo in ne obiskujejo tečajev. Vsi redno spremljajo dogodke po svetu in doma.

Če povzamemo, dobimo občutek, da starostniki, ki smo jih anketirali, živijo kar polno življenje. Če pa pogledamo podrobno, so vpeti v vsakodnevno rutino. Vsak dan gredo na sprehod, se vidijo s svojci, spremljajo dogajanja po svetu. Spremembo jim predstavlja ukvarjanje z vnuki, kjer lahko predvidevamo, da gre pravzaprav za varstvo vnukov, predvsem pri tistih »mlajših« starostnikih, ki imajo še majhne vnuke. Druga sprememba je dopust ali potovanje. Starostniki so močno vpeti v krog življenja družine, to pa ni slabo iz socialnega vidika in vidika varnosti ter sprejetosti. Je pa pomembno, da bi v tretjem življenjskem obdobju starostniki imeli, si želeli in stremeli k doseganju novih ciljev. Cilji dajo motivacijo, željo po nečem novem, po zadovoljstvu in dobrem občutku, in to so pomembni dejavniki, ki bi lahko starostnike ohranjali aktivne, tako fizično kot psihično. Še bolj bi bilo potrebno starostnikom približati dejavnosti, hobije, srečanja, aktivnosti, jim dati odgovornost in občutek, da so vedno pomembni in koristni udeleženci življenja.

Kljub temu da je število anketirancev relativno veliko, pa rezultatov naše raziskave ne moremo posploševati. Raziskava ni zajela velikega dela starostnikov. Ali ankete niso prišle do njih ali pa niso želeli sodelovati? V naši vsakdanji poklicni praksi se srečujemo še s starostniki, ki živijo zapuščeno in brez socialne mreže. Sicer se v primeru poškodbe ali nenadne bolezni ne bi tako pogosto dogajalo, da nimajo nikogar, ki bi poskrbel zanje. Formalne socialne mreže pa ne zmorejo vsega in takoj.

Literatura

- Filipović M, Kogovšek T, Hlebec V. Starostniki in njihova vpetost v sosedska omrežja. Družboslovne razprave. 2005; XXI (49–50): 205–221.
- Gašparovič M. Priročnik za družinske negovalce. Grosuplje: Dom starejših občanov Grosuplje; 2007.
- Kobentar R. Socialni odnosi v starosti [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2003.
- Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. Starost, staranje in skrb za stare – XI. kongres in 141. skupščina slovenskega zdravniškega društva; 2004 Okt 15–16; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zdrav Vestn. 2004; 73: 749–51. Dostopno na: <http://vestnik.szd.si/st4-10/749-751.pdf> (15. 01. 2012).
- Kristančič A. Nova podoba staranja – siva revolucija. Ljubljana: AA Inserco; 2005.
- Pečjak V, Pečjak M. Psihologija staranja. Bled: Samozaložba; 2007.
- Ramovš J. Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 2003.
- Repnik P. Odnos starejših ljudi do telesnih aktivnosti: diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Skela Savič B. Staranje in zdravje-izzivi za zdravstveno nego. In: Hvalič-Touzery S, Kaučič BM, Kocijančič M, Rustja N, eds. Priložnosti za izboljševanje klinične prakse na

področju zdravstvene nege starostnika – 1. strokovni posvet z učnimi delavnicami z mednarodno udeležbo; 2010 Jun 21–22; Ljubljana, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.

Vratarič MS. Živim sam, nisem osamljen: diplomsko delo. Jesenice; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.

Povezanost in odvisnost v medgeneracijskem sodelovanju Interdependence in intergenerational cooperation

Darja Vučina, Duška Drev

Povzetek

Izhodišča: Staranje prebivalstva je pomembna zmaga sodobne družbe, saj je odraz boljšega zdravja ljudi na globalni ravni. Sodobna družba pomaga starostniku živeti čim bolj polno, zdravo in aktivno življenje.

Metode: članek je pripravljen na podlagi pregleda literature in intervjujev.

Rezultati: Po pregledu literature in intervjujev je prikazano, kako poteka aktivno staranje in medgeneracijsko sodelovanje v njihovem okolju.

Diskusija in zaključki: Vse generacije morajo dati svoj prispevek za učinkovito družbo. V sožitju generacij se skrivajo neizkoriščeni viri ustvarjalnega skupnega učenja, novih spoznanj, znanj, spretnosti in pa razumevanj. Kakovost staranja je odvisna od kakovosti sožitja med mlado, srednjo in tretjo generacijo. Za sodelovanje v medgeneracijskih programih niso pomembni poklic, izobrazba, predhodne izkušnje in starost, pač pa veselje in volja nekaj narediti zase in za druge. Pomembno je, da se vključi celotna družba, saj če si starejši in mlajši med seboj pomagajo, zmorejo več.

Ključne besede: starost, aktivno staranje, medgeneracijska solidarnost, programi za starostnike.

Abstract

Introduction: Aging of population is a major victory of a modern society since it represents a reflection of better human health on a global scale. A modern society helps the elderly to live the life as fully as possible. It provides them a healthy and active life style.

Methods: review over literature, interview

Results: After reviewing available literature and conducting interviews we wanted to show how active aging and intergenerational cooperation take place in our local surroundings.

Discussions and conclusions: All generations must contribute something to making an efficient society. The coexistence of generations hides in itself unused and unrevealed sources of creative common learning, new experiences, knowledge, skills and understanding. Quality aging depends on quality coexistence among the youth, the middle age and the third generations. No matter the type of profession, the level of education, experience or age, everyone can contribute to and cooperate in intergenerational programmes if one is willing to do

it for themselves and for the others. It is important that the whole society joins in. If you are older or younger, we all can help each other and by doing so we can achieve more.

Key words: age, active aging, intergenerational solidarity, elderly programmes.

Uvod

Živimo v obdobju, ko je tempo življenja izredno hiter. Dnevi minevajo, bežijo in mi se staramo. Prišel bo čas, ko bo naše življenje minilo. Tako, kot so prelomnice v zgodovini človeštva, ki zaključujejo eno obdobje in opredeljujejo novo. Vsak od nas ima svoje prelomnice in svoja obdobja, kot so otroštvo, mladost, srednja doba in starost. Na vsako življenjsko obdobje se pripravljamo, zbiramo informacije, izmenjujemo izkušnje, enako pozornost je treba posvetiti tudi staranju. Znanje je vedno krožilo med generacijami, večinoma od starejših k mlajšim. Ta pot prenosa znanja je bila toliko bolj izrazita, dokler je bila družba zaradi počasnejših sprememb stabilnejša in starost pojmovana kot obdobje, v katerem se ljudje ne učijo, lahko pa svoje znanje in izkušnje predajajo mlajšim. Medgeneracijski prenos je potekal priložnostno in naključno kot del skupnega življenja. Starejši so svojo modrost prenašali na mlajše. Medgeneracijsko učenje, kot ga v sodobnosti razvijajo različne skupine, se ne dogaja le v družini, temveč postajajo zanimiva vsa okolja: delovna mesta in lokalno okolje. Z novimi projekti uvajamo medgeneracijsko učenje tudi v izobraževalne institucije, ki izobražujejo starostno homogene skupine – npr. v osnovno šolo ali na univerzo. Sedaj nastajajo starostno mešane skupine. Poleg tega je tudi prenos znanja različen: včasih od starejših na mlajše, včasih obratno – od mlajših na starejše. Za tako nastajajoče skupine je značilno, da se pozornost preusmeri od prejetih programov in uporabe že oblikovanih programov k ustvarjalnosti pri učenju, k ustvarjanju lastnega skupnega programa (Ličen, Bolčina, 2010).

Starost

Vsako obdobje ima svoje lepe plati in tudi težave, s katerimi se je treba spoprijeti. Ena od prednosti, ki jih prinaša upokojitve, je manj obveznosti. S tem je dana možnost svobodnejšemu življenjskemu ritmu, imamo več prostega časa, ki ga lahko namenimo družini, otrokom. Mnogi starostniki z upokojitvijo ne izkoristijo teh prednosti. Postanejo nesrečni, ne počutijo se več potrebni in koristni. Prevzamejo vlogo nezmožnosti, mislijo, da so manj ustvarjalni, postanejo nesamozavestni, omejijo stike in družabna srečanja (Skupščina gerontološkega društva, 1993). Starost je obdobje, ki nam nudi drugačne možnosti, če jih znamo izkoristiti. Staranje vključuje vseživljenjsko učenje, daljšo delovno dobo, kasnejše in bolj postopno upokojevanje, dejavnost po upokojitvi in sodelovanje pri aktivnostih za krepitev sposobnosti in ohranjanje zdravja (Staranje in zdravje, 2012). Današnjih starostnikov ne moremo dosti spremeniti, lahko jih opazujemo, jim prisluhnemo in pomagamo ureničiti potrebe, ki jih izražajo. Vsi mi bi starost radi pričakali pripravljeni in želimo si, da bi nas okolica sprejemala in nudila primerne okoliščine za prijetno in kakovostno bivanje.

Aktivno staranje

V Sloveniji število starejših ljudi narašča, zato ima poleg primarnega dostojanstvenega človekovega življenja v starosti pomembno vlogo tudi aktivno staranje, ki prepreči marsikatero težavo starostniku, kot tudi njegovi okolici in družbi. Aktivno staranje je neprekinjeno udejstvovanje na socialnem, ekonomskem, kulturnem in družbenem področju. Aktivno staranje pomeni z različnimi aktivnostmi v starosti vzdrževati dobro življenjsko kondicijo,

da bo čas, ko starejši potrebuje pomoč okolja, čim krajši in čim manj boleč zanj in njegovo okolje (Staranje in zdravje, 2012). Aktivno prebivalstvo lahko kakovostno živi in se socialno primerno vključuje v tokove sodobne družbe in življenja. Motivacija in interes po nenehnem izobraževanju sta ključna dejavnika, da ljudje čutijo potrebo po absorpciji novih znanj (Strategija varstva starejših do leta 2010). Aktivno staranje naj bo proces, ki ves čas spodbuja in krepi možnost za zdravje s ciljem, da izboljša kakovost življenja. Da bi se starejši lahko aktivno starali, potrebujejo:

- dovolj velike pokojnine, da ne bodo s svojimi potrebami zniževali kakovosti življenja svojih otrok in vnukov,
- razvoj vzpodbudnih mehanizmov na državni ravni, da bi želeli starejši ostajati čim dlje med delovno silo, da bi lahko družbi prispevali vse svoje znanje, življenjske izkušnje in modrost,
- podporo lokalne in državne skupnosti skrbi starejših za ohranjanje psihične in fizične kondicije posameznika v rekreacijskih, kulturnih, izobraževalnih in umetniških programih,
- vzpodbujanje aktivnosti organizacij samopomoči starejših na lokalni in državni ravni in aktivno, načrtno vključevanje starejših v aktivnosti razvoja lokalne skupnosti in države (Staranje in zdravje, 2012).

Neomajno dejstvo je, da starost ne pride sama od sebe, zato se je treba nanjo zavestno pripraviti v srednjih letih, saj je to pogoj za sprotno učenje v tretjem obdobju življenja (Ramovš, 2003). Aktivno staranje lahko posamezniku predstavlja vključitev v različne organizacije in programe, tako vladne kot nevladne, ki jih je v Sloveniji veliko. Med seboj se razlikujejo po vsebini in namenu. Raznolikost omogoča, da vsak starostnik lahko izbere sebi in svojim potrebam ter željam primerno aktivnost. Večjo izbiro imajo med nevladnimi programi in organizacijami (Kožuh Novak, 2006).

Medgeneracijska solidarnost

Medgeneracijski odnosi temeljijo na vzajemni pomoči in povezovanju mladih in starejših v skupne aktivnosti. Takšno povezovanje spodbuja večje razumevanje in spoštovanje med generacijami ter krepi samopodobo. Medgeneracijska socialna mreža programov za kakovostno starost in solidarno sožitje med generacijami je sistem programov, ki pomagajo prebivalstvu doseči osnovne cilje kakovostnega staranja in sožitja med generacijami v današnjih življenjskih razmerah. Starejši ljudje so pomemben vir izkušenj in znanja, ki ga prenašajo na mlade, ti pa starejšim mladostno energijo in utrip sodobne družbe. Prostovoljsko delo je odločilnega pomena za razvoj vseh nas kot posameznikov, kot tudi za razvoj naše družbe v socialno in duhovno bogato družbo. Ni plačano z denarjem, temveč z občutkom koristnosti, in da si nekomu pripomogel k večji kakovosti življenja. Daruješ svoj čas, energijo, dobro voljo, ideje drugim. Uporabnik bo pridobil novega prijatelja, nekoga, ki mu bo prinesel nove izkušnje, ideje, poglede, in ki bo podaril nekaj svojega časa le njemu. S tem se bo pestrost in kakovost uporabnikovega življenja povečala (Prostovoljstvo, 2012). Prostovoljci dajejo svoj čas, sposobnosti in znanje, predvsem pa izkušnje, brez pričakovane materialne koristi, prav zato da bi tudi drugi imeli več možnosti, da v življenju uspejo. Prostovoljci spoznavajo potrebe drugih, ščitijo njihove pravice in nas spomnijo, da je dajanje izredno pomembno, saj je tesno povezano s sprejemanjem, ki daje prostovoljcem novo energijo in mnogim smisel svojega življenja (Prostovoljstvo, 2012). Uspešno usposabljanje

prostovoljcev temelji na dobrem poznavanju pristnih potreb ljudi v skupnosti. Za sodelovanje v medgeneracijskih programih ni pomembno, kakšen je poklic, izobrazba ali predhodne izkušnje, pač pa veselje in volja nekaj narediti zase ter za kakovostno starost danes in jutri (Prostovoljstvo, 2012). S podpiranjem medgeneracijskega sodelovanja in izmenjavo znanj med mlajšo in starejšo generacijo presegamo predsodke med njimi in dosegamo večjo povezanost in odvisnost v medgeneracijskem sodelovanju.

Primeri dobre prakse

Univerza za tretje življenjsko obdobje

Slušatelji Univerze za tretje življenjsko obdobje se lahko vključujejo v različne programe prostovoljnega dela, ki jih Univerza organizira sama ali v sodelovanju s kulturnimi, vzgojno-izobraževalnimi, zdravstvenimi in humanitarnimi ustanovami, kot so muzeji, knjižnice, šole, vrtci, dobrodelna društva, domovi starejših občanov in bolnišnice.

Godba na pihala

Na podlagi intervjuja z gospodom Aljošem Pavlincem bomo predstavili primer Godbe na pihala Univerze za tretje življenjsko obdobje Velenje. Godba je pričela delovati leta 2007. Sestavljajo jo starejši glasbeniki, ki so vse življenje igrali pri godbah in po upokojitvi izredno pogrešali muziciranje in druženje v orkestrih. Povprečna starost je 66 let. Prepričani so, da jih glasba ohranja mladostne in pri zdravju. Njihov vodja je najprej prepričal mladega profesorja glasbe, gospoda Roka Šinceka, da je prevzel v svoje roke dirigentsko palico in s tem tudi vodenje.

Kot sam pravi, so bili zanj začetki težavni, saj je bil prvič v taki vlogi. Bilo je veliko glasnega igranja, kar je bilo razumljivo, saj veliko godbenikov ni igralo že dlje časa, ali pa že prej niso igrali v godbi. Iz leta v leto so napredovali in njihov program je izredno pester. Vsebuje koračnice, zabavni, koncertni in otroški program. Dirigentsko vodenje in delo s starejšimi je gospoda Šinceka tako navdušilo, da je zaključil šolo za dirigiranje. Pravi, da z napredovanjem godbe napreduje tudi sam. Pri godbenikih občuduje njihovo vztrajnost pri obisku vaj in igranju. Imajo velike želje po lepem igranju in predvsem po druženju. Na vajah in po vajah jim ni nikoli dolgčas. Zrasli so v dobro godbo, ki igra pomembno kulturno vlogo v savinjsko-šaleškem prostoru (Urnik Univerze za tretje življenjsko obdobje Velenje, 2011). Njihovi nastopi popestrijo kulturne prireditve, obiske v vrtcih, šolah in domih za starejše občane. Letos je vodenje prevzel študent Akademije za glasbo Ljubljana, smer klarinet, gospod Aljoša Pavlinc. Sam je povedal, da misli, da bo ne glede na razliko v letih z godbeniki dobro sodeloval, in da je njegova mladost prednost, saj ima veliko energije in novih idej. Ve pa, da s starejšimi kolegi ne bo težko delati, saj radi hodijo na vaje in se družijo. Njemu pa to delo prinaša dobre izkušnje za prihodnost.

Dom starejših občanov Hrastnik in medgeneracijsko sodelovanje

Tudi v Domu starejših občanov Hrastnik poteka medgeneracijsko sodelovanje. Posebno pozornost osveščanju učencev osnovne šole v Hrastniku posvečajo v okviru programa krožka Rdečega križa. Skozi celotno šolsko leto se izvaja projekt medgeneracijskega povezovanja »Sadeži družbe«, ki poteka pod okriljem Slovenske filantropije. Učenci – prostovoljci prihajajo na razne proslave, nastope ter redna druženja, ki potekajo enkrat do dvakrat tedensko. Družijo se s stanovalci in imajo različne delavnice. Otroci iz vrtca prihajajo na

nastope. Stanovalci oz. varovanci so navdušeni ob vsakem obisku. Občasno tudi stanovalci obišejo vrtec. V okviru interesnih dejavnosti prihajajo enkrat tedensko dijaki srednjih šol. Predvsem prisluhnejo starejšim in jim krajšajo čas s klepetom in družabnimi igrami. Člani ŠOHT-a (Študentska organizacija Hrastnik) izdelujejo čestitke za stanovalce.

Upokojenci Zavodenj

Vas Zavodnje je naselje v severozahodnem delu Šaleške doline, s samotnimi kmetijami in z zgostitvenim jedrom okoli cerkve sv. Petra in kulturnega doma. Veliko starejših ljudi, predvsem žensk, je vezano na prevoz v dolino. Tu se takoj pokažejo težave, saj se težko vključijo v razne krožke in aktivnosti, ki se dogajajo v mestih na Univerzi za tretje življenjsko obdobje. Da ne bi njihovo druženje potekalo samo ob nedeljah po sveti maši, so v Športnem društvu Zavodnje sklenili, da bodo poskrbeli za njih, in sicer, da jim bodo naredili igrišče za kegljanje na vrvi. Dobili so načrte in navodila za izdelavo igrišča in igranje. Na sestanku so jim povedali za idejo in jo tudi predstavili. Bili so navdušeni in so sami pri izdelavi igrišča tudi aktivno sodelovali. Na prvem srečanju se je zbralo okoli trideset upokojencev in vsi člani športnega društva. Prikazali so jim igro, pravila igre in možnosti tekmovanja. Zdaj se že od leta 2005 zbirajo na igrišču tudi do trikrat na teden, kjer se ob igri zabavajo, družijo in rekreirajo. V jesenskem, zimskem in pomladanskem času rekreacijo nadaljujejo v domu krajanov, kjer so jim prav tako uredili igrišče. Velikokrat se jim pridružijo pri igri tudi mlajši in jim pomagajo pri organizaciji tekmovanj ter druženji z ostalimi društvu upokojencev. Z izgradnjo igrišča so veliko pridobile vse generacije, ki se ob druženju učijo drug od drugega. Predsednik upokojencev večkrat poudari, da sta tu združena mladost in modrost.

Zaključek

»S prostovoljnim delom boš pustil sledi v pesku in ne boš obžaloval. Vsak dan je torej čas za eno dobro delo. Začni danes« (V. Nussdorfer).

Ko smo bili še otroci, predvsem v času pubertete, so nam naši stari starši včasih rekli: *»Veš, ko smo bili pa mi mladi, je bilo pa čisto drugače«*. Takrat noben od nas ni znal ceniti pripovedi naših starih staršev. Danes pa lahko vsi z gotovostjo trdimo, da so izkušnje, pripovedi, nasveti starejših ljudi neprecenljivi. Zato so druženje, sodelovanje in medsebojna pomoč med vsemi generacijami zelo pomembni.

Literatura

- Kožuh Novak M. Starejši za starejše – za boljše zdravje in višjo kakovost življenja doma. In: Ostrman A, Pavliha M, Žiberna A. Ljubljana 2006; 11–16.
- Ličen N, Bolčina B. Priročnik za medgeneracijsko učenje, Ljudska univerza Ajdovščina, Programi za medgeneracijsko učenje; 2010.
- Ramovš J, Kakovostna starost. Socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003
- Urník Univerze za tretje življenjsko obdobje Velenje. Zloženska; Gorenje I.P.C., d.o.o., Velenje, september; 2011.
- Staranje in zdravje. Dostopno na: http://www.zlatajesen.si/index.asp?tn=article_view&cid=178728&c=16033 (20. 04. 2012).
- <http://zlataleta.com/aktivno-staranje-kaj-je-to/> (20. 04. 2012).

Prostovoljstvo. Dostopno na: http://www.center-zarja.si/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=135 (20. 04. 2012).
<http://csd-ptuj.si/ng/sl/Prostovoljstvo> (20. 04. 2012).
<http://www.inst-antonatrstenjaka.si/old/prostovoljci.html> (20. 04. 2011).
Staranje in starostno varstvo v Sloveniji. Skupščina gerontološkega društva, Ljubljana; 1993.
Strategija varstva starejših do leta 2010. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve; 2010: 32. Dostopno na: http://www.mddsz.gov.si/fileadmin/mddsz.gov.si/pageuploads/dokumenti__pdf/strategija_varstva_starejsih_splet_041006.pdf (14. 2. 2012).

Sekcija I
Obravnavna starostnika
v zdravstveni negi

Mnenje svojcev o kakovosti bivanja oseb z demenco v Domu upokojencev Tolmin

Relatives' opinion about quality of life of elderly with dementia in Nursing home Tolmin

Iris Bratina, Doroteja Rebec

Izvleček

Izhodišča: S staranjem prebivalstva narašča tudi število starostnikov, ki zbolijo za demenco. Razvoj bolezni povzroča vedno večjo odvisnost pri starostniku vse do izražene potrebe po domski oskrbi. Kakovost bivanja demenčnih oseb v domovih upokojencev je še posebej občutljivo področje, saj je zagotavljanje spoštljive, dostojanstvene in holistične obravnave demenčnega starostnika zaradi značilnosti bolezni same zahtevna naloga za osebje domov upokojencev.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika. V raziskavo je bilo zajetih 20 anketirancev, ki so imeli demenčnega svojca nastanjenega v Domu upokojencev Tolmin. Podatki so bili analizirani s pomočjo osnovne deskriptivne statistike in vsebinskih povzetkov izjav anketiranih.

Rezultati: Splošno mnenje anketiranih je, da je oskrba demenčnih oseb v Domu upokojencev Tolmin zelo dobra (55 %) oz. dobra (30 %). Z odnosom osebja do demenčnega svojca so večini (90 %) zadovoljni, ravno tako z informiranjem (65 %) in načinom komuniciranja (65 %). Večina anketiranih (90 %) meni, da je osebje do svojca spoštljivo in pozorno in da se takoj odzove, ko jih le-ta potrebuje (95 %). Pri posameznih kriterijih kakovosti življenja demenčne osebe v domu pa so najvišje ocenili varnost, spoštovanje dostojanstva in dobro počutje, najnižje pa avtonomijo, kar je tudi pričakovati glede na naravo in potek bolezni.

Diskusija in zaključki: Anketirani so v povprečju zadovoljni z oskrbo njihovih demenčnih svojcev v Domu upokojencev Tolmin. Tudi življenje demenčnih svojcev ocenjujejo povečini kot kakovostno. Če pa bi imeli možnost, bi spremenili bivalno okolje, še izboljšali odnose osebja in obogatili aktivnosti v domu.

Ključne besede: starostniki, demenca, domska oskrba, kvaliteta življenja.

Abstract

Introduction: The increasing number of elderly with dementia is the result of human population ageing. Because of dementia elderly become more and more dependent and in the end they need some institutional care. Quality of life for those old people with dementia in nursing homes is a particular sensitive area, because providing respectful, dignified and holistic care is difficult task because of characteristics of disease.

Methods: survey was based on a quantitative approach, with use of a questionnaire from which were data collected. In the survey were involved 20 respondents with close relatives suffering from dementia which were residents in Nursing home Tolmin. The data were analysed using the basic descriptive statistics and summaries content of respondents statements.

Results: The general opinion of respondents is that the care for elderly with dementia in a Nursing home Tolmin is very good (55%) and good (30%). The respondents are mostly satisfied with attitude of staff towards residents (90%), also with informing (65%) and the manner of communication. Most respondents (90%) believe that staff act toward residents with respect and care and they respond promptly when they are needed (95%). Safety, dignity and well-being were the highest evaluated while autonomy gain the lowest rating on the scale of life quality for elderly with dementia in a Nursing home Tolmin, which was expected depending on the nature and course of the disease.

Discussion and conclusions: The respondents were in average satisfied with the care of their relatives with dementia. Also the life of their relatives they estimate as mostly good quality. With given possibility to change the living environment of their relatives, they would improve the attitudes of staff toward residents and enriching the daily activities.

Keywords: elderly, dementia, nursing homes, quality of life.

Uvod

Starost ni bolezen, temveč le eno izmed obdobj v človekovem življenju. Je čas, ko človek dozoreva, se plemeniti in bogati z izkušnjami (Mirc, Čuk, 2010). Res pa je, da staranje pogosto spremljajo zdravstvene težave, ki poslabšujejo funkcionalne sposobnosti organizma, neredko pa puščajo trajne posledice, kajti z upadanjem duševnih in telesnih sposobnosti se povečuje odvisnost od okolice, s čimer se zmanjšuje kakovost življenja (prav tam). Staranje prebivalstva pomeni povečanje deleža starejših od 65 let, do katerega privedeta upadanje rodnosti ter podaljševanje življenjske dobe (Kersnik Bergant, 1999). Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije za leto 2010 je v zadnjih dvajsetih letih v Sloveniji delež prebivalcev, starih najmanj 65 let, že presegel 15 %, do leta 2060 pa naj bi se povečal za več kot 16 %, kar pomeni, da bo v Sloveniji do leta 2060 predvidoma 33,4 % starejših od 65 let (SURS, 2011). Z naraščajočo starostjo strmo narašča tudi delež starejših, obolenih z demenco. Demenca prizadene okoli 1 % oseb, starejših od 60 let, in 30–40% oseb, starih 85 let in več (prav tam). Ker se v populaciji starejših od 60 let prevalenca bolnikov z demenco eksponentno povečuje in se vsakih pet starostnih let podvoji, lahko predvidevamo tudi ustrezno naraščanje števila obolenih za demenco (Klanjšček, 2009). Demenca je v starosti ena od najpogostejših duševnih motenj, ki s staranjem svetovnega prebivalstva postaja vedno večji problem, saj poleg obolelega hudo prizadene tudi njegove svojce (Kogoj, 1999). Gre za sindrom kroničnega in progresivnega propadanja možganovine, za kar je značilen upad spominskih sposobnosti, opazno osiromašenje mišljenja, zmanjšana je sposobnost orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti, sposobnosti besednega izražanja in presoje (prav tam). Pereč problem zdravljenja pacientov z demenco pa je ravno v tem, da jih veliko ostaja neprepoznanih, saj se v razvitih državah zdravi le okoli četrtnina pacientov (Knox, Ritchie, 2009). Podatki so zaskrbljujoči, saj kažejo na nizko osveščenost prebivalstva o tej bolezni in na določeno stigmo. Vendar pa ni problem samo v svojcih, ki

svojega bližnjega ne pripeljejo pravočasno na pregled, ampak tudi v zdravstvenem sistemu, ki spregleda kar tri četrtine pacientov z demenco (prav tam). Zato bi prav tu z zdravstveno vzgojo širšega prebivalstva in s sodelovanjem vseh sektorjev družbenega življenja lahko storili pomemben korak naprej k izboljšanju trenutnega stanja.

Skrb za stare ljudi v Sloveniji je danes izrazito institucionalno usmerjena, kaže pa, da bo življenje starih ljudi tudi v prihodnje vezano na institucije (Mali, 2007). Svojce ob odhodu svojega starega družinskega člana v dom bremenijo mešani občutki – pogosti so občutki krivde, zaradi česar se svojci pretirano zaščitniško vedejo do starega človeka (Mali, 2008). Zaskrbljenost svojcev, kako skrbijo za njihovega starejšega družinskega člana v domu, ni zgolj izraz kritičnosti do dela osebja in organizacijskih razmer v domu, temveč izhaja iz njihove primarne težnje in dolžnosti skrbeti za svojca (prav tam). Demenca prinaša tudi težave, ki globoko zarežejo v medsebojno razumevanje družinskih članov in starostnika. Pojavijo se občutki nemoči, potrtosti, pa tudi jeze in nerazumevanja (Mali, 2007). Če želimo svojcem pri tem pomagati, hkrati pa doseči čim boljše sodelovanje z njimi, jih je potrebno dobro informirati o delovanju ustanove, aktivnostih v domu, možnostih vključevanja v načrt in izvajanje zdravstvene nege, sprotno jih je treba obveščati o stanju njihovega svojca, spodbujati stike med svojci in dementno osebo ter skupno in sproti reševati nastale probleme. Zdravstvena vzgoja svojcev se zato začne že ob postavitvi diagnoze, saj igrajo družinski člani pomembno vlogo v skrbi za dementnega svojca, najprej kot osebe, ki nam dajo ključne informacije za postavitve diagnoze, nato kot zagovorniki dementne osebe in končno kot negovalci, ki obolelemu nudijo potrebno nego in podporo (Mali, 2008). Delo s svojci dementnih oseb je tako enako zahtevno kot delo z dementno osebo in zahteva od medicinske sestre specifično znanje, komunikacijske spretnosti in predanost poklicu. Osnovni namen vsega truda pa je dementnim osebam omogočiti čim bolj prijazen in kakovosten način bivanja, njihovim svojcem pa mirnejše in kakovostnejše življenje (Miller, 1999). Pomemben kriterij pri vrednotenju zdravstvene nege dementne osebe je ocena spoštovanja dostojanstva in ocena pomoči, ki jo dementna oseba potrebuje za ohranjanje največje možne kakovosti življenja (prav tam). V pričujoči raziskavi smo želeli od svojcev, ki imajo v Domu upokojencev Tolmin nastanjene svoje dementne družinske člane, pridobiti mnenja o kakovosti bivanja le-teh v omenjenem domu.

Metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu. Potekala od oktobra do novembra 2011 v Domu upokojencev Tolmin. Vzorčenje je bilo namensko – zajetih je bilo 20 svojcev, ki imajo svoje dementne družinske člane nastanjene v omenjenem domu. Vsi anketiranci so prostovoljno in anonimno odgovarjali na anketni vprašalnik. Vprašanja so nastala na podlagi delovnih izkušenj, opazovanj in sodelovanja s svojci dementnih oseb, nanašala pa so se na poznavanje demence, soočanje z boleznijo in na dejavnike, s katerimi smo želeli opredeliti kakovost bivanja dementnih oseb v omenjenem domu skozi perspektivo njihovih svojcev. Dobljeni podatki iz zaprtih vprašanj so bili obdelani s pomočjo osnovne deskriptivne statistike, odprta vprašanja pa so bila obdelana v obliki vsebinskih povzetkov izjav anketiranih.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, koliko anketiranci poznajo in kako doživljajo bolezen svojih dementnih svojcev ter kakšno je njihovo mnenje o kakovosti bivanja njihovih dementnih svojcev v omenjenem domu. Postavili smo si sledeča raziskovalna vprašanja:

1. Koliko so svojci poučeni o bolezni in kje so dobili največ informacij?

2. Kakšno je njihovo mnenje o kakovosti oskrbe in kvaliteti življenja njihovega svojca?
3. Kaj bi spremenili, da bi se kvaliteta bivanja njihovega svojca v domu izboljšala?

Rezultati

Na varovanem oddelku Doma upokojencev Tolmin je nastanjenih 12 dementnih oseb, katerih povprečna starost je 81 let, v omenjenem domu pa v povprečju bivajo 3 leta. V raziskavi je sodelovalo 20 anketirancev, ki so z dementno osebo v sorodu kot sin/hči (50 %) ali brat/sestra (25 %). Polovica anketirancev se je za obisk pri zdravniku zaradi bolezenskih znakov, ki so jih opazili pri svojem dementnem svojcu, odločila šele po več kot dveh letih, malo manj kot polovica pa jih je to storila v časovnem obdobju 1–12 mesecev po pojavu bolezenskih znakov. Tako je ob postavitvi diagnoze bolezni poznalo 45 % anketirancev ali vsaj delno poznalo (50 %). Pri tem se jih je največ (v 60 %) z boleznijo seznanilo iz literature.

Glede kakovosti življenja dementnih pacientov v Domu upokojencev Tolmin anketirani menijo, da je oskrba zelo dobra (55 %) oz. dobra (30 %). Le trije anketiranci (15 %) ocenjujejo oskrbo kot zadovoljivo, nihče pa je ne ocenjuje kot slabe. V zvezi z odnosom osebja do dementnega svojca so povečini (90 %) zadovoljni. Ravno tako so zadovoljni z informiranjem (65 %) in načinom komuniciranja (65 %), vendar je potrebno pri tem omeniti, da gre za raven zadovoljstva, ki ni najvišja, tj. »zelo zadovoljen«. V primeru spoštljivosti, pozornosti in odzivnosti osebja do dementnega svojca se je večina anketiranih (90 %) opredelila, da je osebje do svojca spoštljivo in pozorno ter da se takoj odzove, ko jih le-ta potrebuje (95 %). Posameznim kriterijem kakovosti življenja dementnega svojca so anketirani namenili eno od ocen v petstopenjskem razponu od zelo slabo do odlično (oz. od 1 do 5). Relativno visoko (tako po številu odgovorov, kot po višini ocene) so ocenili: varnost (v 50 % ocena 4, v 30 % ocena 5), spoštovanje dostojanstva (v 40 % ocena 4, nekoliko manjši delež pri oceni 3 in 5) in dobro počutje (v 35 % ocena 3 in ravno toliko ocena 4, pojavlja pa se tudi ocena 5). Pri zdravstveni negi in oskrbi ter komunikaciji gre za precejšnje izenačenje med zastopanostjo ocen, ker so ocene 3–5 zastopane v skoraj enakih deležih. Podobno je opaziti tudi pri spoštovanju zasebnosti, vendar se tu dodatno in v večji meri kot pri drugih kriterijih pojavlja še zadostna ocena. Avtonomijo so anketiranci v večjem deležu (v 45 %) ocenili najnižje (8 z oceno 3), kar je do neke mere tudi razumljivo glede na naravo in potek bolezni.

Kar 40 % anketiranih nima na obstoječo situacijo nobenih pripomb, zato ne bi spremenili nič. Tisti pa, ki bi si želeli sprememb, so navedli, da bi to bilo v zvezi z bivalnimi prostori (25 %), v enakem deležu (20 %) bi si želeli spremenjen odnos osebja do anketirancev in drugačnih aktivnosti v domu (čeprav jih pri slednjem 80 % meni, da je v dopoldanskem času organiziranih dovolj aktivnosti, za popoldanski pa se ta delež zniža na 50 %). Nekaj bi jih spremenilo tudi odnos osebja do dementnega svojca (15 %). Želijo si tudi višjo raven oskrbe glede na ceno, ki jo plačujejo, in večjo odprtost doma, tudi za dementne osebe.

Ne glede na do sedaj podana mnenja bi večina anketiranih (70 %) zase izbrala možnost preostanek življenja preživeti v domačem okolju. Le 30 % bi jih zase izbralo domsko oskrbo. Večino pa v tem trenutku skrbi predvsem to, kako bodo zmogli plačevanje oskrbine v domu.

Razprava

Kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje, koliko so svojci poučeni o demenci in kje so informacije pridobili, lahko ocenimo, da so z boleznijo seznanjeni v precejšnji meri (45 % jih je bolezen poznalo, 50 % pa vsaj delno). Res pa je, da se jih je le polovica odločila za potrditev diagnoze pri zdravniku znotraj 1–12 mesecev po tistem, ko so pri svojem družinskem članu opazili bolezenske znake. Sistematično seznanjanje ljudi o demenci je zato nujno, še posebej zato, ker je večina anketiranih (60 %) spoznala bolezen preko literature, kar pomeni, da so informacije iskali sami, tudi pri prijateljih, znancih in sorodnikih, ki so že imeli izkušnjo s to boleznijo. Dejstvo, da jih malo poiskalo pomoč pri zdravstvenih delavcih, napeljuje na morebitni strah in sramovanje bolezni. Eden od razlogov je lahko že narava bolezni same, saj demenca še vedno predstavlja stigmo v našem prostoru, o kateri naj se ne bi govorilo, v svojcih pa vzbuja občutke nemoči, zanikanja in sramu, saj je bolezen velikokrat prezrta, bolezenske znake pa pripisujejo procesom normalnega staranja. Če hočemo, da bi bile formalne oblike pomoči svojcem bolj na razpolago, je potrebno graditi na medsebojnih odnosih zaupanja med pacientom, svojcem in zdravstvenim delavcem, kar je še kako pomembno za pravočasno in kvalitetno zdravstveno vzgojo prizadetih svojcev dementnega pacienta.

Glede mnenja svojcev o kakovosti oskrbe in kakovosti življenja njihovega dementnega svojca v Domu upokojencev Tolmin, kar je bilo drugo raziskovalno vprašanje, lahko zaključimo, da so svojci z oskrbo v domu po večini zadovoljni, saj jo ocenjujejo kot zelo dobro (55 %) in dobro (30 %). Večina jih je zadovoljnih tudi z odnosom do dementnega svojca (90 %), z informiranjem (65 %) in z načinom komuniciranja (65 %). Večina (90 %) jih meni, da je osebe do dementnega svojca spoštljivo, pozorno in hitro odzivno (95 %). Najnižje je po mnenju svojcev upoštevana avtonomija dementne osebe, kar je do neke mere razumljivo, saj napredovanje demence pri starostniku povzroča vse večjo odvisnost od pomoči druge osebe. Pri tem se pojavi vprašanje človekovih pravic, ki so pri pacientih z demenco lahko zelo hitro kršene. Načelo avtonomije je neposredno relevantno samo v primeru, ko je oseba sposobna sama odločati o sebi, zato je v zdravstveni negi zelo težko opredeliti merjenje sposobnosti odločanja (Leskovic, 2010). Nekateri zato predlagajo, da bi se pri takih ljudeh upoštevalo poprej izražene želje in prejšnje prednostne vrednote (prav tam). Enako velja tudi za spoštovanje dostojanstva, na katerem temelji zagotavljanje kakovostnega življenja dementnih pacientov. Rezultat za ta kriterij je razveseljav, saj je kar 65 % anketirancev ocenilo kot zelo dobro oz. odlično. Zasebnost je v starosti zelo občutljivo področje, saj se na eni strani zmanjšujejo stiki s svojci in poznano okolico, na drugi strani pa se zaradi različnih okoliščin starostnik znajde v položaju, ko mora svojo zasebnost deliti s tujci, ki mu pomagajo pri opravljanju vsakodnevnih opravil. Tudi spoštovanje zasebnosti polovica anketiranih ocenjuje kot zelo dobro oz. odlično. Ohranjanje zasebnosti v starosti je odvisno od zdravstvenega stanja in fizične vitalnosti posameznika, kot tako pa pomembno vpliva na ohranjanje starostnikove identitete (Janež, 2004). Komunikacija, ki jo v pričujoči raziskavi svojci dementnih oseb ocenjujejo z ocenami od dobro do odlično, je bistven del kakovosti življenja dementnih oseb, saj je nujna v prepoznavanju potreb in želja dementne osebe. Znano je tudi, da je molk ali katera druga oblika odsotnosti medsebojne komunikacije ena najhujših oblik psihičnega nasilja (Hojnik Zupanc, 1999). V visokem odstotku anketirani ocenjujejo tudi počutje svojca kot zelo dobro. Dobro počutje je zelo pomemben dejavnik pri

ocenjevanju kakovosti življenja dementnih pacientov, saj je njihovo dobro ali slabo počutje odraz najglobljih in iskrenih čustev, preko katerih se nam odkriva njihov notranji svet. Pri ocenjevanju kakovosti življenja dementnih pacientov v institucionalnem varstvu ne moremo mimo zdravstvene nege in oskrbe ter varnosti. Če imajo osebe z demenco občutek varnosti, lahko razvijejo dobre odnose (Habjanič, 2011). Oba zelo pomembna kriterija so anketiranci ocenili z oceno zelo dobro. Ocena je pohvalna, saj se zavedamo, da je odgovornost za varnost dementnih pacientov na strani osebja, ki je hkrati tudi izvajalec zdravstvene nege in oskrbe. Rezultati raziskave so spodbudni, saj kažejo na to, da so anketiranci zadovoljni s kakovostjo življenja svojega dementnega svojca v instituciji.

Na tretje raziskovalno vprašanje o tem, kaj bi anketiranci kot svojci dementne osebe spremenili v domskem varstvu, smo sicer pričakovali raznolike odgovore, vendar jih je kar 40 % odgovorilo, da nimajo pripomb in da ne bi spremenili nič. Ne gre pa zanemariti tistih, ki menijo, da je potrebna sprememba v odnosih med osebjem, svojci in stanovalci, kar lahko povezujemo z različnimi stališči in pričakovanji svojcev do svojega obolelega v domu. Osebe naj bi bila tista skupina, ki posega po posebnih oblikah intervencij za izboljšanje odnosov (Ramovš, 2003). Tudi bivalni prostori lahko zelo otežijo prilagajanje in bivanje v instituciji. Glede na to, da je bila prenova varovanega oddelka usmerjena le v dnevni prostor, so mnjenja anketirancev pričakovana, saj bo potrebno v nadalje razmisliti tudi o prenovi ostalih prostorov in sob. Razmisliti in pogovoriti pa se bo potrebno tudi o drugih oblikah aktivnosti, prehrani in postrežbi, saj jih je kar nekaj predlagalo spremembe na teh področjih. Pomemben podatek pa je tudi ta, da bi se večina anketiranih odločila za oskrbo doma in ne v domu. Morda tudi zaradi finančnih stisk, ki so danes vse bolj izrazite in so neposredno povezane z možnostmi nastanitve v domski oskrbi.

Zaključek

Anketirani po večini ocenjujejo kakovost življenja in oskrbo dementnih svojcev v Domu upokojencev Tolmin kot dobro oz. zelo dobro, vendar bi kljub temu želeli izboljšati bivalne prostore, animacijske dejavnosti pa tudi odnos osebja do svojcev in do dementnih oseb. Dobljeni rezultati so izhodišča osebju Doma upokojencev Tolmin, ki želimo življenje dementnih oseb dvigniti na še višjo kakovostnejšo raven, pri čemer so mnjenja svojcev dragocena usmeritev za nadaljnje delovanje.

Literatura

- Habjanič A. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. *Obzor Zdr N* 2011; 45 (1); 39–45.
- Hojnik Zupanc I. Samostojnost starega človeka v družbeno – prostorskem kontekstu. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1999: 98–101.
- Janež N. Kakovost bivanja starostnikov in predsodki, ki jih imajo starejši v zvezi z domovi za starejše. [Diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2004.
- Kersnik Bergant M, ed. Naučimo se poslušati – prostovoljno delo starih za stare. Ljubljana: Slovenska filantropija; 1999.
- Klanjšček G. Zdravljenje bolnika z demenco. In: Mancelj M, ed. Bolezni in sindromi v starosti. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije; 2009: 37–38.

- Knox S, Ritchie CW. Recognising early symptoms of Alzheimer's disease in routine clinical practice. *Europ Neurol. Rew.* 2009; 4 (2): 14–16.
- Kogoj A. Organske duševne motnje. In: Tomori M, Ziherl S. *Psihiatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1999: 102–114.
- Leskovic L. Pravice in dolžnosti zaposlenih v socialno varstvenih zavodih. Ljubljana: Izobraževalni center Socialne zbornice Slovenije; 2010.
- Mali J, Milošević Arnold V. Demenca - izziv za socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2007.
- Mali J. Od hiralnic do domov za stare ljudi. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo; 2008.
- Miller CA. *Nursing care of older adults: theory and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
- Mirc A, Čuk V. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanja z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. *Obzor Zdr N.* 2010; 44 (3); 163–164.
- Ramovš J. *Kakovostna starost*. Ljubljana: Socialna gerontologija in gerontagogika; 2003.
- Statistični urad RS, Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Dostopno na: www.stat.si/doc/StarejsePrebivalstvo.pdf (14. 08. 2011).

Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč

First Aid Course for Elderly People Self-help Group

Eva Dolenc, Damjan Slabe

Povzetek

Izhodišče: Večanje deleža starejše populacije vpliva na izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali. Starejši ljudje s svojo aktivnostjo dajejo bogat doprinos družbi, hkrati pa spadajo v skupino šibkejših prebivalcev. V državah Evropske unije vsak dan utrpí poškodbe, zaradi katerih obišče zdravnika, 15.000 starejših oseb. Največ teh poškodb se zgodi doma, ko ni na voljo zdravstvene oskrbe, potrebno pa je takojšnje dajanje prve pomoči. Po pregledu literature v Sloveniji ne razpolagamo z analizami že izvedenih tečajev prve pomoči za starejše. Namen: načrtovati, izvesti in ovrednotiti primernost tečaja prve pomoči za skupino starejših oseb za samopomoč.

Metode: Uporabljena je bila strategija študije primera, podatki pa pridobljeni z deskriptivno metodo raziskovanja. Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč Vrtnice je potekal enkrat tedensko marca 2012 v Škofji Loki, posamezno srečanje je trajalo 75 minut. Rezultati: večina udeležencev je lahko aktivno sodelovala v načrtovanih aktivnostih, z izjemo izvajanja umetnega dihanja. Tečaj je bil pozitivno ovrednoten tako z vidika udeležencev kot z vidika izvajalcev.

Diskusija in zaključki: Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč se je izkazal kot smiseln in potreben. Priporočajo ga tudi tuji avtorji podobnih raziskav.

Ključne besede: prva pomoč, starostnik, kakovost življenja.

Abstract

Introduction: The increasing proportion of elderly population is introducing challenges and requirements that were not previously known. Elderly with their activity provide a rich contribution of society, while belonging to a vulnerable group in society. In European Union 15.000 elderly people visit the doctor daily, because of sustained injuries. Most of these injuries happen at home, where health care is unavailable; therefore giving immediate first aid is necessary. After reviewing Slovenian literature we conclude that the analyses of performed first aid courses for the elderly in Slovenia are not available.

Purpose: to plan, implement and evaluate the adequacy of first aid course for elderly people self-help group.

Methods: Strategy of a case study was applied and data was obtained using the descriptive method of research. In March 2012 a first aid course for Self-help elderly group with the name "Vrtnice" was held in Škofja Loka once per week, and each meeting lasting 75 minutes. Results: Most of the participants could participate actively in planned activities, with the exception of the administering artificial respiration. The course was positively evaluated by both participants and providers.

Discussion and conclusion: First aid course for elderly people self-help group has proven to be meaningful and required. These kinds of courses are also recommended by the foreign authors who made similar studies.

Key words: first aid, elderly, quality of life.

Uvod

Vprašanje kakovosti življenja v starosti postaja med raziskovalci vedno bolj aktualno, kar je povezano tudi s staranjem prebivalstva v razvitem svetu (Kogoj, 2004). Po srednji varianti projekcije prebivalstva EUROPOP2008 naj bi se v Sloveniji delež najmanj 65 let starih ljudi (65+) med skupnim prebivalstvom do leta 2060 povečal za več kot 16 %, delež najmanj 80 let starih ljudi (80+) pa s 3,5 % na 14,1 % (Vertot, 2009). Zvečanje deleža starejše populacije vpliva tudi na izzive in zahteve, ki jih doslej nismo poznali (Poredoš, 2004). Potrebe in zmožnosti starih ljudi danes se razlikujejo od tistih v preteklosti, do sprememb bo prihajalo tudi v prihodnosti (Križman, 2010). Poudarja se predvsem samostojno in polno življenje starejših (Filipović et al., 2005). Samostojno življenje pa je tesno povezano z ravno kakovosti življenja, ki se navezuje na to, da starostnik ostane čim dlje aktiven znotraj skupnosti (Dwyer et al., 2000).

V Sloveniji obstajajo različni projekti in programi, namenjeni izboljševanju kakovosti življenja starejših. Eden prepoznavnejših je program Skupine starih ljudi za samopomoč. Skupine vodijo prostovoljci, ljudje srednjega ali poznega življenjskega obdobja, ki jih je za delo s starimi usposobila Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije. V Sloveniji deluje približno 520 takšnih skupin (Skupine, 2011). Med njimi je tudi skupina Vrtnice, ena od šestih delujočih skupin v okviru Območnega združenja Rdečega križa Škofja Loka (OZRK Škofja Loka, 2012).

Naraščajoč delež starejših v Evropski uniji (EU) ima takojšen vpliv na pogostost poškodb te starostne skupine. V EU vsak dan utrpí poškodbe, zaradi katerih obišče zdravniška, 15.000 starejših (Košnik Grmek, 2007). Največ padcev, kar 50 odstotkov, se pri starostnikih zgodi doma, ko ni na voljo takojšnje zdravstvene oskrbe in se pokaže potreba po znanju dajanja prve pomoči (PP). V starosti je značilno, da se pogostejše pojavljajo in kopičijo tudi kronične bolezni, kot so srčno-žilne bolezni, bolezni dihal, gibal, rakave bolezni (Poredoš, 2004). Te lahko privedejo do akutnih zapletov, ki prav tako zahtevajo takojšnje ukrepanje v smislu dajanja PP. Temeljni cilji PP so rešiti življenje, preprečiti poslabšanje zdravstvenega stanja in poskrbeti za strokovno pomoč (Ahčan et al., 2007). Predpogoj za ukrepanje je vsaj minimalno znanje, spretnost ter osebna pripravljenost dati PP.

Problemi na področju znanja PP se pojavljajo predvsem zaradi pozabljanja vsebin in zastaranja znanja, kar je pri starejših ljudeh še izrazitejše. Starejši so neizčrpen vir življenjskih izkušenj in modrosti, vendar jim primanjkuje sodobnega znanja, večkrat pa jih tudi zmotno podcenjujemo, da znanj niso zmožni ali jih nočejo pridobiti (Milavec Kapun, 2011). Izkušnje v tujini kažejo, da lahko tudi starejši ljudje pridobijo prepotrebna znanja PP

(Eisenburger, 1999). Po podatkih Rdečega križa Slovenije (RKS) so v naši državi že bili tečaji PP za starejše osebe, vendar ne razpolagamo z analizami teh tečajev (RKS, 2012).

Cilji

Namen študije primera je načrtovati, izvesti in ovrednotiti primernost tečaja osnovnih ukrepov PP, ki bo vsebinsko in metodološko prilagojen skupini starejših oseb.

S študijo primera smo želeli:

- seznaniti udeležence tečaja kaj je PP in kakšen je njen pomen,
- jim posredovati osnovna znanja za učinkovito in pravilno dajanje PP,
- oblikovati program tečaja, ki bi ga lahko ponudili tudi drugim zainteresiranim skupinam starejših oseb.

Metode

Uporabili smo študijo primera kot strategijo raziskovanja in deskriptivno metodo znanstvenega raziskovanja. Predmet obravnave je bil tečaj PP za skupino starih ljudi za samopomoč. Podatke smo zbrali s pomočjo spraševanja, opazovanja z udeležbo in s polstrukturiranim intervjujem za evalvacijo. Za analizo podatkov smo uporabili dokumentirane vire (pisno dokumentacijo progama tečaja, evidenčni evalvacijski list, zapiske rezultatov polstrukturiranega intervjuja, fotografije, diplome) in dostopno domačo in tujo literaturo z vključitvenimi kriteriji (članki strokovnih, znanstvenih revij, mlajših od 2000). Proces raziskovanja je sledil krožnemu konceptu raziskovalnih korakov: pripravljalna faza, izvedba tečaja, sprotna in končna evalvacija. Gre za sistemsko-kibernetičen pristop, v katerem »uporabimo *output* kot novi *input*, namreč kot povratno informacijo, ki nas obvešča o smeri delovanja in na podlagi katere lahko uravnavamo njegovo delovanje« (Šugman Bohinc, 2000).

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali so udeleženci tečaja zmožni slediti načrtovanim vsebinam PP?
- Ali so udeleženci zmožni usvojiti posredovana praktična znanja PP?
- Kako ocenjujejo ustreznost tečaja PP za skupino starih ljudi za samopomoč udeleženci in kako izvajalci?

Pripravljalna faza

Program tečaja PP za skupino starih ljudi za samopomoč smo oblikovali na osnovi prilagoditve predpisanega 12 urnega tečaja PP za delovne organizacije RKS (Slabe in Šutanovac, 2006). Načrtovali smo tri srečanja v obsegu 90 minut (tabela 1).

Tabela 1: Načrtovani program tečaja prve pomoči za Skupino starih ljudi za samopomoč.

Datum	Teme	Čas 3 x 90 min
13. 3. 2012	Uvodna predstavitev udeležencev in programa tečaja	10 min
	Kaj je PP, pomen in cilji	5 min
	Pristop k poškodovancu - načrt nujnega ukrepanja	15 min
	Znamenja nekaterih nujnih stanj in položaj bolnika (oteženo dihanje, bolečina v prsih, akutna možganska kap in nezavesti)	40 min
	Klic 112	10 min
	Evalvacija prvega srečanja	10 min

Datum	Teme	Čas 3 x 90 min
20. 3. 2012	Povzetek prejšnjega srečanja in napoved teme	10 min
	Temeljni postopki oživljanja odraslega z uporabo avtomatičnega zunanjskega defibrilatorja (AED-ja)	60 min
	Ukrepi v primeru zapore dihalne poti zaradi tujka	10 min
	Evalvacija drugega srečanja	10 min
27.3. 2012	Povzetek prejšnjega srečanja in napoved teme	10 min
	PP pri hudih krvavitvah	30 min
	Prva oskrba ran	30 min
	PP pri opeklinjskih ranah	10 min
	Evalvacija tretjega (zaključnega) srečanja	10 min

Tečaj smo ponudili Območnemu združenju Rdečega križa (OZ RK) Škofja Loka, skupini Starih ljudi za samopomoč Vrtnice. Ker je bil odgovor pozitiven, smo člane skupine povprašali o njihovih pričakovanjih, željah in predlogih glede tečaja, še zlasti v zvezi s temami PP, ki bi jih zanimale. Seznanili smo jih tudi z namenom in ciljem izvedbe projekta v kontekstu raziskovanja. Izrazili so zanimanje za seznanitev s kompletom PP za domačo uporabo, temeljnimi postopki oživljanja (TPO), PP pri ranah in pikih ter strinjanje z raziskovalnim namenom projekta. Udeležba na tečaju je bila prostovoljna, tako kot je tudi udeležba v skupini.

Faza izvedbe

V raziskavi je sodelovalo 8 oseb, 5 članic skupine za samopomoč Vrtnice iz Škofje Loke, vodja te skupine in dva izvajalca (predavatelj in demonstrator). Udeleženke so bile stare med 76 in 82 let, kar sodi v srednji starejši razred (75–84 let) (Ramovš, 2003). Tečaj je potekal v sklopu srečanja skupine, ki se utečeno sestaja enkrat tedensko v prostorih OZ RK Škofja Loka, Mestni trg 35, med 13. in 27. marcem 2012. Načrtovano je bilo, da bo tečaj potekal trikrat po dve šolski uri. Že na prvem srečanju so izrazili željo, da bi tečaj skrajšali, saj je ena od članic skupine praznovala rojstni dan in so udeleženke del srečanja želele posvetiti tudi praznovanju. Tako smo že na prvem srečanju tečaj skrajšali na 75 minut. Ker je bila izkušnja pozitivna, smo tak časovni okvir obdržali tudi na preostalih dveh srečanjih.

Uporabili smo naslednje učne metode: metoda razlaganja, metoda demonstracije, metoda razgovora, metoda praktičnih del. Pri metodi demonstriranja je kot demonstrator sodeloval model. Uporabili smo učne pripomočke: simulator za učenje temeljnih postopkov oživljanja Leardal (Little Anne® CPR Training Manikin), Leardal Baby Anne™, vadbeni avtomatski zunanji defibrilator (AED – ZOLL AED PLUS®), komplet PP (kovček za PP – Tosama), dodatni obvezilni material in kartice iz kompleta Prva pomoč – primeri poškodb za voznike motornih vozil (Ahčan et al., 2012).

Faza evalvacije

Evalvacija je bila narejena z vidika uporabnic in z vidika izvajalcev tečaja po vsakem srečanju. Evalvacija je potekala z vprašanji polstrukturiranega intervjuja po metodi PMI (plusi, minusi, ideje) Edvarda de Bona (Bohanec, 2009). Za udeleženke tečaja je evalvacija trajala približno 5 minut, evalvacija izvajalcev pa približno 30 minut, ločeno od skupine.

Rezultati

V tabelah 2, 3 in 4 so prikazani rezultati evalvacij prvega, drugega in tretjega srečanja.

Tabela 2: Evalvacija prvega srečanja 13. 3. 2012.

P (plusi)	<i>Vidik udeleženk:</i> tečaj je zanimiv, koristen. <i>Vidik izvajalcev:</i> Udeleženke so pripravljene sodelovati, motivirane za poslušanje, komunikativne, postavljajo smiselna vprašanja, zanimajo jih tudi druge teme PP, ki jih ta dan sicer ne obravnavamo, podane teme PP povezujejo z lastnimi izkušnjami (npr. s položaji pri poškodbah), pripovedujejo zgodbe iz vsakdanjega življenja v povezavi s PP, so motivirane za praktično delo, vadijo položaj za nezvestnega in ga pravilno izvedejo, naučijo se poklicati 112 in pravilno komunicirati ob klicu (praktična izvedba). <i>Drugo:</i> Prisotnost demonstratorja, časovna omejitev z 90 na 75 minut, priprava načrta izvedbe, materiala že vnaprej, pravočasen prihod izvajalcev (cca 30 minut pred srečanjem), poudarek na praktičnem delu.
M (minusi)	<i>Vidik izvajalcev:</i> Premalo prostora, majhna skupina (2 udeleženk sta zboleli), slabše počutje 2 udeleženek, začetni strah pred dajanjem PP, asociacije na neprijeten dogodek dveh udeleženek ob obravnavanju vsebin (smrt obiskovalke zdravilišča, v katerem sta pred kratkim bili).
I (ideje)	<i>Vidik izvajalcev:</i> Sprememba načrtovane dolžine tečaja (iz načrtovanih 90 na približno 75 minut), pripravljen scenarij za naslednje srečanje.

Tabela 3: Evalvacija drugega srečanja 20. 3. 2012.

P (plusi)	<i>Vidik udeleženk:</i> Obravnavane teme se jim zdijo zelo koristne, nujne za poznavanje, bile so navdušene nad novostmi (AED, zapora dihalne poti pri dojenčku). <i>Vidik izvajalcev:</i> Ponovitev snovi prejšnjega srečanja, dobra izvedba položaja za nezvestno osebo, ko smo preverjali usvojeno znanje prejšnje ure, uporaba različnih učnih metod za pojasnitev TPO, vključitev AED-ja in zapore dihalnih poti pri dojenčku med teme, dobro sprejemanje AED in razumevanje delovanja naprave, dobra frekvenca in globina pri praktičnih vajah masaže srca, pravi prikaz uporabe AED-ja po demonstraciji, aktivna vključitev članice, ki prejšnje srečanje ni bila aktivna, motiviranost članic, odprtost za tehnične novosti (AED), povezovanje snovi s praktičnimi izkušnjami, zainteresiranost tudi za poglavja PP, ki niso teme tečaja. <i>Drugo:</i> Prisotnost demonstratorja za model, časovna omejitev, priprava načrta izvedbe, materiala, demonstracija ukrepov v primeru zapore dihalne poti zaradi tujka pri dojenčku, čeprav ni bila v programu.
M (minusi)	<i>Vidik izvajalcev:</i> Pomisleki udeleženek, če bi se znašle v realni situaciji ko bi bilo potrebno TPO, malo prostora za vaje, asociacije na neprijetne dogodke pri udeleženkah ob podajanju vsebin, slabo izvajanje umetnega dihanja, oteženo izvajanje masaže srca pri nekaterih udeleženkah zaradi bolečin v rokah ali fizične nemoči.
I (ideje)	<i>Vidik izvajalcev:</i> V prihodnje učiti le TPO brez umetnega dihanja, udeleženke bi lahko ob koncu tečaja dobile simbolično potrdilo o opravljenem tečaju, vključitev slikovnega materiala v podajanje snovi, dobro bi bilo članice vprašati, ali so že kdaj opravljale kakšen tečaj PP.

Tabela 4: Evalvacija tretjega srečanja 27. 3. 2012.

P (plusi)	<i>Vidik udeleženk:</i> Udeleženke se zahvalijo izvajalcema za opravljen tečaj, sprejmejo ga zelo pozitivno, vesele so, ker so lahko sodelovale v takem tečaju, povedo, da so se naučile veliko novega in uporabnega, da bi bili takšni tečaji nujni tudi za druge skupine, izvajalcema kot poklon izročijo čestitko in fotografije s tečaja. <i>Vidik izvajalcev:</i> Ponovitev pretekle snovi (TPO), uporaba kartic primerov poškodb za praktične vaje oskrbe ran, PP pri hudih krvavitvah - dobra praktična izvedba udeleženek po demonstracijskem prikazu, zanimanje za vsebino kompleta PP in uporabo materialov, samoiniciativa udeleženke (prinese seznam stvari, ki jih je dobro imeti v domači lekarni), dobro sprejemanje novosti (aluplast), ključni poudarki tečaja na koncu, diplome/potrdila udeleženkam o opravljenem tečaju PP, predstavitev dvostranske metalizirane folije.
M (minusi)	<i>Vidik izvajalcev:</i> Pomanjkanje materiala za vaje oskrbe ran (npr. nov tip prvega pomoči), nismo imeli na razpolago AED-ja (zaradi selitve) za ponovitev teme prejšnjega srečanja

I (ideje)

Vidik izvajalec: Komplet PP bi bilo smiselno predstaviti že na prvem srečanju in takrat predstaviti tudi uporabo dvostranske metalizirane folije, vprašati udeleženke, kako se počutijo v vlogi poškodovanke (pri igranju vlog).

Razprava

Danes se mora posameznik učiti v primernih učnih programih, izobraževanjih ter v drugih bolj neformalnih oblikah generacijskega in medgeneracijskega druženja (Kapun, Milavec, 2011). Področja, ki se danes hitro spreminjajo, zahtevajo sprotno učenje, védenje in informiranje tudi pri starejših. Starejši predstavljajo ranljivo skupino, saj je njihovo zdravstveno stanje velikokrat šibkejše. Večina poškodb in bolezenskih zapletov se pri starostnikih zgodi doma, ko ni na voljo takojšnje zdravstvene oskrbe in je na prvem mestu dajanje PP. Prispevek k spodbujanju samostojnosti starejših lahko predstavlja tudi tečaj PP.

Rezultati prvega srečanja tečaja kažejo, da so udeleženke z zanimanjem in veliko motiviranostjo obiskovale tečaj. Tudi avtorji analiz podobnih tečajev v tujini ugotavljajo, da starejši ljudje pozitivno sprejemajo izobraževanje o PP (Eisenburger, 1999; Neset, 2012). Med teoretično razlago pojma PP in praktično demonstracijo pristopa k poškodovancu so udeleženke postavljale smiselna vprašanja. Vse udeleženke so po začetni demonstraciji tudi same praktično pravilno izvedle položaj za nezvestno osebo. Vse udeleženke tečaja poznajo številko za klic v sili (112). Klic na to številko so ocenile kot ključni ukrep, ki bi ga naredile v primeru kakršnekoli nezgode. Slabe in Medja (2009) sta ugotovila, da je številka 112 med anketiranimi dobro prepoznavna kot nacionalna številka za klic v sili. Richman et. al. (2007) pa so ugotovili, da je le 62 % udeležencev v raziskavi naročilo klic 112 ob nesreči, kljub temu da so imeli predhodno izobraževanje PP.

Na drugem srečanju, kjer je bila glavna tema TPO, so udeleženke sicer pokazale veliko zanimanja za učenje masaže srca in umetnega dihanja, vendar jim njihove fizične zmožnosti niso dopuščale zadovoljive izvedbe postopkov. Umetno dihanje se je pokazalo kot povsem neučinkovito in smo ga pri ponovitvah vaje iz TPO opustili. Udeleženke smo spodbujali, da izvajajo le masažo srca, ki pa v nobenem primeru ni odsegla standarda 5–6 cm globine prsnega koša. Rezultati raziskave Richman et. al. (2007) kažejo, da je 95 % udeležencev preverilo odzivnost osebe brez znakov življenja v zaigranem scenariju, od 88 % tistih, ki so začeli s TPO, jih je le 22 % izvajalo kakovostno masažo srca (dovolj globoki stiski in pravilna frekvenca). Zaključili so, da kljub predhodnemu izobraževanju o PP niso zadovoljivo izvedli ključnih korakov TPO. Večina udeleženk v naši raziskavi je po predhodni demonstraciji pravilno uporabila AED. Pozitivne rezultate učenja uporabe AED-ja kažejo tudi rezultati raziskav v tujini. 94 % udeleženi v raziskavi med starejšimi od 54 let pravilno uporabljajo AED, v primeru, ko električni sunek ni potreben, jih 82 % nadaljuje z oživljanjem (Richman et. al., 2007). Ob namestitvi AED-ja v naselja za starejše občane se pojavljajo številni strahovi in neodločnost pred novostjo, zato so potrebna izobraževanja za starejše, da lažje sprejmejo tehnično novost (Dauglas et al., 2006). Vendar pa izkušnje druge v tujini kažejo, da so tudi starejši ljudje zmožni pridobiti prepotrebna znanja prve pomoči (Eisenburger, 1999). Tudi v našem primeru so z veliko zavzetostjo poizkusile na modelu dojenčka odstraniti tujek iz dihal in bile pri tem uspešne. Raziskava na Norveškem je pokazala, da so laiki v starostni skupini 50–76 let sposobni kakovostno izvajati TPO v prvih desetih minutah, kasneje pa se je pokazalo le zanemarljivo poslabšenje kakovosti oživljanja. Zaključni

li so, da lahko programi usposabljanja za starejše pomembno pripomorejo k povečanju možnosti preživetja ob srčnem zastoju (Neset et al., 2010).

Zelo spodbudni so tudi rezultati tretjega dela tečaja. Vse udeleženske so po razlagi in predhodni demonstraciji pravilno in učinkovito oskrbele hudo krvavečo rano z direktnim pritiskom na rano in kompresijsko obvezo. S pomočjo slikovnih prikazov različnih ran so pravilno oskrbele različne primere ran (opekline, ugrize, odrgnine, raztrganine, ureznine). Uporabljale so materiale iz kompleta za PP, s katerim so se seznanile na začetku.

Zaključki

Rezultati evalvacije po metodi PMI so pokazali, da prevladujejo pozitivne ugotovitve, tako z vidika izvajalcev kot z vidika uporabnic. Resda so bile nekatere vsebine prezahtevne in jih je bilo potrebno prilagoditi (npr. umetno dihanje), vendar kljub temu lahko zaključimo, da je uporabna vrednost tečaja PP za skupino starih za samopomoč velika. Poleg znanj za ukrepanje v nesrečah, ki jih lahko posreduje tečaj PP, moramo upoštevati tudi druge vrednosti tečaja. Starejšim damo možnost aktivnega sodelovanja, občutek pripadnosti, s pridobivanjem novih znanj se ohranjajo tudi njihove umske sposobnosti. Tečaj PP za skupino starih za samopomoč je tudi ena izmed možnosti promocije PP. Včasih je že dejstvo, da si se potrudil pomagati po svojih najboljših močeh, lahko odrešujoče za osebo, ki pomaga v nesreči, ne glede na izid reševanja. Tako je nesrečna situacija manj stresna, saj imajo starejši občutek, da so storili vse kar je v njihovih močeh.

Vsaka generacija se mora prilagajati spremembam, ki jih prinaša življenje. To omogoča vključenost v družbeno dogajanje, uspešnost in ne nazadnje tudi zadovoljstvo in kakovost bivanja. V današnjem času je zelo pomembno izenačevanje oz. iskanje možnosti, da imajo ljudje – tudi starejši – možnost, da so vključeni v družbeno dogajanje, da ne prihaja do izolacije zaradi starosti in posebnosti, ki s starostjo prihajajo. Potrebno bi bilo nadaljevati s spodbudami za izvedbo tovrstnega tečaja PP tudi med drugimi skupinami in združenji starejših.

Zahvala

Avtorja se zahvaljujeva članicam skupine starih ljudi za samopomoč Vrtnice, ki deluje v okviru OZ RK Škofja Loka, še posebej voditeljici skupine gospe Olgi Bandelj za sodelovanje v študij primera.

Literatura

- Ahčan U, Slabe D, Šutanovac R. Prva pomoč. Primeri poškodb za voznike motornih vozil. RKS; 2012.
- Ahčan U, Slabe D, Šutanovac R, Kosec L, Rajapakse R. Prva pomoč. Priročnik za voznike motornih vozil. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije; 2007.
- Andres Neset A, Birkenes T, Myklebust H, Mykletun R, Odegaard S, Kramer-Johansen J. A randomized trial of the capability of elderly lay persons to perform chest compression only CPR versus standard 30:2 CPR. *Resuscitation* 2010; 81 (7): 887–92.
- Bohanec M. Večparameterski odločitveni modeli. Dostopno prek: http://kt.ijs.si/Marko-Bohanec/MSPO/MSPO_5_VecparametrskiModeli.pdf (3. 4. 2012).
- Douglas C W et al. Do residents want automated external defibrillators in their retirement home? *JAMA*. 2006; 7 (3): 135–40.

- Dwyer M., Gray A, Renwick M. Factors affecting the ability of older people to live independently. New Zeland: Ministry of social policy; 2000.
- Eisenburger P, Safar P. Life supporting first aid training of the public-review and recommendations. *Resuscitation*. 1999; 41 (1): 3–18.
- Filipovič M, Kogovšek T, Hlebec V. Starostniki in njihova vpetost v sosedstva omrežja. *Družboslovne razprave*. 2005; XXI (49/50): 205–21.
- Grmek Košnik I, Kerstin Petrič V. Evropska mreža za varnost starejših. *ISIS*. 2007; 16 (10): 144–145.
- Kogoj A. Psihološke potrebe v starosti. *Zdravstveni vestnik*. 2004; 73: 749–51.
- Križman I. Uvodna beseda. In: *Starejše prebivalstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije; 2010: 3.
- Milavec Kapun M. Starost in staranje. Ljubljana: Zavod IRC; 2011.
- Poredoš P. Zdravstveni problemi starostnikov. *Zdrav Vestn*. 2004; 73: 753–6.
- OZRK Škofja Loka. Poročilo za leto 2011. Plan za leto 2012. Škofja Loka : Območno združenje Rdečega križa Škofja Loka; 2012: 18.
- Ramovš J. Kakovostna starost. *Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 2003.
- RKS. Poročilo o delu Rdečega križa Slovenije – Zveza združenj za leto 2011. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije; 2012: 32.
- Richman P et al. Ability of citizens in a senior living community to perform lifesaving cardinal skills. *J Emerg Med* 2007; 33 (4): 395–9.
- Slabe D, Medja M. Poznavanje evropske številke za klic sili 112. *Ujma*. 2009; 23: 170–175.
- Slabe D, Šutanovac R. 12 urni program prve pomoči za delovne organizacije. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije; 2006.
- Šugman Bohinc L. Kibernetika spremembe in stabilnosti v kontekstu svetovalnega in terapevtskega dela s klientskim sistemom. *Psihološka obzorja*. 2000; 9: 87–101.
- Vertot N. Prebivalstvo Slovenije danes in jutri, 2008–2060. *Projekcije prebivalstva EUROPOP2008 za Slovenijo*. Ljubljana: SURS; 2009: 119.
- Zveza društev za socialno gerontologijo Slovenije. Skupine starih za samopomoč. Dostopno prek: http://www.skupine.si/o_zvezi/predstavitev/ (12. 4. 2012).

Presečna študija kolonizacije z bakterijo MRSA v Domu starejših občanov Krško

A Cross Sectional Study of MRSA Colonisation at the Krško Nursing Home

Zlatka Hervol, Tatjana Harlander, Vladka Lešer

Povzetek

Izhodišča: Pri oskrbovancih domov za starejše, ki so kolonizirani z bakterijo MRSA, obstaja tveganje za kasnejši razvoj stafilokokne okužbe. Prepoznavanje takšnih oskrbovancev je izjemnega pomena za preprečevanje obolenosti in širjenja okužbe.

Metode: V DSO Krško smo izvedli presečno študijo kolonizacije oskrbovancev z MRSA. Uporabili smo metodo dokazovanja iz odvzetih vzorcev (brisi nosu, žrela in kože). Odvzeti vzorci so bili analizirani v Mikrobiološkem laboratoriju ZZV NM.

Rezultati: Rezultati odvzema brisov pri 97 oskrbovancih so pokazali 3 pozitivne osebe.

Diskusija in zaključki: Potrdili smo več koloniziranih oskrbovancev z MRSA, kot je bilo evidentiranih pred raziskavo. Potrdili smo hipotezo, da so ljudje s kroničnimi boleznimi ter večkratno hospitalizacijo bolj občutljivi in dovzetni za kolonizacijo z MRSA. V vsaj enem primeru se je pokazala možnost prenosa med stanovalci. Sam cilj takega preverjanja lahko pomeni večjo zdravstveno varnost tako za oskrbovance kot za zaposlene. Dosledno izvajanje ukrepov pri zdravstveni negi in oskrbi zavira nadaljnje širjenje in prenose MRSA, veliko vlogo pa ima predvsem ustrezno informiranje vseh vpletenih.

Ključne besede: brisi, kolonizacija, bolnišnične okužbe, medicinske sestre.

Abstract

Introduction: Nursing home patients colonised with MRSA bacteria are at a risk of developing a staphylococcal infection. The identification of those patients is of great importance for the prevention of morbidity and the spread of the infection.

Methods: At the Krško Nursing Home, we conducted a cross sectional survey on patients who could be colonised with MRSA. We used a proof method based on collected samples (nasal, pharyngeal and skin swabs). The collected samples were analysed by the Microbiology Laboratory of the Novo mesto Institute of Public Health.

Results: The results of the collected samples of 97 patients showed 3 positive persons.

Discussion and conclusions: We confirmed that there were more patients colonised with MRSA as recorded before the survey. We confirmed the hypothesis that people suffering from chronic diseases and being hospitalised several times are more sensitive and susceptible to MRSA colonisation. At least one of the cases showed the possibility of trans-

fer among residents. The objective of such checks is to contribute to better health safety for both patients and employees. Consistent implementation of measures in nursing and health care prevents MRSA from spreading and transferring, and especially the provision of appropriate information to all the people involved plays an important role.

Key words: swabs, colonisation, hospital-acquired infections, nurses.

Uvod

MRSA (Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*) je povsod po svetu eden najpomembnejših povzročiteljev bolnišničnih okužb in tudi v Sloveniji predstavlja precejšnji problem (Tomič, 2008). Okužbe z MRSA v bolnišničnem okolju in ostalih zdravstvenih ustanovah so drugačnega »porekla« kot tiste, ki se pojavljajo v skupnosti (zunaj zdravstvenih ustanov). Večina ljudi se okuži v bolnišnici pri sprejemu oziroma v prvih 48 urah (Reygaert, 2009). Mnogi avtorji poročajo o uspešnem zmanjšanju znotraj bolnišničnega prenosa MRSA z nenehnim nadzorom okužb. V mnogih državah po svetu so že v osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja ugotovili, da je priprava specifičnih smernic in navodil za preprečevanje širjenja MRSA upravičena, saj le-ta povzroča resne okužbe in posledično znatno prispeva k dodatnim stroškom zdravljenja (Tomič, 2008).

S staranjem populacije narašča število starejših ljudi, ki potrebujejo trajno nego v domovih starejših občanov (DSO). Ocenjujejo, da letno okoli 10 % varovancev DSO potrebuje bolnišnično zdravljenje. Na ta način se vzpostavi most, prek katerega se proti meticilinu odporen *Staphylococcus aureus* (MRSA) prenese iz bolnišnic v DSO. Na drugi strani pa kolonizirani varovanci v DSO predstavljajo rezervoar, iz katerega ponovno vnašamo bakterijo v bolnišnico. Zato programa obvladovanja širjenja MRSA v bolnišnicah ni možno učinkovito izpeljati brez sočasnega reševanja problema MRSA v DSO (Rezar, 2007). Podatki iz Evrope kažejo, da je incidenca MRSA pri varovancih v domovih za ostarele med 0 in 17 %, raziskava na negovalnih oddelkih v DSO pri nas kaže okoli 10 % (Rezar, 2007). Pri koloniziranih oskrbovancih negovalnih domov je možen kasnejši razvoj stafilokokne okužbe, lahko pa postanejo tudi vir prenosa na druge oskrbovance. Tveganje za kolonizacijo ali okužbo z MRSA je še posebno veliko pri starejših bolnikih, bolnikih s težjo spremljajočo boleznijo, pri bolnikih, ki so dalj časa ali pogosteje hospitalizirani (še posebno v EIT, na kirurških ali opeklinskih oddelkih), bolnikih z urinskimi in znotrajžilnimi katetri, bolnikih, zdravljenih z antibiotiki, in tistih, ki so bili v stiku s koloniziranimi ali okuženimi bolniki (Tomič, 2008). S preprečevanjem širjenja odpornih mikroorganizmov se ne zagotavlja le varno okolje za bolnike, pač pa se izvaja tudi skrb za manjše ekološko breme. Pri tem ima pomembno vlogo medicinska sestra pri ugotavljanju nosilstva, ustreznem namешčanju oskrbovancev, ustreznih zdravstveni negi oskrbovancev, koloniziranih z MRSA in morebitni dekolonizaciji.

Dom starejših občanov Krško je javni socialnovarstveni zavod in je namenjen starejšim ljudem, ki imajo določene zdravstvene težave ali pa so se iz različnih drugih vzrokov odločili za vključitev v institucionalno varstvo. V zavodu je 212 stanovalcev, 103 zaposleni, od tega 50 v zdravstveni negi in oskrbi (Poslovno, 2011). V DSO Krško so ukrepi za preprečevanje prenosa MRSA napisani v programu preprečevanja in obvladovanja okužb (Navodila POBO, 2011). Izvaja se nadzor s poudarkom na doslednem umivanju in razkuževanju rok, pomembno pa je tudi izobraževanje. Medicinska sestra lahko pravilno in kakovostno

odvzame vzorec le, če je dovolj usposobljena in izobražena. Nekakovostno odvzeti vzorci lahko zavedejo osebje in bolnika, ker rezultat dejansko ne ustreza stanju. V našem zdravstvenem sistemu je običajno medicinska sestra, posebej pa še diplomirana medicinska sestra, tista, ki je zadolžena za odvzem številnih vrst kužnin.

Namen empirične raziskave je bil, da s pomočjo kvantitativne tehnike zbiranja podatkov preučimo kolonizacijo MRSA v DSO Krško. Naš cilj je bilo ugotoviti, koliko je z MRSA koloniziranih oskrbovancev (določiti prevalenco) ter prikazati njihovo distribucijo glede na spol, starost in nastanitev. Postavili smo hipotezo, da bodo rezultati pokazali več nosilcev MRSA, kot jih je bilo v takratni trenutni evidenci DSO KRŠKO.

Metode

V Domu starejših občanov (DSO) Krško smo v začetku septembra 2011 izvedli presečno študijo kolonizacije z bakterijo MRSA. Predhodno smo zaprosili za soglasje zavoda DSO Krško ter Komisijo za medicinsko etiko. Raziskava je bila izvedena v okviru diplomske naloge.

Za vzorec je bilo izbranih 97 oskrbovancev DSO Krško, kar predstavlja 46 % celotne populacije DSO Krško. Oskrbovanci so sodelovali prostovoljno in so ob sodelovanju podpisali obrazec. Vsakemu od 97 oskrbovancev so bili odvzeti po trije brisi (nos, žrelo, koža), kar je bilo skupno 294 brisov. Odvzem kužnin je potekal po navodilih za odvzem, shranjevanje in transport vzorcev za mikrobiološke preiskave Zavoda za zdravstveno varstvo Novo mesto (Navodila, 2010).

Vzorci so bili obdelani v Mikrobiološkem laboratoriju Zavoda za zdravstveno varstvo Novo mesto. Obdelava vzorcev je bila narejena po navodilih Zavoda za zdravstveno varstvo Novo mesto, po metodi MMB-HM-42. Za gojitev v laboratoriju so bila uporabljena selektivna trdna gojišča (gojišče MRSAselect agar – Biorad kat. št. 63747) in tekoča gojišča (gojišče TSB oziroma TRIPTYC SOYA BROTH – Fluka kat. št. 51228 z dodatkom soli – NaCl (2,5 %)). Plošče in bujoni so bili inkubirani pri $36(\pm 1)^{\circ}\text{C}$ za 48 ur. Po 24 urah so bile plošče pregledane glede na drobne rožnate kolonije. Če po 24 urah ni bilo značilne rasti, je bila inkubacija podaljšana. Tekoča gojišča so bila pregledana po 24 urah ter motna gojišča precepljena na MRSA select. Iz sumljivih kolonij je bil narejen test za DNazo (MMB-HM-46) in testiranje občutljivosti za meticilin (MMB.HM.50). Izolati z rožnatimi kolonijami, ki so bili za DNazo pozitivni in odporni (rezistentni) proti meticilinu (testirano z oksacilinom), so bili šteti za MRSA (Vovko, Harlander, 2011).

Zapisi za vsakega oskrbovanca so bili izhodišče za končno tabelo. Za analizo in obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški program Microsoft Office Excel.

Rezultati

Med 97 oskrbovanci smo našli 3 kolonizirane osebe. Kolonizacijo z MRSA smo odkrili enkrat na negovalnem oddelku in dvakrat na stanovanjskem oddelku. Oskrbovanci na tem oddelku so bili večkrat hospitalizirani, imajo več kroničnih bolezni in sonde za hranjenje. So inkontinentni in odvisni od zdravstvenega osebja. Na stanovanjskih oddelkih bivajo tudi zakonci, pri katerih lahko domnevamo, da pride do tesnejših kontaktov kot pri ostalih oskrbovancih. Podrobnejši rezultati so v Tabeli 1.

Tabela 1: Število sodelujočih v raziskavi, število pozitivnih kužnin ter prisotnost kolonizacije z bakterijo MRSA v Domu starejših občanov Krško septembra 2011.

	Numerična vrednost	Odstotek
Skupno število oskrbovancev	212	100 %
Niso sodelovali v raziskavi	115	54 %
Sodelovali v raziskavi	97	46 %
Sodelujoči iz stanovanjskega oddelka	47	48 %
Sodelujoči iz negovalnega oddelka	50	52 %
Sodelujoči moški spol	15	15 %
Sodelujoči ženski spol	82	85 %
Število odvzetih kužnin, ki so bile pozitivne	3 (od 97)	3,09 % (od vseh kužnin)
Število pozitivnih kužnin pri moških	2 (od 3)	67 % (pozitivnih kužnin)
Število pozitivnih kužnin pri ženskah	1 (od 3)	33 % (pozitivnih kužnin)
Prisotnost kolonizacije na negovalnem oddelku	1	2 %
Prisotnost kolonizacije na stanovanjskem oddelku	2	4 %
Prisotnost kolonizacije pri mlajših od 75 let	0	0 %
Prisotnost kolonizacije pri moških	2	13 %
Prisotnost kolonizacije pri ženskah	1	1 %

Diskusija

Večina študij, ki obravnava kolonizacijo z bakterijo MRSA, razčleni študijo po faktorjih rizika, kot so: spol, bolezni, prisotnost ran, zdravljenje z antibiotiki, prisotnost katetrov itd. Nekateri avtorji so odkrili tudi, da je dodatno tveganje za okužbo z MRSA tudi starost, in sicer nad 80 let. V Sloveniji so izvedli raziskavo za ugotovitev kolonizacije z MRSA, in sicer v 351-posteljnem DSO Novo mesto. Za raziskavo so izbrali en oddelek, na katerem je živel 127 oskrbovancev. Na tem oddelku je šlo po večini za oskrbovance, ki so inkontinentni, nepokretni, potrebujejo pomoč pri hranjenju ter imajo dalj časa trajajoče kronične težave. Pri 102 oskrbovancih, ki so v raziskavi sodelovali, je bilo z MRSA koloniziranih 12 stanovalcev (Zohar – Cretnik et al., 2005).

V naši presečni študiji, ki smo jo izvedli v DSO Krško pri 97 oskrbovancih, smo odkrili tri pozitivne osebe. V DSO Krško smo imeli evidentirano le eno kolonizacijo z MRSA. Prevalenca kolonizacije tako znaša 3,09 % (3 izmed 97 oskrbovancev). Z našo študijo smo potrdili domnevo in razpoložljivo teorijo, da so ljudje s kroničnimi boleznimi ter večkratno hospitalizacijo bolj občutljivi in dovzetni za okužbo in kolonizacijo z MRSA, saj smo očitno v tem času pridobili še tri nove kolonizirane osebe. V DSO Krško je bil znan le en kolonizirani oskrbovanec, ki pa ni sodeloval v presečni študiji. Med ostalimi sodelujočimi je bila pri enem oskrbovancu že prej opravljena dekolonizacija in so bili kontrolni brisi negativni. V študiji se je izkazalo, da je ravno ta oskrbovanec zopet koloniziran. Ne moremo potrditi, ali gre pri tem oskrbovancu za še vedno obstoječo kolonizacijo (za neuspešno de-

kolonizacijo in nepravilno odvzet kontrolni bris) ali pa je kolonizacijo ponovno pridobil z vmesno hospitalizacijo. Domnevamo tudi, da gre v enem primeru za primer neposrednega prenosa med stanovalci, saj ta dva kolonizirana stanovalca živita skupaj v isti sobi. Eden od njiju je bil večkrat hospitaliziran, drugi s svojim oslabljenim imunskim sistemom in relativno visoko starostjo pa je verjetno pridobil MRSA od njega.

Na področju preprečevanja okužb v DSO je v zadnjih letih v tujini nastalo veliko poročil, ki se ukvarjajo z epidemiologijo in mikrobiologijo. Večina teh navodil sloni na znanju, pridobljenem pri preučevanju preprečevanja bolnišničnih okužb v bolnišnicah. Za zdaj pa še ni raziskave, ki bi prepričljivo dokazala, da standardni ukrepi za preprečevanje prenosa okužb, ki sicer veljajo v bolnišnicah, dejansko učinkujejo tudi v DSO (Lejko-Zupanc, Lotrič-Furlan, 2009).

Prevalenca okužb v DSO pri nas ni znana. Po podatkih svetovne literature se prevalenca spreminja od 1,6 do 32 %, celotna incidenca pa od 1,8 do 13,5 % okužb na 1000 oskrbnih dni. V ZDA ocenjujejo, da je pogostost 3 do 7 okužb na 1000 oskrbnih dni oziroma da se v domovih pojavi od 1,6 do 3,6 milijona okužb na leto. Na Norveškem so izvajali prevalenčne raziskave enkrat letno v treh letih. Povprečna pogostost okužb je bila 6,5 % med več kot 13.000 oskrbovanci in je bila podobna kot med bolniki, hospitaliziranimi v bolnišnicah. Ugotavljali so, da so domovi prenapolnjeni, nimajo zadosti osebja, manjka privatnih sob, kopalnic, nimajo nobene možnosti izolacije oskrbovancev ali urejene ventilacije (Lejko-Zupanc, Lotrič-Furlan, 2009). V ZDA naj bi se kar 90 % okuženih z bakterijo MRSA okužilo s to bakterijo med krajšimi hospitalizacijami (Bell, 2009).

Zaključki

Glavni cilj je bil ugotoviti stanje kolonizacije z MRSA v DSO Krško. Potrdila se je naša hipoteza, da bomo odkrili več koloniziranih oskrbovancev z MRSA, kot je bilo pred raziskavo evidentiranih. Domnevamo, da je šlo v dveh primerih za prenos iz bolnišničnega okolja, v tretjem primeru pa za širjenje MRSA na oskrbovance z neposrednim stikom ali preko rok osebja. S tem lahko potrdimo, da obstaja prenos, vendar zelo redek. Domnevamo, da je bolj verjetna možnost kolonizacije oskrbovancev DSO Krško prek hospitalizacij, kot pa prek internega izvora. Domovi za starejše občane nadomeščajo domače okolje za oskrbovance in ukrep, kot je izolacija (osamitev), bi bil za oskrbovance dodaten stres ter s tem poslabšanje počutja in zdravstvenega stanja kot takega. V poštev tako pride le kohortna izolacija, pri kateri lahko damo več stanovalcev z enako kolonizacijo ali okužbo skupaj. Upoštevati je treba možnosti glede na razpoložljivost sob, spol in dejavnike tveganja. Zdravstveno osebje bi pri stiku in zdravstveni negi ter oskrbi oskrbovanca moralo še bolj dosledno upoštevati zaščitne ukrepe (predvsem razkuževanje in higieno rok, pravilno uporabo rokavic). Vsekakor bo potrebno še več izobraževanja in spremljanja novosti, vse nove zaposlene pa je treba še pred pričetkom dela poučiti o tej problematiki.

V prihodnosti lahko omejimo širjenje MRSA s tesnim sodelovanjem bolnišnic in domov za starejše občane. Tu računamo predvsem na ažurne informacije, saj se dandanes vse prevečkrat zgodi, da se oskrbovanec že vrne v DSO, informacija o kolonizaciji pa prispe za njim ali pa sploh ne. S tem tvegamo prenose, saj brez informacij ne moremo izvesti kontaktne izolacije oskrbovanca, tudi če bi imeli možnost. Rešitev vidimo tudi v pogostejšem jemanju nadzornih kužnin, mogoče celo redno enkrat letno (določen odstotek oskrbovancev).

S pridobitvijo informacij o kolonizaciji bi lahko intenzivno izvajali informiranje oskrbovancev, sorodnikov in zaposlenih, ki imajo opravka z njimi. Menimo, da bi se zmanjšal kontaktni prenos med oskrbovanci.

Zaenkrat v Sloveniji ne razpolagamo z bazo podatkov o kolonizaciji ali okužbi z MRSA v DSO. Predlagamo, da se naredi celostni načrt glede obvladovanja kolonizacije z MRSA na nacionalnem nivoju, ki bi zagotovil tudi finančno bazo za vse dodatne stroške. Tako bi lahko dobili sistem za nadaljnje spremljanje porasta ali zmanjševanja kolonizacije te bakterije kot tudi drugih večkratno odpornih bakterij. Predlagamo tudi delno ločene, vsebinsko specializirane programe za preprečevanje in obvladovanje okužb v DSO, saj bi morali biti za domove starejših vsebinsko drugačni, ker gre za različna okolja.

Vloga medicinske sestre in celotne ekipe zdravstveno-negovalnega osebja je velika, saj v našem primeru vidimo, da je ravno dosledno izvajanje ukrepov pri zdravstveni negi in oskrbi tisto, kar zavira nadaljnje širjenje in prenos MRSA. Še vedno pa je precej prostora za izboljšave na področju higiene rok in izobraževanja, saj velja to za najcenejši in najučinkovitejši ukrep pri tej in podobni problematiki. Pomembna pa je tudi vloga medicinske sestre pri pravilnem in kakovostnem odvzemu vzorcev za mikrobiološko analizo.

Za trditve, da se MRSA iz DSO prenaša v bolnišnice in tudi obratno, nimamo dovolj dokazov, saj v našem okolju to ni bilo z nobeno študijo potrjeno. Študija, ki bi to dokazovala, ne bi ugotavljala samo kolonizacije na eni in drugi strani, ampak bi morala dokazati epidemiološko povezanost. To pa lahko dokazujemo z molekularnimi tehnikami v epidemiologiji, ki so pri nas v Sloveniji sicer dostopne, vendar drage. Zato jih premalo ali skorajda nič ne uporabljamo.

Literatura

- Bell B. Effects of MRSA on elderly patients in Hospitals. 2009. Dostopno na: <http://www.suite101.com/content/effects-of-mrsa-on-elderly-patients-in-hospitals-a125054> (25. 05. 2011).
- Poslovno poročilo za leto 2010. Krško: DSO Krško; 2011: 2–13.
- Lejko-Zupanc T, Lotrič-Furlan S. Okužbe v domovih za starejše občane. In Sterle F, Čižman M, eds. Infektološki simpozij 2009, Ljubljana, marec 2009. Ljubljana: Sekcija za kemoterapijo SZD, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Univerzitetni klinični center, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF; 2009: 195200.
- Navodila POBO. Krško: Dom starejših občanov Krško; 2011.
- Navodila za odvoz, shranjevanje in transport vzorcev za mikrobiološke preiskave. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto; 2010. Dostopno na: www.zzv-nm.si/media/NAVODILA_ZA_ODVZEM_KUZNIN.pdf (10. 04. 2011).
- Reygaert W. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): prevalence and epidemiology issues. Clin Lab Sci. 2009; 22 (2): 111–4.
- Rezar L. Smernice za nadzor širjenja proti meticilinu odpornega *Staphylococcus aureus* v domovih starejših občanov. Ljubljana: Nacionalna komisija za obvladovanje bolnišničnih okužb pri Ministrstvu za zdravje; 2007: 1–5.
- Tomič V. Izvedljivost in dolgotrajna uspešnost programa za nadzor širjenja MRSA v visoko endemskem okolju [doktorsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2008.

- Vovko P, Harlander T. Preiskava nadzornih kužnin. Novo mesto: Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto; 2011: 1–4.
- Zohar – Cretnik T, Vovko P, Retelj M, Jutersek B, Harlander T, Kolman J, Gubina M. Prevalence and nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a long-term care facility in Slovenia. *Infect Cont Hosp Ep*. 2005; 26 (2): 184–190.

Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti

European year of active ageing and intergenerational solidarity

Katja Lužar, Duška Drev

Povzetek

Izhodišča: Članek je nastal ob razmišljanju avtorice, kaj pravzaprav pomeni aktivno staranje. Vsa literatura, ki je bila pregledana, v aktivno staranje vključuje vseživljenjsko učenje, daljšo delovno dobo, kasnejše in bolj postopno upokojevanje, dejavnost po upokojitvi in sodelovanje pri aktivnostih za krepitev sposobnosti in ohranjanje zdravja. Treba se je zavedati, da se s starostjo zmanjšujejo telesne in umske sposobnosti, zaradi upokojitve se zmanjšajo tudi socialne zmogljivosti posameznika.

Metode: Članek je pripravljen na podlagi pregleda literature in izkušenj avtorice.

Rezultati: V članku je predstavljen pogled avtorice na aktivno staranje in medgeneracijsko sodelovanje. Podanih je nekaj zamisli, kako bi lahko vsi ljudje prispevali k medgeneracijski solidarnosti za lepšo in prijetnejšo starost.

Diskusija in zaključki: Že mlade ljudi je treba poučiti o tem, kako njihov način življenja vpliva na kakovost življenja in staranja. Treba jim je predstaviti možnosti za zdravo, aktivno življenje. Ustvariti moramo lokalno skupnost in državo, ki bo prijazna ljudem ter poiskati ravnovesje, v katerem bomo lahko vsi normalno živeli in izbirali med ponujenimi možnostmi. Mnenje avtorice je, da vsa literatura, ki je na voljo, vse skupine, aktivnosti, dejavnosti,... ne bodo v korist, če ne bodo dobro predstavljene, podprte in aktivne. Ni dovolj, da na internetu obstaja toliko različnih spletnih strani, ki so namenjene starostnikom, če le-ti ne znajo uporabljati računalnika.

Ključne besede: staranje, starost, projekt, aktivnosti.

Abstract

Introduction: This article was being produced while pondering upon the real meaning of active aging. All the available reviewed literature incorporates in active aging lifelong learning, longer working life, a bit later and gradual retirement process, activities following retirement and cooperation to strengthen human abilities and keeping human health in good condition. A person needs to be aware of the fact that aging brings along limited and reduced physical and mental capabilities. Due to retirement even social capabilities of a retired individual are reduced.

Methods: Literature review, own experience

Results: This article represents my own experience and perspectives on active aging. Several ideas are presented how common people could contribute to intergenerational solidarity. Discussions and conclusions: In an early stage of human life it is necessary to teach everyone how their life style affects the quality of life in a later stage of their life. It is necessary to present the humans their possibilities for a better, healthier and more active life style. It is necessary to create a local community and a human friendly country. It is necessary to seek and find a balance in the society where all people could live normally and have the possibility to choose among several options. In our opinion all the available literature, social groups, activities will do no good if not presented and supported effectively and being active all the time. It is not enough that internet provides us with many various websites designed for the elderly if they cannot or do not know how to use a computer.

Key words: aging, age, project, activities.

Uvod

Ko ljudje slišijo besedo starost, takoj pomislijo na vse slabi stvari, ki jo spremljajo: telesno pešanje, bolezni, bolečine, osamljenost, domovi starejših, smrt. Nihče se ob misli na starost ne nasmehne, nihče je ne pričakuje veselo. A starost pride, in ne kot bolezen. Starost je sestavni del življenja, je fiziološki pojav vseh živih bitij in se prične že ob samem rojstvu. Čeprav svoj vrh doseže po 65. letu, se mora družba zavedati, da se je na staranje treba pripravljati že prej.

Očitno je, da prehajamo v nov svet staranja. Za ta novi svet ni zemljevidov ali pravil. Po vsem svetu število ljudi, starih 65 let in več, narašča hitreje kot katera koli druga demografska skupina, zlasti v razvitih državah. Do leta 2030 bo 12 odstotkov ljudi starih 65 let in več, kar je dvakrat več kot leta 2000. V Severni Ameriki in Severni Evropi bo to vsak peti človek. Po vsem razvitem svetu so tudi ljudje, stari 85 let in več, in so trenutno najhitreje naraščajoča starostna skupina (Harrar, Gordon, 2009). Morda je zanimiv tudi podatek, da je bilo leta 2000 po ocenah Organizacije združenih narodov na svetu več kot 180.000 ljudi, starih 100 let in več. Ta številka pa se bo do leta 2050 povečala na kar 3,2 milijona (Harrar, Gordon, 2009).

Leto 2012 je tako namenjeno tej pereči tematiki. Obeležujemo ga po vsej Evropi – projekt »Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti«. Gre za projekt, ob katerem mora Evropa razmisliti, kako je današnja družba pripravljena na to, da se življenjska doba daljša, da narašča število starejših, da se bo že v naslednjem letu začelo zmanjševati število delovno aktivnega prebivalstva. Strokovnjaki, ki so zasnovali projekt Evropskega leta, želijo predvsem promovirati aktivno staranje na vseh ravneh. Želijo poudariti, kako pomembno je tudi pripravljanje na starost (Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, 2012).

Opredelitev pojma staranje

Preprostega odgovora na vprašanje, kaj je starost, ni. Pogosto povezujemo starost z boleznijo. A staranje je normalno biološko dogajanje, ki ga doživi vsako človeško bitje (Birska, 1992). Raziskave življenjskih zgodb starih oseb, ki so dosegle kakovostno starost, so pokazale, da je za uspešno staranje pomembna trdnost na več področjih – od telesnega in duševnega zdravja do ekonomskega in družbenega stanja ter zdravega okolja. Pomembno je, da

ne čakamo na jutri in z dobrimi ukrepi začnemo že danes. Kot pravi star latinski pregovor – *Nascentes morimur* – z rojstvom že umiramo.

Vsak izmed nas, ne glede na to, koliko je star, ima neko videnje svojega zorenja v poznih letih. Mnoge od teh zamisli se oblikujejo skozi mladost, na osnovi naših osebnih izkušenj skozi odnos s starši, starimi starši, prijatelji. Če je podoba poznejših let pozitivna, če je posameznik zdrav, dejaven in radoživ do novih spoznanj v življenju, so dodana leta življenja dar, ki omogoča novo rast in razvoj, pridobivanje modrosti in doživljanja ljubezni ter novih izkušenj (Kristančič, 2005).

Aktivno staranje lahko v najširšem smislu razumemo kot neprekinjeno udejstvovanje na socialnem, ekonomskem, kulturnem in civilnem področju, in sicer ne samo kot povečane fizične aktivnosti starostnikov ali možganskega fitnesa in podaljševanja zaposlenosti. Z aktivnim staranjem mislimo:

- polno udeležbo starejših v družbenem življenju,
- delovna mesta za starejše,
- aktivno udejstvovanje starejših s prostovoljnim delom (pogosto kot družinski negovalci),
- samostojno življenje starostnikov z ustrezno prilagojenimi stanovanji, infrastrukturo, informacijsko in komunikacijsko tehnologijo in prometnimi sredstvi (Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, 2012).

Projekt aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti

Evropsko leto aktivnega staranja in solidarnosti med generacijami želi opozoriti na prispevek starejših k družbi in spodbuditi ukrepe, ki ustvarjajo boljše možnosti za to, da bi starejši dalj časa ostali aktivni (Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti, 2012). Evropsko leto 2012 zajema tri razsežnosti aktivnega staranja:

- *aktivno staranje zaposlenih* – za spodbujanje starejših delavcev, da ostanejo zaposleni, so potrebni zlasti izboljšanje delovnih razmer in njihovo prilagajanje zdravstvenemu stanju ter potrebam starejših delavcev, osvežitev njihovih znanj in spretnosti z zagotavljanjem boljšega dostopa do vseživljenjskega učenja ter pregled davčnega sistema in sistema socialnih prejemkov, da se zagotovijo učinkovite pobude za daljše delovno življenje;
- *udeležba v družbi* – izboljšanje možnosti in razmer za to, da lahko starejši prispevajo k družbi kot prostovoljci ali družinski skrbniki ter sodelujejo v družbi, s čimer se preprečujejo socialna osamljenost in mnoge s tem povezane težave in tveganja;
- *samostojno življenje* – promocija zdravja in preventivno zdravstveno varstvo z ukrepi, ki omogočajo čim več let zdravega življenja, preprečevanje odvisnosti ter prilagoditev okolja (javne stavbe, infrastruktura, prevoz, zgradbe) starejšim, tako da bo to prijaznejše do njih in jim bo omogočalo čim daljše samostojno življenje.

Evropsko leto aktivnega staranja 2012 je edinstvena priložnost, da skupaj praznujemo in prenašamo izkušnje, modrost in številne druge odlike, ki jih zreli državljani dajejo družbi. Evropsko leto predstavlja izziv razumevanja starejših, ne kot zgolj bremena za družbo, in se namesto na ovire raje osredotoča na možnosti in priložnosti. Imamo možnosti za bolj aktivno in polno življenje ne glede na starost in te moramo uresničiti, saj koristijo nam in družbi kot celoti. Tudi starajoča se Evropa je polna priložnosti (Evropsko leto aktivne-

ga staranja in medgeneracijske solidarnosti, 2012). Staranje prebivalstva je eden največjih družbenih in gospodarskih izzivov Evrope 21. stoletja. Prizadelo bo vse države članice, njegove posledice pa bodo čutila tudi skoraj vsa področja politike EU.

Staranje prebivalstva je torej trend tudi v Sloveniji. Trenutno v primerjavi z evropskim povprečjem ni izrazit, vendar pa projekcije kažejo izrazitejša učinke staranja v prihodnosti, saj bo leta 2030 Slovenija ulovila evropsko povprečje, leta 2050 pa ga celo presegla in tako imela enega najvišjih koeficientov starostne odvisnosti (Mandič, Hrast, 2011).

Naše izkušnje

Naše življenje bi moralo biti kot roman, ki smo ga napisali mi sami. Vsak od nas bo dočakal dan, ko bo odprl arhiv svojega življenja, še posebej arhiv lepih spominov, zato ga napolnimo, dokler smo mladi. Veliko nam bo pomenil vsak trenutek veselja, zmagoslavja, užitka, bolečine in trpljenja (Bošnjaković, 2008). Nekaj naših izkušenj in pogledov na aktivno staranje in medgeneracijsko solidarnost:

Katarina nam je zaupala, kako sama vidi aktivno staranje – pomeni z različnimi aktivnostmi v starosti vzdrževati dobro življenjsko kondicijo, da bo čas, ko starejši potrebuje pomoč okolja, čim krajši in čim manj boleč zanj in za njegovo okolje. Po upokojitvi ostaja povprečnemu prebivalcu in prebivalki Slovenije še vedno tretjina življenja. Vsaka nova generacija odhaja v pokoj bolj zdrava in v boljši fizični kondiciji. Katarini je v njeni lokalni skupnosti najbolj všeč pevski zbor, ki združuje več generacij, od mlajših do starejših. Njeni starši, ki so v pokoju, se redno, večkrat na teden udeležujejo pevskih vaj in aktivnosti. Tudi sama zelo rada poje in je bila dolga leta članica zbora. Pravi, da je vzdušje izjemno, in čeprav je zbor generacijsko zelo raznolik, se lahko v vsakem trenutku čuti povezanost med energično in razigrano mladino ter modro in izkušeno starejšo generacijo. Vsak se lahko v vsakem trenutku zaneša na kogarkoli, mlajši se učijo od starejših ter obratno. Tako se izoblikujeta spoštovanje in občutek pomembnosti, krepi se psihična kondicija posameznika ter družbeno oz. socialno udejstvovanje. Poleg vaj so potem še tu nastopi, izleti in prireditve, ki pa za sabo potegnejo tudi določen finančni strošek. Lokalna skupnost sicer pomaga, vendar je teh finančnih sredstev premalo. Če želimo, da bi takšni in drugi projekti, kjer se lahko udeležujejo starejši, potekali nemoteno, bi morala država zagotoviti prostorska, programska in finančna sredstva, v zameno pa bi dobila zdravo, družbeno aktivno starejšo populacijo z dobro psihično kondicijo.

Mojca pravi, da je starostnike treba čim bolj spodbujati k različnim aktivnostim, vključevati v razna društva glede na njihovo sposobnost: aerobika, telovadba, kegljanje, bowling, razni pohodi, pevski zbori, tečaji tujih jezikov, uporaba računalnika, ročne spretnosti, kot so kvačkanje, šivanje, pletenje, izdelovanje raznih izdelkov, ... organizirati izlete in srečanja. Potrebna bi bila tudi organizacija skupin prostovoljcev za pomoč tistim, ki se teže gibljejo – da jih vodijo na sprehode, da gredo z njimi po nakupih, po zdravila in jim delajo družbo. Sama se v svoji lokalni skupnosti aktivno udeležuje akcije pomoči starejšim, ki jo organizira lokalno društvo. Prav tako sodeluje pri organizaciji združenja, ki skrbi, da imajo vsi prevoz na srečanja, ki jih pripravijo.

Katja dela v domu starejših občanov. Na tem delovnem mestu je že 7 let, tako da je dobera spoznala vključevanje starostnikov v domsko življenje in stiske, ki jih doživljajo ob tem. Sama se je zelo aktivno vključevala v dejavnosti, ki so njihovim stanovalcem kdaj popeljšale kakšen popoldan. Vesela je bila, ko je opazovala, kako se je na njihova utrujena lica

za nekaj trenutkov prikradel nasmeh, včasih tudi kakšna solza. V domu, kjer dela, so dali velik poudarek raznim aktivnostim in delavnicam. Pove, da jih imajo zelo veliko; pevsko skupino, skupino za samopomoč, učenje tujega jezika, spoznavajo svet po pripovedovanju njihove varovanke, imajo zeliščarsko skupino, ki v okolici ureja svoj vrtiček, enkrat mesečno jih obiščejo vodniki s psi, večkrat pa imajo kakšno prireditev, na katero povabijo otroke iz vrtca, osnovne in srednje šole, pa tudi s starejšimi, ki delujejo v pevskem zboru, zelo dobro sodelujejo. Ob vseh aktivnostih zdravega življenja, ob aktivnem staranju, je v domovih zelo malo starostnikov, ki so se za dom odločili samo zaradi družbe ali stanovanja. V njenem domu so pretežno ljudje, ki potrebujejo veliko pomoči, vse več pa je tistih, ki potrebujejo vso njihovo pomoč. Vesela je, ker v njen dom prihajajo prostovoljci: šolarji, odrasli in prostovoljci Hospica. Stanovalci so jih lepo sprejeli, veselijo se srečanj z njimi. Poleti so zunaj, na zraku, pozimi v jedilnici igrajo karte, človek ne jezi se ali pa samo sedijo za mizo in se pogovarjajo. Še bolj vesela je, ker v te aktivnosti vključujejo tudi stanovalce z demenco. Večeri, ki sledijo tem družabnim popoldnevom, so veliko bolj mirni. Katja meni, da bi morali graditi na tistem koščku, ki nam manjka – medsebojnem razumevanju. Če bomo vsi razumeli, da želimo našim starostnikom le dobro, bomo zagotovo kaj spremenili. Morda ne danes. Ne jutri. Pač pa morda za generacije, ki prihajajo za nami.

Tudi Monika nam je zaupala svoje mišljenje. Aktivno staranje vidi tako, da se starejši aktivno vključujejo v družbo, da so čim bolj aktivni na vseh področjih, ki jih zmorejo in so njim zanimiva: sprehodi, telovadba, ples, petje, delavnice, ... Naša dolžnost bi morala biti pomagati starejšim tako, da bi ustvarili čim bolj pozitivno podobo o staranju, da bi bili čim bolj telesno aktivni, likovno ustvarjalni, da bi peli, igrali, plesali in se več veselili. Potrebno je, da poskrbimo, da bi starejši čim več časa preživljali z mladimi: povabila na skupna ustvarjanja, kot je peka piškotov pred novim letom, barvanje pirhov, izdelovanje pustnih mask, pustna rajanja, praznovanja rojstnih dni, ... Pomembno je, da jih vključujemo v aktivnosti, ki jih starejši z veseljem opravljajo, da jim omogočimo tudi izobraževanje, kot je učenje tujih jezikov, uporaba računalnika, da jim damo možnost, da nam pokažejo, kaj znajo, povedo, kar vedo, da z nami delijo svoje življenjske izkušnje in znanje, ki ga imajo.

Helena je predstavila svoje izkušnje in poglede na medgeneracijsko solidarnost oz. sožitje. V njeni mladosti je bilo zelo pomembno, da so bili vsi člani družine (na podeželju) vključeni v družinsko življenje, kar je zadevalo skupno življenje v dobrem in slabem. Pomembna je bila vključitev v vsakdanje delo. To je družino bolj povezovalo. Tudi otroci so morali nekaj prispevati k delovnemu in družabnemu življenju družine. Starejši so bili spoštovani, veliko se jim je pomagalo, a so bili vključeni v delo, dokler so lahko »migali«. Res pa je bil problem, ko so obležali. Potem so bili bolj »peto kolo« in je bila mogoče smrt tista, ki jih je rešila muk tega sveta. Glavna oseba je bila najstarejša gospodinja in od nje je bila odvisna tudi kakovost odnosov in skrbi za družino. Glavno vodilo je bilo spoštovanje starejšega kot osebnosti in njegove avtoritete kot izkušenosti. Kolikor si bil sposoben prispevati v družino, toliko ti je ta vrnila. Kruto, resnično, mogoče po svoje tudi pravično. Redko se je zgodilo, da za osebo, ki je bila v času zdravja zelo aktivna v družini, ne bi potem primerno poskrbeli.

Ko si je Helena ustvarila svojo družino in se preselila v mesto, je ugotovila, da se je vse spremenilo. Ima dva otroke, z možem sta oba zaposlena; s tem je padel v vodo čas in pa tudi skrb glavne gospodinje. Ni bilo več tiste povezanosti, ki se v bistvu kaže v vključenosti vseh članov v družinsko delo in zabavo. Nastane problem nespoštovanja, neupoštevanja avtoriti-

tet, samokritičnosti in počasi odletijo ptički iz gnezda. Ko si ustvarijo novo družino in starejši niso več uporabni za varstvo otrok in finančno pomoč, so samo še breme. Od vzgoje je potem odvisno sožitje. Helena meni, da kjer so člani družine med seboj tesno povezani, je tudi skrb za starejše, obolele, umirajoče samoumevna, bolj pristna in topla.

Azemina pripoveduje, da ko je bila stara pet let, je bila v varstvu pri babici. Babica je zelo rada pletla in jo je že takrat želela tega naučiti. Spomni se, da je pri šestih letih že znala splesti šal, ki ga je nato podarila babici za spomin. Ko je mala Azemina zrasla in bila stara že več kot 20 let, je bila babica v zelo slabem zdravstvenem stanju. Takrat je z njo obujala spomine in ji pokazala šal, ki ji ga je Azemina podarila. Zelo jo je razveselila. Z babico sta imeli zelo poseben odnos in ko je umrla, jo je to zelo potrlo. Šal, ki ga je babica hranila vse življenje, ima sedaj Azemina najraje, saj jo spominja na babico in na prijeten čas, ki ga je preživel z njo ter na vse modrosti, ki jih ji je predala.

Zaključek

Tudi v tretjem življenjskem obdobju se lahko posameznik aktivno vključi v različne dejavnosti. Primer uspešne vključitve v študij je danes 85-letna Marta iz Finske, ki se je pri 69-ih letih odločila za študij na helsinški univerzi. Gospa Marta je pred kratkim uspešno diplomirala s področja finske arhitekture. Sama pravi, da se ne počuti stare, kljub temu, da jo na starost opozarja okolica in vrstniki. Žal večina starejših s strahom sprejema novosti, kot so računalniki in internet. Gospa Marta poudarja, da se je na začetku študija tudi sama morala spoprijeti s težavami. Sprva so na univerzi mislili, da je upokojena profesorica, sčasoma pa so jo ostali študentje sprejeli kot študentko. Gospa Marta na koncu povzame tisto, kar bi moralo biti smisel vsakemu starejšemu – nikoli se namreč ni počutila zapostavljeno zaradi starosti. Ugotovili smo, da bi bilo potrebno spodbujanje zdravega staranja že v zgodnejšem življenjskem obdobju. Želimo si, da bi vsi skupaj znali poiskati ravnovesje med cilji posameznika, njegovo sposobnostjo in okoljem, v katerem živi in biva.

Literatura

- Birsa M. Življenje po šestem križu. Murska Sobota: GP pomurski tisk; 1992: 9.
- Bošnjaković R. Starajmo se kot katedrala. Ljubljana: RAI; 2008: 176–7.
- Evropsko leto aktivnega staranja in medgeneracijske solidarnosti. Dostopno na: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=sl> (15. 2. 2012).
- Harrar S, Gordon D. Zdravstveni vodnik za dolgo življenje. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2009: 10–11.
- Kristančič A. Nova podoba staranja – siva revolucija. Ljubljana: Tiskarna Simčič; 2005:53.
- Mandič S, Filipovič Hrast M. Blaginja pod pritiski demografskih sprememb. Ljubljana: NTD; 2011: 18.
- Opredelitev obdobja starosti. Dostopno na: <http://svetovalnicakameleon.si/starejsi/opredelitev-obdobja-starosti/> (15. 2. 2012).

Sekcija 2

Etika v zdravstveni negi

Primeri kršitev standardov V. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z očmi študentov zdravstvene nege Cases of violations of standards of the fifth principle of the Ethics code of nurses and health technicians of Slovenia through the eyes of students of nursing

Anita Bandelj, Renata Marošek, Matjaž Juhart, Danica Železnik

Povzetek

Teoretična izhodišča: Skrb za človeka predstavlja kompleksna etična dejanja, ki jih mora upoštevati vsak izvajalec zdravstvene nege v skladu z vsemi zahtevami in pravili družbe. To je osnova dobrega medsebojnega odnosa. V prispevku želimo prikazati kršitve standardov V. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije z očmi študentov zdravstvene nege.

Cilj: Cilj prispevka je bil ugotoviti, kako kršitve standardov V. načela iz Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije vplivajo na proces zdravstvene nege.

Diskusija: Načela iz Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov so pomemben element vsakega odnosa ter pomembno pripomorejo k profesionalnemu delu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Zaključek: Kršitve standardov V. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov predstavljajo veliko izgubo ugleda posameznega izvajalca zdravstvene nege in tudi zdravstva v celoti.

Ključne besede: etika, kodeks etike, medicinska sestra, standardi.

Abstract

Introduction: A person's care represents complex ethical actions, which must be considered by every nurse in accordance with all the requirements and rules of society, which is a basis for good interpersonal relationships. We want to show violations of the fifth principle of the Ethics code of nurses and health technicians of Slovenia through the eyes of students of nursing.

Goals: We want to determine the implications of the violations of the fifth principle of the code on the process of nursing.

Discussion: Principles of the Ethics code are important elements of every relationship and represent an important contribution to professional work of nurses and health technicians.

Conclusion: Violations of standards of the fifth principle of the Ethics code of nurses and health technicians constitute a great loss of reputation of individual nurses and healthcare as a whole.

Key words: ethics, ethics code, nurse, standards.

Uvod

Etika je nauk o dobrem, pravilnem delovanju v odnosu do drugega človeka. Nanaša se na človekova dejanja in delovanja, ki so izbrana zavestno in namensko. V zgodovini predstavlja etična misel večno temo človeškega duha, ki je vodilo za njegovo bivanje in sobivanje na svetu, nikoli pa ni dokončno dorečena in definirana. Izhodišče vsake etike je moralna drža človeka, vsak posameznik je nosilec etike ter ravna v skladu s svojim prepričanjem, kaj je dobro in prav. Človek ni samo individualno, temveč tudi družbeno bitje, deluje v družbi, v poklicu, nanj vplivajo družbene sestavine ter poklicne zahteve in vrednote. Etika je zlatoto pravilo, ki določa, da moramo obravnavati drugega tako, kot bi želeli biti obravnavani sami (Šmitek, 2003).

Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost oziroma prevzemanje stališč za določene javne razprave ali proti njim. Nedvomno je etika postala pomemben način življenja v postmoderni družbi, ki ne priznava nobenih nespremenljivih omejitev (Tschudin, 2004). Kaj je prav in kaj ne, je možno presojati na podlagi veljavnih norm, zakonov in predpisov. Pri tem moramo vedeti, da ravnanje po teh normah ne izpolnjuje vedno pogojev etičnega ravnanja.

Namen prispevka je na določenih primerih prikazati kršitve standardov petega načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Kot študenti zdravstvene nege smo jih opazili in zaznali na kliničnem usposabljanju.

Kodeks etike

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je seznam ali zapis profesionalnih vrednot in etičnih standardov profesionalnega vedenja. Je splošen okvir za etično odločanje v profesiji, ki je poklic, stalna zaposlitev. Kodeks etike ima namen pomagati medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot in je vodilo ter spodbuda pri delu v praksi zdravstvene nege. Medicinska sestra je zagovornica koristi pacienta in mu nudi fizično, psihično, socialno, duhovno ter moralno podporo. Kodeks je namenjen vsem medicinskim sestram in njihovim sodelavcem v negovalnem timu (Kodeks etike, 2006). Za dija-ke in študente zdravstvene nege služi kot opora pri oblikovanju lastnih etičnih in moralnih stališč kot vir znanja ter refleksije. Medicinski sestre, ki že opravlja poklic, pa je podlaga za etično presojo njenega dela. Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast in zadovoljstvo pri delu.

Načelo V

»Medicinska sestra nudi pacientu kompetentno zdravstveno nego.«

Standard 1

Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo.

Primer 1: Po končani jutranji negi, na kateri ni bila prisotna, stopi medicinska sestra z vozičkom za preveze v bolniško sobo. Brez pozdrava gre do pacientke, jo odkrije in brez kakršnih koli pojasnil, kaj ji bo naredila, prične s svojim delom. Po naročilu zdravnika naj bi ji vstavila urinski kateter. Kljub temu, da jo pacientka preplašeno, zmedeno in začudeno gleda, se medicinska sestra zanj ne zmeni, ji ne posveti kančka pozornosti, ampak nadaljuje z delom. Ne le da pacientki pred pričetkom dela ni dala nobenih pojasnil, tudi dela ni opravila v skladu s standardi zdravstvene nege. Pri izvajanju aktivnosti tudi ni uporabila sterilnih rokavic. Opravljeno aktivnost je zabeležila na temperaturni list, nato pa brez pozdrava odšla iz bolniške sobe.

Ugotovitve: Aktivnost zdravstvene nege, v tem primeru gre za poseg, ki ga je odredil zdravnik, bi morala medicinska sestra izvesti v skladu s standardom izvedbe negovalne aktivnosti, kamor etični odnos in kompetentna izvedba zagotovo sodita. Medicinska sestra je naredila več napak: ni pojasnila pacientki, kakšen poseg bo pri njej izvedla, s tem ni zagotovila sodelovanja, prav tako si ni pridobila soglasja pacientke za samo izvedbo posega. Pacientka je bila prestrašena, zbegana in nemočna, zato se je prepustila »usodi«. Medicinska sestra je tudi ni zaščitila pred pogledi drugih, kar pomeni, da je kršila tudi njeno dostojanstvo. K izvedbi posega je medicinska sestra pristopila brez kakršne koli verbalne komunikacije, sam poseg pa je izvajala brez sterilnih rokavic, čeprav mora biti tehnika uvajanja urinskega katetra aseptična. Po opravljenem posegu je aktivnost zabeležila na temperaturni list in ne v negovalno dokumentacijo. Tako je grobo kršila kodeks etike, za kar bi zagotovo morala odgovarjati.

Standard 2

Pristojnost medicinske sestre je, da odloča, načrtuje, izvaja in nadzira zdravstveno nego. V procesu zdravstvene nege je odgovorna medicinski sestri – vodji negovalnega tima.

Primer 2: Pri izvajanju anogenitalne nege v domu za starejše opazi medicinska sestra na trtici nepomičnega starostnika razjedo zaradi pritiska. Slednjo ustrezno in pravilno oskrbi v skladu s standardi zdravstvene nege. Sobo zapusti.

Ugotovitve: Medicinska sestra je po zaključenih negovalnih aktivnostih, ki ju je sicer izvedla v skladu s standardom, zapustila sobo stanovalca, vendar svojih opravljenih aktivnosti ni zabeležila oziroma evidentirala, prav tako o zapažanjih (razjeda zaradi pritiska) ni poročala niti svoji vodji negovalnega tima niti svoji negovalni ekipi. Ko je za njo prišla druga izmena, z njenimi opažanji ni bila seznanjena, zato se pri starostniku razjeda zaradi pritiska ni oskrbela. Medicinska sestra bi morala poleg ustrezne in pravilne oskrbe v skladu s standardi zdravstvene nege svoja opažanja in delo dokumentirati ter poročati vodji negovalnega tima. Prav tako bi morala ob predaji službe o tem seznaniti medicinsko sestro naslednje izmene.

Standard 3

Medicinska sestra ima dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjuje.

Primer 3: Medicinska sestra intenzivnega oddelka z dvajsetletnimi delovnimi izkušnjami je od glavne medicinske sestre bolnišnice prejela vabilo na strokovni seminar o urgentnih stanjih v intenzivni enoti. Seminar je trajal dva dni ter bil ovrednoten s petimi licenčnimi točkami Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije in Zveze društev medi-

cinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Medicinska sestra, ki ji je bilo ponujeno dvodnevno izobraževanje, je povabilo odklonila, glavni medicinski sestri pa je odgovorila, da je dovolj stara in ima dovolj delovnih izkušenj, zato se naj takšnih seminarjev raje udeležujejo mlajši in neizkušeni zdravstveni delavci.

Ugotovitve: Ker ima medicinska sestra dolžnost in odgovornost, da svoje strokovno znanje nenehno izpopolnjuje, bi se morala strokovnega izobraževanja udeležiti, saj se je dolžna dodatno strokovno izobraževati in izpopolnjevati. S svojo nadrejeno glavno medicinsko sestro bi se morala pogovoriti v skladu z etičnimi normami.

Standard 4

Pridobljeno strokovno znanje je medicinska sestra dolžna posredovati vsem članom negovalnega tima.

Primer 4: Medicinska sestra se je udeležila seminarja na temo Novosti in nove smernice enteralnega prehranjevanja pri starejših osebah. Po končanem seminarju je v službi o tem molčala, o poteku in vsebini seminarja ni obvestila niti svoje nadrejene medicinske sestre niti negovalnega tima. Vso literaturo in pridobljeno znanje je zadržala zase ter šele po treh mesecih negovalnemu timu pripravila predavanje in ga seznanila z vsebino seminarja.

Ugotovitve: Medicinska sestra, ki jo je na seminar poslala delovna institucija, bi morala o vsebini predavanj in novostih, s katerimi se je na seminarju seznanila, seznaniti tudi negovalni tim in svojo nadrejeno medicinsko sestro. Skupaj bi morali ugotoviti, kakšne so novosti oziroma nove smernice enteralnega prehranjevanja pri starejših osebah, in jih v zelo kratkem časovnem obdobju posredovati celotnemu negovalnemu timu, tako da bi organizirali interni seminar oziroma izobraževanje.

Standard 5

Medicinska sestra si prizadeva za razvoj in napredek stroke zdravstvene nege. Aktivno vodi znanstvenoraziskovalno delo za področje zdravstvene nege in sodeluje pri njem ter v praksi uporablja izsledke raziskav.

Primer 5: Medicinsko sestro v domu starejših občanov iz specializirane lekarne obvestijo, da imajo nove, kakovostnejše pripomočke proti razjedam zaradi pritiska in želijo, da jih preizkusijo. Medicinska sestra se zahvali in odvrne, da so pripomočki, ki jih že dolgo uporabljalo, dovolj dobri in ne potrebujejo drugih.

Ugotovitve: *Medicinska sestra bi morala sprejeti ponudbo in preizkusiti novejšo pripomočke, spremljati in dokumentirati spremembe na koži, saj bi le tako vedela, kateri pripomočki so boljši. Poleg tega bi pomagala pri razvoju kakovostnejših in učinkovitejših pripomočkov.*

Standard 6

Medicinska sestra je soodgovorna v skrbi za zdravje in življenje ljudi, zato je dolžna delovati zdravstvenovzgojno.

Primer 6: Stanovalec iz doma starejših občanov se pripravlja na odhod v bolnico zaradi operacije in je zelo nervozen. Medicinski sestri pove, da gre za nekaj minut v kadihnico, kjer bo na hitro pokadil še nekaj cigaret. Medicinska sestra se z njim strinja in mu reče, da naj se vrne čez petnajst minut.

Ugotovitve: Medicinska sestra bi si morala za stanovalca vzeti čas in se z njim pogovoriti o težavah, ki jih je imel. Bil je zelo nervozen, ker je čakal na operacijo. V tem primeru

medicinska sestra ni delovala zdravstvenovzgojno, saj je stanovalcu dovolila, da pred operacijo pokadi še nekaj cigaret. To nikakor ni v skladu z zdravstveno vzgojo, prav tako pa tudi ne s samo psihično pripravo stanovalca na operativni poseg.

Standard 7

Medicinska sestra ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči, ustrezne njeni strokovni usposobljenosti, ne glede na to, ali je za to pomoč izrecno naprošena.

Primer 7: Medicinska sestra se je sprehajala ob morju in videla gručo ljudi. Pristopila je in videla, da so iz vode potegnili starejšo gospo, ki se ni odzivala. Nekdo je že klical nujno medicinsko pomoč. Medicinska sestra je odšla naprej, misleč, da bodo za gospo poskrbeli ljudje, ki so se zbrali na mestu dogodka.

Ugotovitve: Medicinska sestra bi morala po svoji strokovni usposobljenosti pomagati. Ženski, ki so jo potegnili iz vode, bi morala preveriti življenjske funkcije in ji do prihoda reševalcev nuditi ustrezno medicinsko pomoč.

Standard 8

Medicinska sestra ne izvaja postopkov, za katere nima ustreznih znanj in izkušenj.

Primer 8: Stanovalki v domu za starejše občane je v dopoldanskem času diplomirana medicinska sestra uvedla urinski kateter. Popoldan je stanovalka zdravstvenemu tehniku tožila o neznosnih bolečinah v trebuhu. Zdravstveni tehnik je pogledal urinsko vrečko, da bi videl, koliko urina je nateklo, a vrečka je bila prazna. Ker v popoldanskem času ni prisotne diplomirane medicinske sestre, se je odločil, da sam ponovno uvede urinski kateter, saj je presodil, da ni bil pravilno uveden.

Ugotovitve: Zdravstveni tehnik bi moral obvestiti dežurnega zdravnika, ki bi prišel pogledat stanovalko in presodil, ali se urinski kateter ponovno uvede ali ne. Zagotovo je zdravstveni tehnik presegel svoje pristojnosti in ogrožal varnost stanovalk, kar ni v skladu s kodeksom etike.

Standard 9

Medicinska sestra se mora odzvati na delo v izjemnih razmerah, zavedajoč se moralne in človeške odgovornosti.

Primer 9: V domu za varstvo odraslih je v nočni izmeni prišlo do večjega požara, zaradi katerega je bila medicinska sestra prisiljena poleg gasilcev na pomoč poklicati še svoje sodelavke. Ena izmed poklicanih ji je pomoč odklonila in ji zabrusila, da ni v službi, da je sredi noči in naj se znajde sama, kakor ve in zna.

Ugotovitve: Delavka, ki je bila v nočnem času poklicana v službo zaradi izjemnih razmer, ne bi smela odkloniti pomoči. Zavedajoč se svoje dolžnosti ter moralne in človeške odgovornosti bi se morala odzvati klicu na pomoč oziroma takoj priti v službo.

Omejitve

Medicinska sestra lahko odkloni izvedbo postopka ali posega, če sodi, da ni v skladu z njeno vestjo ali mednarodnimi pravili etike.

Primer 1: Umirajoči pacient pove medicinski sestri, da ne želi več prejemati nobene terapije, ampak si želi le še mirne smrti. Ker odklanja hrano, zdravnik naroči vstavitve nazogastrične sonde. Medicinska sestra poseg odkloni, ker se zaveda pacientove pravice, in presodi v skladu s svojo vestjo.

Medicinska sestra mora o svojem ugovoru vesti obvestiti zdravstveni zavod. Zdravstveni zavod mora to upoštevati in pacientom zagotoviti možnost za nemoteno uveljavljanje pravic iz zdravstvenega varstva.

Primer 2: Medicinska sestra v anesteziji ima ugovor vesti pri opravljanju abortusa. Bolnišnica je s primerom seznanjena, zato te sestre ne razpisuje na delovno mesto, kjer opravljajo abortuse, pacientke pa nemoteno uveljavljajo pravico iz zdravstvenega varstva.

Medicinska sestra ne sme zlorabiti medsebojnega zaupanja s pacientom ali možnost prilastitve njegove lastnine.

Primer 3: Patronažni medicinski sestri je starejši pacient na domu hotel prepisati svojo lastnino, češ da njegovi otroci ne skrbijo dovolj zanj. Sestra je z vsem spoštovanjem ponudbo zavrnila.

Medicinska sestra odkloni darilo, uslugo, gostoljubnost in komercialni interes, če jih je mogoče razlagati kot prizadevanje, da bi z nedopustnim vplivom dosegla kakršno koli ugodnost zase ali za pacienta.

Primer 4: Medicinski sestri je pacient v ambulanti ponudil darilo, da bi prej prišel na vrsto za naročeni pregled. Medicinska sestra ga zavrne.

Diskusija

V prispevku s primeri kršitev podrobneje obravnavamo standarde V. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Vse etične vrednote in pravila se nanašajo na odnos do drugih ljudi in do samega sebe. Vsebujejo vzorce o tem, kako naj bi človek živel, katere pravice in dolžnosti ima ter kako mora in sme delati (Grbec, 1992). Pregovor Motiti se je človeško velja v vsakdanjem življenju, v medicini in tudi v zdravstveni negi ter ga moramo imeti v mislih, ko se srečujemo z odkloni od pričakovanega načina dela in od pričakovanih izidov. Ker taki dogodki niso vsakdanji, jih imenujemo izjemni dogodki. Da s svojo dejavnostjo ne smemo povzročati škode pacientu, je načelo, ki ga moramo imeti ves čas v mislih. Ivanuš in Železnik (2008) menita, da je komunikacija bistvenega pomena za etično obravnavo tako posameznika kot pacienta. Pri delu se moramo navaditi shajati s tveganji, ki jih zdravstvena nega prinaša, zato se mora vsak od nas zavedati možnih posledic ter pri delu uporabljati strokovna znanja in smernice. Cilj delovanja v zdravstvu je varno delo in poštena obravnava neugodnih izidov (Kersnik, 2002).

Iz primerov je razvidno, da se v zdravstvu prevečkrat delajo napake ali prihaja do neželjenih dogodkov. Dobronamernost pomeni dolžnost medicinske sestre, da dela dobro, v skladu z dobrim, medtem ko načelo neškodljivosti pomeni preprečevati škodo ali jo zmanjšati, kjer je že prisotna.

Zaključek

Da lahko medicinska sestra zadosti vsem pacientovim potrebam, mora imeti široko in trdno znanje, ki ji omogoči iskati nove in še boljše temelje zdravstvene nege. Pri tem ne gre zanemariti osebnostne kakovosti človeka, ki se naj izoblikuje po etičnih načelih. Le zdravstvena nega, ki bo temeljila na moralno-etičnih odločitvah, bo zadovoljila potrebe pacientov.

Literatura

- Grbec V. Etika v zdravstveni negi. I. del. Zdrav Obzor. 1992; 26: 3–6.
- Ivanuša A. Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.
- Kersnik J. Zdravstvene napake. In Zdravstvene napake. 1. Učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: druženje zdravnikov družine medicine SZD; 2002.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Šmitek J. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003.
- Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi, Obzor Zdr N. 1998; 32: 127–138.
- Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi. Ljubljana: Educy; 2004.

Pomen verovanja pri starostnikih

Importance elderly people's beliefs

Simona Kuzmič, Suzana Starc, Maja Daničič, Danica Železnik

Povzetek

Izhodišče: Vera in razum sta neločljivo povezana ter se medsebojno dopolnjujeta. Poudarjen je pomen usklajenosti med vero in razumom. Verske potrebe in njihovo zadovoljevanje je za nekatere starejše ljudi ključnega pomena.

Namen: V prispevku želimo prikazati, kako zadovoljevanje verskih in duhovnih potreb vpliva na kakovost življenja starejših stanovalcev.

Metode: Uporabljeno je bilo kvantitativno raziskovanje z uporabo opisne raziskovalne metode. Zbiranje podatkov je potekalo z anketnim vprašalnikom, oblikovanim za potrebe raziskave. V raziskavi je sodelovalo 31 starejših stanovalcev doma na Koroškem. Podatki so bili obdelani s pomočjo računalniškega programa Excel in statističnega programa SPSS 12,0.

Rezultati: Večina stanovalcev svojo vero močno doživlja. Raziskava kaže, da vera pomembno pozitivno vpliva na njihovo življenje v domu. Prav tako je raziskava pokazala, da je skoraj polovica starostnikov pri nudenju verske oskrbe odvisna od zaposlenega osebja.

Diskusija in zaključki: Spoštovanje človekove pravice o veroizpovedi in možnosti verovanja je velikega pomena za obravnavo starejših v institucijah, zato so zaposleni dolžni spoštovati verovanje slehernega starostnika. Pri prizadevanju za celostno oskrbo starostnika je zelo pomembna tudi skrb za njegovo duhovnost.

Ključne besede: starostnik, verovanje, negovalno osebje.

Abstract

Introduction: Religion and the mind are inseparably connected and complementing each other. Importance of compliance between the two is emphasized. Religious needs and their satisfaction is the key for some elderly.

Purpose: We want to show satisfaction of religious and spiritual needs of the elderly by the quality of their life.

Methods: Data collection was done with a survey that was formulated for the needs of the research. Thirty-one residents of the Carinthia home for elderly people participated. Data were processed with Excel and the SPSS 12.0 statistical computer programme.

Results: Majority of the residents is strongly experiencing their religion, and the research shows that religion has a significant and positive influence on their life at the home for eld-

erly people. The research also showed that almost half of the residents are dependent on the staff in providing religious care.

Discussion and conclusions: Respecting human rights and the freedom of religion is of great importance for treating institutionalized elderly, which is why the staff has to respect their religious beliefs. At striving for complete care of the elderly the care for their spirituality is of great importance.

Key words: elderly person, belief, nursing staff.

Uvod

Bogastvo starosti je odvisno od duhovnega bogastva mladosti in preteklega življenja. Tako mora posameznik sprejemati in živeti najprej lastno življenje. Navzočnost starejših ljudi v družini in družbi je zanj trajna priložnost, da bo sprejemal starejše ljudi in starost kot izkušnjo, spoznal medsebojno odvisnost mladosti in starosti ter tako celovito razumel življenje.

Sodobna miselnost je potisnila nekatera dejstva, stvari in osebe ob rob življenja; postali so »tabu«. Sem spadajo tudi umiranje in smrt, bolniki in prizadeti, starost in starejši ljudje. Ustanove, kot so bolnišnice, domovi za prizadete, invalide in starejše ljudi, so sicer potrebne, včasih tudi edini način, da je za te ljudi poskrbljeno. Pomembno je spoznanje, da so (in morajo biti) starejši vključeni v okolje, v družbo in Cerkev, kjer živijo. Osebna osamitev (izolacija) ali družbeno izrinjanje imata za starejšega človeka negativne posledice. Tudi upokožitev pri mnogih »pospeši proces staranja«, spoznanje o koristnosti na istem ali novem področju delovanja pa ohranja duhovne moči in odkriva novo kakovost življenja.

Nevarno je, da se starejši ljudje zaradi osebnih ali objektivnih razlogov predajo odtujevanju (alienaciji in resignaciji), se vdajo v usodo. Mnogi z molitvijo, bogoslužjem in sodelovanjem v župnijah prispevajo svoj delež k nadaljnji osebni in skupni rasti. Sodobni družbeni in cerkveni dokumenti govorijo o aktivnem staranju, to je o staranju, ki ga starejši človek osebno in drugi ob njem spremljajo z odprtimi očmi ter ga zavestno sprejemajo kot novo in enkratno možnost in dolžnost za duhovno rast osebe in družbe. Smernice, ki jih dajejo cerkveni dokumenti glede nalog starejših ljudi, se bolj kot s preteklostjo ukvarjajo z novimi izrazi in načini, ki so na voljo njim, družbi in cerkvi.

Starejši ljudje se čedalje bolj zanimajo za eksistencialna in duhovna vprašanja človekovega bivanja, sprašujejo se o smislu življenja in nehanja, kar je brez dvoma povezano z njihovo zmanjšano socialno vlogo, kratko prihodnostjo in pričakovanjem konca življenja (Pečjak, 2007, 157). Pojma duhovna razsežnost in duhovne potrebe uporabljata antropologija in vera. Anthropolos grško pomeni človek, človeški, antropologija pa je veda, ki proučuje človeka v vseh njegovih razsežnostih. Antropološka duhovna razsežnost človeka so njegova svoboda, odgovornost in vest. Verska duhovna razsežnost pa sta vera in ljubezen, vera, da pot nekam pelje in da jo od začetka vodi Nekdo, ki nas ima rad (Ramovš, 2009, 16). Harold Koenig, Duke University Medical Center, je proučil 100 študij na to temo in jih našel 79, ki so potrdile, da postanejo ljudje, ki se vključijo v življenje religiozne skupnosti, srečnejši in bolj zadovoljni s svojim življenjem. Vera v Boga ali življenje po smrti daje ljudem smisel in občutek skupnosti, zlasti v poznejših letih. Študije so pokazale, da tisti, ki tolažijo in pomagajo drugim, čutijo več radosti in živijo dlje od drugih. Prav zaradi dajanja, ne samo druženja, ima religija boljši efekt na srečo posameznika kot druga združenja, recimo športna.

Tuji avtorji govorijo o dvodimenzionalnem sistemu duhovnosti, in sicer ločijo vertikalno in horizontalno duhovnost. Vertikalna dimenzija se nanaša na Boga, ki ga nekdo priznava, veselje ali nekaj, kar je nad nami. Horizontalna dimenzija pa se nanaša na odnos s samim seboj (intrapersonalnost), z drugimi ljudmi (interpersonalnost) in z okoljem (Champagne cit po Tušar, 2003, 4).

Zadovoljevanje verskih potreb starostnika se kaže kot pomemben dejavnik zagotavljanja njegovega čim bolj kakovostnega življenja v domu. Medicinska sestra, ki opravlja holistično zdravstveno nego, poskuša ugotoviti vse bolnikove potrebe, vključno z duhovnimi. Samo z razvojem zavesti in vpogleda v duhovno dimenzijo bo medicinska sestra sposobna razumeti, raziskati in ponuditi duhovno oporo bolniku. Pri tem so bistvene komunikacijske sposobnosti, toplina, empatija in skrben človeški odnos (Skoberne, 2002, 23).

Starejši ljudje niso homogena skupina in starost je mogoče živeti na zelo različne načine. Precej oseb je sposobnih razumeti pomen, ki ga ima starost, zato živijo vedro in dostojanstveno ter jemljejo starost kot življenjsko obdobje z veliko priložnosti za rast in zaposlitev. So pa ljudje, za katere je starost breme. Osebe, ki se zapirajo same vase in se umikajo na rob življenja, pospešujejo proces lastnega fizičnega in umskega propadanja.

Mogli bi torej trditi, da imata tretje in četrto življenjsko obdobje toliko obrazov, kolikor je starostnikov, ter da si sleherni človek pripravlja način, kako bo preživel svojo starost, s potekom celotnega svojega življenja. Kakovost naših zrelih dni bo odvisna predvsem od naše sposobnosti doumeti smisel in vrednost starosti tako na zgolj človeški ravni kot na ravni vere.

Starejši so v luči vere in okrepljeni z upanjem velikokrat sposobni živeti starost kot dar. Starejšim je potrebno pomagati, da bi dojeli smisel svojega življenjskega obdobja, ga sprejeli kot možnost in premagali vsako skušnjo zavračanja, osamitve, resigniranja ali celo občutka, da so odveč, in obupa. Pripraviti je potrebno takšno človeško, družbeno in duhovno okolje, v katerem bo mogla vsaka oseba dostojanstveno in polno živeti starost.

Verske potrebe starostnika in njihov pomen

Večinsko versko izročilo pri nas je katoliško, avtohtono je tudi evangeličansko, poleg njiju je živih še več krščanskih skupnosti: adventistična, baptistična, binkoštna in srb-ska pravoslavna. Judovsko-krščansko izročilo je heterogen versko-kulturni tok, ki se je začel pred približno štirimi tisočletji na Bližnjem vzhodu pri Hebrejcih. Pred dvema tisočletjema se je razvejal v judovsko in krščansko izročilo. Njegovo temeljno besedilo je Sveto pismo ali Biblija, katerega versko etični nauk je danes življenjsko vodilo več kot tretjini človeštva (Ramovš, 2003, 20–21).

Človek lahko izkusi harmoničen odnos s samim seboj (zanj je značilno občutje sreče in miru) in bogat, poln odnos z drugimi ljudmi takrat, ko vzpostavi in ohranja dinamičen in osebni odnos z bogom, ki pripelje do psihične, čustvene, socialne in duhovne integracije. Če tega odnosa z Bogom ni, lahko pride do disharmoničnega odnosa s samim seboj in drugimi (Fish in Shelly cit po Tušar, 2003, 11).

Veliko je študij vernosti starejših ljudi. Čeprav niso pokazale jasne slike, ker je vernost odvisna od kulturnega okolja, izobrazbe, urbaniziranosti bivališča, veroizpovedi, je večina študij odkrila, da vernost v srednji in visoki starosti nekoliko naraste, pri ženskah bolj kot pri moških (Levin et al. cit po Pečjak, 2007, 158).

Wallace in O'Shea ugotavljata, da je duhovnost posebej pomembna v življenju mnogih starih ljudi ob koncu življenja in daje okvir za ravnanje in odločanje (2007, 285).

Vera tako osvetljuje skrivnost smrti in daje starosti vedrino, ker je ne pojmuje in živimo več kot nedejavno pričakovanje nekega uničujočega dogodka, temveč obljub polno približevanje cilju polne zrelosti. To so leta, ki jih je treba živeti s čutom zaupljive predanosti Božjim rokam, Očetu, ki je Previdnost in Usmiljenje; kot obdobje, ki ga je treba uporabiti ustvarjalno za poglobitev duhovnega življenja, z okrepljeno molitvijo in v ljubezenski predanosti bratom (Pismo starejšim/Janez Pavel II v: Cerkevni dokumenti, 84, 27).

Potter in Perry ter sodelavci (cit po Skoberne 2002, 24) menijo, da imajo duhovno zdrave osebe ljubeč odnos do drugih. Odpuščajo krivice, so vljudne in potrpežljive. Samo z razvojem zavesti in vpogledov v duhovnost bo medicinska sestra sposobna razumeti, spreledati in nuditi duhovno oporo varovancem (Skoberne, 2002, 28).

Vpliv vere na smisel življenja in zdravje starostnika

Vera je poseben in svojevrsten izraz iste človekove duhovnosti, ki človeku ne dopušča, da bi živel zgolj neposredno nagonsko, nepremišljeno in nekritično, se pravi brez tistega notranjega odmika, zaradi katerega ne samo govorimo ali delamo, ampak tudi vemo, da govorimo in delamo in se ravno zato lahko tudi sprašujemo, kako govoriti in delati in ne nazadnje: čemu govoriti in delati. Bistvo človekove duhovnosti je ravno notranja navzočnost samemu sebi, odsevanje samega sebe v samem sebi. Ta refleksivnost ali povratnost, odmik od samega sebe in hkratna navzočnost sebi omogoča našo zavest in naše samozavedanje in s tem vsa razočaranja in spraševanja o samem sebi (Stres, 2012).

Filozof Kant poudarja, da obstajajo tri temeljna vprašanja, s katerimi se ukvarja človek: *kaj morem vedeti, kaj moram narediti in kaj smem upati. Kaj je res, kaj je prav in kaj je na koncu smisel vseh smislov, zadnji cilj in namen vseh prehodnih in začasnih namenov in ciljev, ki si jih zastavljamo?* Podobno kot ne moremo razpolagati s tem, *kar je res in kar je prav*, temveč se jima moramo pokoriti, tudi ne moremo poljubno določati zadnjega smisla in cilja vseh naših hotenj. Človek si lahko po svoji volji zastavlja svoje trenutne in kratkoročne cilje in smisle, a zadnjega ne more določiti svojevoljno in poljubno. Zadnjemu se je treba odpreti in ga sprejeti tako, kot je treba sprejeti to, *kar je res in kar je prav*. Poslednjega cilja in smisla vsega ni mogoče postaviti in narediti, ampak ga je potrebno odkriti (Stres, 2012).

Pečjak (2007, 239) navaja, da vernost starejših ljudi narašča, ker verniki najdejo v veri smisel življenja. Povečana vernost je verjetno povezana s pričakovanjem smrti, zato verniki laže umirajo. Mueller (cit. po Oken, 2005, 189–195) navaja študije o vplivu vere in duhovnosti na človeka. Izsledki kažejo, da se verni bolniki laže spoprimejo z boleznijo in jo premagujejo. Religiozni ljudje laže sprejemajo smrt.

Izvajanje duhovne pomoči bolniku ni samo stvar posamezne medicinske sestre, temveč celotnega zdravstvenega tima, kar zagotavlja kontinuiteto in doslednost v zdravstveni negi (Craven, Hirnle cit po Skoberne 2002, 26).

V socialnovarstvenih zavodih, kjer je smrtnost relativno visoka, predstavlja paliativna zdravstvena nega pomemben del celotne zdravstvene nege. Pri tem gre za humano fizično, psihično, socialno in duhovno podporo umirajočemu in njegovim svojcem. Duhovno zdravje je močno povezano s človekovim zadovoljstvom. Vsak človek ima vire moči in vodenja v življenju, zato mu vera z neko močjo zagotavlja upanje (Ivanuš, Železnik, 2008, 649–653).

Zakon o verski svobodi (Uradni list RS št. 14/2007) v 25. členu določa versko duhovno oskrbo v bolnišnicah in socialnovarstvenih zavodih. Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe (Uradni list RS št. 100/2008) v petem členu določa naloge v obsegu organiziranja, omogočanja, obiskovanja verskih obredov ter nudenja verske duhovne pomoči.

Metode

Raziskovalni pristop je temeljil na kvantitativnem raziskovanju verovanja starejših v domu. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo ankete, katere merski instrument je bil strukturiran vprašalnik, ki je bil oblikovan za potrebe raziskave in je obsegal demografske podatke ter vprašanja o verovanju in molitvi.

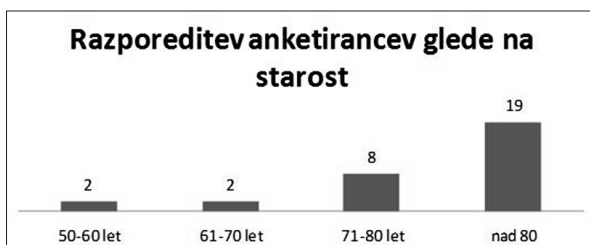
Raziskava je potekala v Domu Hmelina v mesecu marcu 2011. V raziskavi so sodelovali starejši stanovalci doma, ki so bili govorljivi in pripravljeni odkrito spregovoriti. Pred samo izvedbo raziskave smo pridobili ustno soglasje starostnikov in soglasje direktorice doma. Starostnike smo informirali, da lahko od raziskave odstopijo, če to želijo, prav tako smo jih seznanili, da je raziskava anonimna in da bodo podatki uporabljeni izključno v raziskovalni namen. V raziskavi je sodelovalo 31 starostnikov.

Rezultati

Iz Slike je razvidno, da je bilo skupaj anketiranih 31 starostnikov, od tega 20 (64,5 %) žensk in 11 (35,5 %) moških.

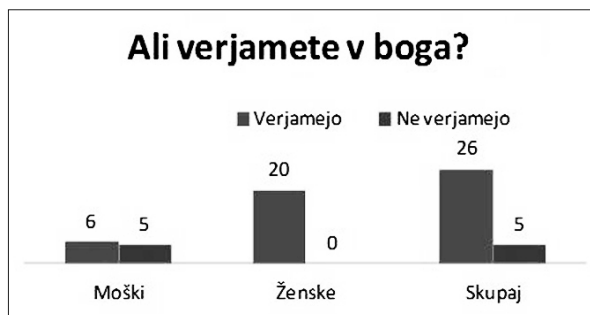


Slika 1: Število anketirancev.



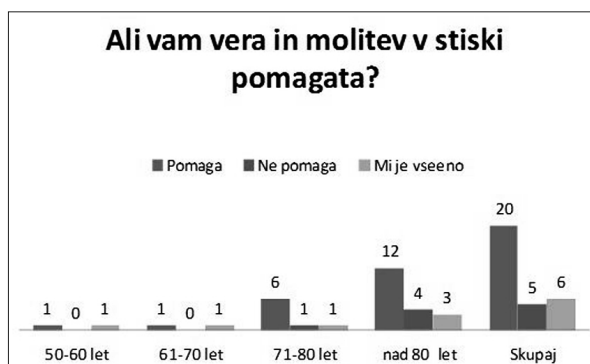
Slika 2: Starost anketirancev.

V starostni kategoriji 50–60 let sta bila 2 (6,5 %) starostnika, v starostni kategoriji 61–70 let prav tako 2 (6,5 %), v starostni kategoriji 71–80 jih je bilo 8 (25,80 %) in največji delež starostnikov je predstavljala starostna kategorija nad 80 let, saj je bil njihov delež kar 61,30 % ali 19 starostnikov.



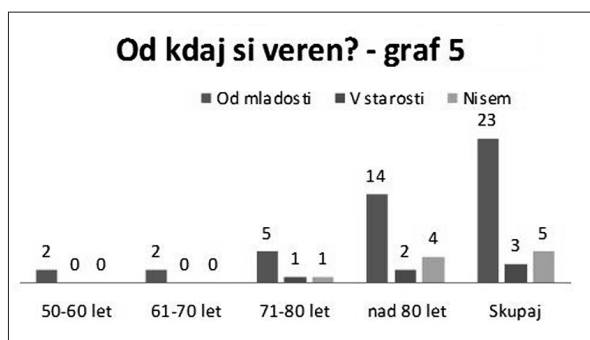
Slika 3: Število verujočih glede na spol.

Šest (19, 35 %) moških in 20 (64,5 %) žensk veruje in moli.



Slika 4: Vera in molitev kot pomoč v stiski.

Iz Slike 4 je razvidno, da kar 20 (64,5 %) anketiranim vera v boga in molitev v stiski pomagata.



Slika 5: Začetek verovanja

23 (74,20 %) je vernih od mladosti in 3 (9,7 %) so postali verni v starosti.



Slika 6: Možnosti verskega izražanja

25 (96 %) od 26 vernih jih meni, da imajo možnost verskega izražanja, in samo eden meni, da za versko izražanje ni dovolj dobro poskrbljeno.

Diskusija

Verska praksa ima pomembno mesto v življenju starejših oseb. Zdi se, da je tretje življenjsko obdobje še posebej odprto za vse presežno (transcendentno). Molitev zavzame v njihovem življenju pomembno mesto, saj je v naši raziskavi kar 84 % izprašanih odgovorilo, da verujejo in molijo. Starejše osebe obeh spolov često živijo svojo vernost na preprostejši način. Od človeka do človeka pa je, razumljivo, vernost različna. Tu in tam je v starosti pomešana z neko določeno obliko fatalizma (vdanosti v usodo), zato človek jemlje trpljenje, omejitve, bolezni, izgube, ki se zgodijo v tem času, kot znamenja, ki jih daje bog, ki pa z njimi ni več dobrohoten. Iz raziskave vidimo, da 65 % anketirancev meni, da jim vera in molitev v stiski pomagata. Razberemo lahko tudi, da se število tistih, ki mislijo, da molitev in vera v stiski pomagata, po starosti povečuje. V skupinah 71–80 in nad 80 let se to prepričanje poveča za 2-krat (s 6 na 12). Rezultati so pokazali, da je večina anketirancev verna od mladosti. Pri tistih, ki so postali verni v starosti, pa se je pokazalo, da se s starostnim obdobjem povečuje število verujočih. Število se je povečalo z 1 v obdobju 71–80 let na 2 v obdobju nad 80 let. Gotovo pa je vzorec premajhen, da bi lahko sklepali posplošeno. Najverjetneje je vzrok, da jih je večina verujočih že iz mladosti, okolje (podeželje), v katerem so živeli, in način vzgoje. Če bi anketo opravili v bolj mestnem okolju, bi se po našem mnenju najverjetneje pokazalo, da se število verujočih bistveno poveča v poznejšem obdobju – manj je vernih že v mladosti. Iz raziskave je razvidno, da je izredno veliko anketirancev pri nujenju verske oskrbe odvisnih od zaposlenih (kar 42 %). Ti odgovori potrjujejo vlogo in pomen zaposlenih – medicinskih sester pri pomoči in oskrbi starostnikov pri zadovoljevanju verskih potreb. Raziskava kaže, da jih velika večina, in sicer 26 od 31, verjame v boga in moli. Anketa je pokazala, da so se za neverne označili moški (5) in da med nevernimi ni bilo nobene ženske. Kljub temu je odstotek vernih proti nevernim skoraj 84.

Rezultati so pokazali, da jih velika večina (96 %) meni (prav tako menijo tudi tisti, ki sicer ne verujejo in ne molijo), da je za možnost verskega izražanja dovolj dobro poskrbljeno. V domu je kapela, kjer je za verne stanovalce prostor za molitev. Tiste, ki niso sposobni sami oditi v kapelo, tja odpelje negovalno osebje ali prostovoljci. V verske aktivnosti se v domu Hmelina vključujejo duhovnik, sestre redovnice in zunanji sodelavci.

V kapeli je enkrat tedensko maša, prav tako ob praznikih. Nepomičnim duhovnik ali sestra redovnica enkrat tedensko prinese obhajilo. Umirajočega stanovalca pa po želji obišče tudi duhovnik. Stanovalci imajo na razpolago tudi verske revije.

Zaključki

Vera in molitev sta del duhovne oskrbe. Pri večini starostnikov sta močno prisotna in vpeta v preživljanje vsakdanjika. Starejši se zatekajo k molitvi, pri tem si želijo miru in razumevanje negovalnega osebja. Medicinske sestre in zaposleni v domovih za starejše morajo to spoštovati ter tem vrednotam, ki jih imajo posamezni starejši, slediti in dajati poseben pomen.

Literatura

- Ivanuš A, Železnik D. Standardi zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor; 2008.
- Dostojanstvo starejših ljudi in njihovo poslanstvo v Cerkvi in svetu. Papeški svet za laike. Cerkevni dokumenti. 1999; 83.
- Oken BS. Complementary therapies in neurology: an evidence-based approach. London: Parthenon Pub. Group; 2005.
- Pečjak, V. Psihologija staranja. Bled: samozaložba; 2007. <http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/plavcak-ana.pdf>
- Janez Pavel II. Pismo starejšim. Cerkevni dokumenti. 1999; 84.
- Plavčak, A. Dejavniki zadovoljstva z življenjem [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 2009. Dosegljivo na:
- Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe (Uradni list RS št. 100/2008).
- Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev. Uradni list Republike Slovenije št. 100/2008.
- Ramovš, J. Program za kakovostno staranje in sožitje generacij v župnijah in drugih verskih skupnostih. Kakovostna starost 2003 b; 6 (3): 19–24.
- Ramovš, J. Kljubovalna moč duha. Prijatelj 2009 a; XLI (1): 16.
- Skoberne, M. Duhovnost in duhovno zdravje. Obzor Zdr N. 2002; 36: 23–31.
- Stres, A. 2012 <http://nadskofija-ljubljana.si/predavanje-nadskofa-stresa-v-sklopu-maribor-epk-2012-z-naslovom-vera-in-kultura/> dostopno 21. 04. 2012.
- Tušar, M. Medicinska sestra v soočenju z duhovnimi potrebami bolnika [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2003.
- Zakon o verski svobodi. Uradni list Republike Slovenije št. 14/2007.
- Wallace, M, O'Shea, E. Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Among Older Nursing Home Residents at the End of Life. Holistic Nursing Practice. 2007; 21 (6): 285–289.

Odnos do avtoritete medicinske sestre

Relation towards nurse's authority

Tomaž Rantaša, Danica Železnik

Povzetek

Izhodišča: Skozi zgodovino je avtoriteta imela različne vloge in se je podrejala obstoječemu sistemu. Mnenja in predstave o avtoriteti so zelo različna. Nekateri pravijo, da je avtoriteta kvaliteta ali lastnost, ki je izključno vezana na funkcijo, ki jo oseba opravlja, ali vlogo, ki jo živi - učitelj, profesor, oče, politik, znanstvenik. Namen raziskave je bil proučiti mnenja medicinskih sester o doživljanju odnosa avtoritete s strani pacientov.

Metode: Uporabljena je opisna kvantitativna neeksperimentalna metoda. Raziskava je potekala v mesecu februarju 2011. V raziskavi je sodelovalo petindvajset medicinskih sester, vzorec je bil neslučajnostni, namenski. Zagotovljena je bila anonimnost. Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan za potrebe raziskave z vprašanji zaprtega tipa.

Rezultati: Samo 24% anketiranih medicinskih sester jih je mnenja, da imajo pacienti do njih spoštljivi odnos, 44% jih je mnenja, da so pacienti do njih sicer spoštljivi, ampak menijo, da bi odnos lahko bil boljši in kar 32% jih meni, da se pacienti do njih pogosto vedejo premalo spoštljivo.

Diskusija in zaključki: Rezultat nam jasno pove, da kar četrtnina 24% anketiranih medicinskih sester ni zadovoljna z odnosom, ki ga imajo pacienti do njih. Postavlja se vprašanje za kaj medicinske sestre tako doživljajo odnos s pacienti. Zagotovo bo potrebna pozitivna naravnost, vzpostavljanje enakovrednega, partnerskega odnosa s pacienti. Potrebno bo obojestransko spoštovanje dopuščanje korektnega podajanja kritike. Svojo avtoriteto pa bi medicinske sestre morale graditi z asertivno komunikacijo. Asertivnost uresničuje želje in zadovoljuje potrebe, ne da bi delali karkoli v škodo drugih. S takim vedenjem se dosega jo cilji z bistveno manj konflikti in z večjim zadovoljstvom, prispevajo pa tudi k boljši kakovosti odnosov.

Ključne besede: odnos, avtoriteta, medicinska sestra, pacient.

Abstract

Introduction: Through history has had different roles and has also been subjected to the existing system. Opinions and conceptions on authority are very different. Some people say that authority is a quality and a characteristic, which exclusively bound with the function a

person performs, or a role they live – teacher, professor, father, politician, and scientist. The purpose of the research was to study the opinions of nurses on experiencing relations towards authority from patients.

Methods: Descriptive quantitative non-experimental method was used. The research took place in February 2011. Twenty-five nurses participated; the sample was dedicated and non-random. Anonymity was ensured. As an instrument for the research we used a questionnaire, which was formulated with the closed type questions for the needs of the research.

Results: Only 24% of nurses think that patients have a respectful relation towards them, 44% of them think that patients are generally respectful towards them, but their relation towards could have been better, and 32% of nurses think that patients act disrespectful towards them.

Discussion and conclusion: The results are clear; 24% of nurses are not satisfied with their patients' attitudes. It poses a question as to why nurses experience relations with the patients in such way. There will definitely have to be a positive attitude, establishing equal, partner type relation with the patients. There will have to be mutual respect, letting to provide correct critique. Being assertive is to realize wishes and satisfy the needs without harming anyone. With that kind of behaviour goals are achieved with much less conflicts and with a greater satisfaction and it also contributes to better relations.

Key words: relation, authority, nurse, patient.

Uvod

Biti profesionalac na področju zdravstvene nege pomeni obvladati aktivnosti in pridobiti kompetence za izvajanje te dejavnosti. Posebno zahtevna postaja vloga profesionalca danes, ko lahko govorimo o treh prelomnih dejavnikih sprememb, kot so: vpliv internacionalizacije in globalizacij vseh vidikov življenja, nastanek informacijske družbe in neustavljivo napredovanje znanosti in tehnologije. Na vlogo diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika, zdravstvenega tehnika vplivajo zlasti družbene spremembe (čedalje večja mobilnost, večkulturnost, spremenjena sestava dela, brezposelnost, socialno razslojevanje in pojav »nove revščine«, spremenjena sestava družine, slabljenje njene vzgojne naloge in drugo). S tem so povezane spremembe ciljev vzgoje in izobraževanja zlasti tudi spremembe vrednost. Vse zahtevnejše aktivnosti dejavnosti zdravstvene nege narekujejo potrebo po vse bolj izobraženi medicinski sestri in tehniku zdravstvene nege. Te potrebe so kontinuirano zorele v praksi.

Slovenska zdravstvena nega tako potrebuje strokovnjake, ki bodo usposobljeni za delovanje v zdravstvenih timih in bodo imeli dovolj specifičnega znanja in kompetenc. Ne moremo prezreti dejstva, da je tudi zdravstvena nega, tako kot druge poklicne dejavnosti, vpeta v družbene razmere in tokove spreminjanja ter da vsaka politična, družbena, zakonodajna ali ekonomska sprememba vpliva nanjo (Železnik, 2010).

Pojem avtoritete

Ko govorimo o avtoriteti, srečamo veliko različnih predstav in mnenj, kaj avtoriteta je – je avtoriteta nujno potrebna in zakaj, kako naj človek uveljavlja svojo avtoriteto, iz kje izvira, se je da naučiti oziroma vzgojiti in podobno (Grdina, 2008). Avtoriteta je kvaliteta ali lastnost, ki je izključno vezana na funkcijo, ki jo oseba opravlja, ali vlogo, ki jo živi – učitelj, profesor, oče, politik, znanstvenik ... ali medicinska sestra. Avtoriteta je tudi nekaj, kar pri-

haja iz človeka in se sreča s tistim, kar oseba opravlja kot poklic, kot funkcijo in vlogo. Ljudje zaupamo avtoriteti in takšno zaupanje gre izjemno daleč. Če nekoga poznamo kot avtoriteto, mu verjamemo in zaupamo v njegove besede. Verjamemo mu tudi na področjih, kjer ni strokovnjak.

Zahteva po spoštovanju avtoritete je globoko privzgojena in zakoreninjena v človeku. Ljudje se naučimo, da ubogamo kar nam sporočajo takšni ljudje. Njihove besede imajo določeno »moč«. Velikokrat ubogamo avtomatsko. Tako se zgodi, da pod vplivom avtoritete zavestno ubogamo tudi v najbolj nemogočih razmerah. Veliko k vzpostavitvi oz. izgradnji avtoritete prispevajo tudi osebne lastnosti, torej karakter določene osebe. To še posebej velja za poklice, kjer zaposleni delajo z ljudmi.

Slovar slovenskega knjižnega jezika navaja da je avtoriteta ugled ali vpliv, ki izhaja iz vodilnega položaja, moči, znanja. Avtoriteto bi lahko pojasnili z več definicijami, kot so: avtoriteta je neenakovreden odnos, v katerem nadrejeni pol določa vsebino odnosa, podrejeni pol pa ta vsebinska določila bolj ali manj sprejema za svoja; avtoriteta ja moč, ki nekemu dejavniku omogoča vpliv na druge brez uporabe očitne prisile, ali kar na kratko; avtoriteta je vse, kar posamezniku ali instituciji omogoči, da vpliva na drugo osebo. Avtoriteta izhaja iz latinskih izrazov *auctor*, ki pomeni svetovalec, učitelj, dostojanstvenik, vzor in iz besede *auctoritas*, ki pomeni oblast, veljava, ugled (Grdina, 2008).

Na problem avtoritete naletimo že pri samih izvorih evropske kulture, tako v klasičnih kot svetopisemskih mitih. Razlika med starogrško in krščansko mitologijo je v tem, da v je starogrški mitologiji moral Zevs narediti red med bogovi na Olimpu, če je hotel vzpostaviti avtoriteto ter jo kasneje prenašati na zemljo, medtem, ko v krščanski mitologiji obstaja samo en in edini bog, ki že ima moč, da sam ustvari kozmos z živimi in neživimi bitji in se tudi sam razglasi za gospodarja sveta.

Po naši definiciji je odnos razdeljen na dva dela, in sicer na podrejeni in nadrejeni pol. Nadrejenemu polu je bila moč avtoritete dodeljena po božji milosti in jo je možno prenašati, kar so s pridom izkoriščala božanstva in avtoriteto prenašala na zemeljska bitja. Pravo vlogo avtoritete pa daje šele podrejeni pol s tem, ko priznava nadrejeni pol in verjame v takšen odnos. Moč avtoritete naj bi podredila človeka, zlasti še otroka, ki čuti potrebo po varnosti, ljubezni. Torej sta avtoriteta in vzgoja neločljivo povezana in je lahko dvopomenska:

- paradigmatična (paradigma-zgled, vzor), kar pomeni, da vzgojitelj vzgaja s tem da z lastnim likom, delovanjem ali mišljenjem nudi gojencu vzgled, s katerim se bo identificiral
- agogična (agagos-vodnik), opredeljuje vzgojitelja, ki vodi gojenca k nekemu določenemu zavestno opredeljenemu cilju.

Čeprav se moč avtoritete poskuša pripisati različnim osebnostnim lastnostim vodje, Boetie (1976) že sredi 16. stoletja pokaže, da je družbena moč vladarjev predvsem posledica nemoči podrejenih množic, ki ne želijo vzeti v roke lastne svobode, za katero imajo vse antropološke predispozicije. Še bolj pa to po teoriji objektnih odnosov velja za otroka, ki zaradi libidinalne težnje po varnosti, sprejetosti, ljubezni pomembni odrasli osebi dodeli status objekta identifikacije, s tem pa tudi avtoriteto, pa naj si starši in kasneje učitelji to želimo ali ne (Kroflič, 2000).

Ker je torej otrokova nemoč – po Lacanu (1988) definirana kot manko biti – tista, ki najprej staršem dodeli status avtoritete, ta fenomen ni nujno povezan z eksplicitno uporabo

represivnih sredstev in očetovsko figuro v patriarhalni vzgoji. Avtoriteta primarnih objektov je lahko zasnovana tudi na materinski ljubezni in prijaznosti, zaradi česar se z vpeljavo bolj popustljivih odnosov avtoritarni vidik vzgoje ne ukinja, ampak se avtoriteta zgolj prikrije, tako da se je mnogokrat ne zaveda ne otrok ne odrasla oseba, ki prisega na permissivni model vzgoje kot zaščite otrokovega spontanega razvoja (Krofič 2000). Avtoriteta pa ni nujno vezana na medosebni odnos, saj lahko govorimo tudi o avtoriteti družbene norme kot simbolnega zakona, vlogo nadomestnih objektov identifikacije pa lahko prevzamejo predmeti (ljubkovalne igrače) in imaginarni liki (pravljичni in hollywoodski junaki itn.). Prav tako avtoritarni odnos ne ostaja vedno na ravni zunanega, ampak se v določenem trenutku praviloma internalizira in tako začne v obliki vesti, ponotranjenih vrednot, kategoričnega imperativa, nad-jaza itn. delovati v osebni strukturi posameznika kot ključen moralni dejavnik (Krofič, 2003). Karizmatična *avtoriteta* izhaja iz osebnih lastnosti njene nosilca (Pahor, 1999). Avtoriteto najhitreje prepoznamo po: nazivu, obleki in uniformi. Za medicinske sestre torej velja, da se njihova avtoriteta prepozna po obleki oz. uniformi.

Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja. Raziskava je potekala v mesecu februarju 2012. Kot raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik oblikovan za potrebe raziskave z zaprtimi vprašanji. Cilj raziskave je bil ugotoviti mnenje medicinskih sester o doživljanju odnosa pacientov do njih kot avtoritete.

H 1: Predvidevamo, da 50 % anketirank meni, da imajo pacienti do njih spoštljiv odnos in da jih doživljajo kot avtoriteto.

Vzorec

V anketi je sodelovalo 25 medicinskih sester. Vzorčenje je bilo namensko. Zbiranje podatkov je potekalo prostovoljno. Vse anketiranke smo informirali, da je raziskava anonimna in da bodo rezultati uporabljeni za potrebe raziskave. Pridobili smo si soglasje zavoda za izvajanje ankete in soglasje sodelujočih.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 25 medicinskih sester. V starostni kategoriji do 25 let jih je bilo 6 (24 %) medicinskih sester, v starostni kategoriji od 25 do 35 let je bilo 11 (44 %) medicinskih sester, v starostni kategoriji od 35 do 45 let je bilo 5 (20 %) medicinskih sester in v starostni kategoriji nad 45 let so bile 3 (12 %) medicinskih sester. Glede na izobrazbo je 8 (32 %) anketirank imelo srednjo izobrazbo, 13 (52 %) anketirank je imelo višjo izobrazbo, 4 (16 %) anketiranke pa so imele visoko izobrazbo.

Odnos pacientov do medicinskih sester

Šest (24 %) medicinskih sester meni da imajo pacienti do njih spoštljivi odnos, 11 (44 %) jih je mnenja, da so pacienti do njih sicer spoštljivi, vendar bi lahko »bolj« in kar 8 (32 %) jih meni, da se pacienti do njih pogosto vedejo premalo spoštljivo. Ta rezultat nam pove, da četrtna (24%) anketiranih medicinskih sester ni zadovoljna z odnosom, ki ga imajo pacienti do njih. Pa tudi podatek, da jih je 44 % mnenja, da bi lahko bilo bolje ni spodbuden. Po tem bi lahko sklepali, da njihova avtoriteta ni ravno »močna«.

Pomen besed medicinskih sester za paciente

Kar 7 (28 %) anketiranih sester je prepričanih, da njihova beseda (glede popolnoma običajnih in vsakdanjih zadev, ki sodijo v njihovo »pristojnost«) pri pacientih nima takšne »teže« kot beseda zdravnika. 12 (48 %) jih meni, da se to dogaja le pri nekaterih pacientih in 6 (24 %) jih meni, imajo njihove besede zadostno težo.

Razlike zaradi izobrazbe

Štiri (16 %) medicinskih sester je odgovorilo, da pacienti delajo razlike med višjimi, diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami, (v smislu, da se do njih vedejo drugače, bolj spoštljivo), da je takšno razlikovanje očitno in neutemeljeno je menilo 16 (64 %) medicinskih sester in da večina pacientov razlike sploh ne opazi je menilo 5 (20 %) medicinskih sester.

Povod pacientu za nespoštljivo vedenje

Kar 18 (72 %) priznava, da občasno (zaradi svojega trenutnega razpoloženja) podajo pacientu povod, da se ta do njih vede manj spoštljivo in si tako nehote »krhajo« avtoriteto. Med tem ko jih 7 (28 %) meni, da tega ne počnejo, saj se v službi vedno vedejo zgolj profesionalno.

Različnost odnosa moški ženske

Da je odnos moških pacientov do medicinskih sester pogosto drugačen kot odnos ženskih pacientk so odgovorile 3 (12 %) anketirank, 6 (24 %) jih meni, da se to dogaja, vendar izjemno redko, kot izjema in kar 16 (64 %) jih takšne razlike še ni opazilo.

Verbalne žalitve s strani pacientov

Le 2 (8 %) anketirank sta se izjavili, da sta pogosto deležni kakšnih verbalnih žaljivk s strani pacientov. Štiri (16 %) je izjavilo, da se to dogaja, vendar zelo redko in 19 (76 %) takšne izkušnje še ni doživelo (besednih oz. verbalnih žalitev).

Pacientovo dojemanje avtoritete medicinskih sester

Po mnenju 12 (48 %) medicinskih sester jih pacienti smatrajo kot avtoritativno osebo, 8 (32 %) jih meni, da jih tako dojemajo le nekateri pacienti in 3 (12 %) jih meni, da jih sploh ne smatrajo kot avtoritativno osebo.

Prinašanje daril

Štiri (16 %) medicinskih sester je izjavilo, da se pogosto dogaja, da jim kak pacient prinese kakšno »darilo« da bi pri njih dosegel takšno ali drugačno »ugodnost« (najpogostejše, da mu nebi bilo potrebno čakati na sprejem k zdravniku). 18 (72 %) je izjavilo, da se je to že zgodilo, ampak, da je to prej izjema kot pravilo in 3 (12 %) se s takšno situacijo še niso srečale.

Vpliv napak na avtoriteto medicinskih sester

Osem (32 %) anketirank meni, da jim s pogostostjo napak pada avtoriteta v očeh pacientov. Kar 15 (60 %) jih meni, da temu ni tako, saj se je motiti človeško in 2 (8 %) sta prepričani, da se to njima ne dogaja, saj ne delata napak.

Diskusija

Prišli smo do spoznanja, da je avtoriteta in moč medicinske sestre odvisna od nje same, od njenega dela in odnosa do pacienta. Presenetil nas je podatek, da kar 72 % medicinskih sester odkrito priznava, da občasno (zaradi svojega trenutnega razpoloženja) podajo celo pacientu povod, da se ta do njih vede manj spoštljivo. Zagotovo je ta podatek zaskrbljujoč saj ne moremo govoriti o profesionalnem delu, še manj pa o delovanju v skladu z etičnimi načeli. Ugotovili smo tudi, da je zagotovo zdravnik večja avtoriteta od medicinske sestre, saj je njegova beseda veliko bolj spoštovana kot beseda medicinskih sester. Položaj medicinskih sester ni enak kot položaj zdravnika. Pacienti jih doživljajo drugače. Četrtnina 24 % anketiranih medicinskih sester ni zadovoljna z odnosom, ki ga imajo pacienti do njih. Pa tudi podatek, da jih je 44 % mnenja, da bi lahko bil odnos pacientov do medicinskih sester boljši ni spodbuden. Po tem bi lahko sklepali, da njihova avtoriteta ni prav velika, kar ne potrjuje naše raziskovalne hipoteze.

Zaključek

Po rezultatih ankete sodeč, naše medicinske sestre niso tako cenjene oz. spoštovane kot bi želele biti in kot bi si zaslužile. Rezultati so pokazali na slab odnos pacientov do avtoritete medicinskih sester. Zagotovo ne gre iskati vzroke za takšen rezultat pri pacientih. Res je, da rezultatov ne moremo posploševati, saj je bilo vključenih v raziskavo izjemno majhno število medicinskih sester, vendar se moramo ob tem zamisliti, si nastaviti ogledalo. Kot študenti, ki nas učijo kritičnega razmišljanja, imamo tudi pri tako majhnem vzorcu lahko svoje mnenje.

Literatura

- De la Boetie, E. *Le Discurs de la servitude volontaire*. Paris: Payot; 1976.
- Grdina, R. Pomen avtoritete v poklicnem in osebnem življenju; 2008. Dostopno na: <http://www.cdk.si/soutripanje/st51/avtoriteta.htm> (22. 4. 2012).
- Ilijaž R. Ambulantna medicinska sestra kot zdravnikova varovalka pred napako. Ljubljana; 2002. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/781-Zdravstvenecnapake.pdf (22. 4. 2012).
- Kersnik, J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SDZ; 1998.
- Kroflič, R. *Tra l'ubbidienza e la responsabilita*. Gorizia: SLORI; 2000.
- Kroflič, R. Ethical Basis of Education for Tolerance and Multi-Cultural Values in Pre-School and Primary Education, in Fifth European CICE Conference: Europe of Many Cultures, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 8.–10. maj 2003. London: CICE; 2003: 165–170.
- Lasch, C. *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York. London: W.W. Norton & co.; 1991.
- Pahor, M. *Zdravstvena sociologija. Teorija in praksa*. 1999; 36 (6). Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/tip/tip19996pahor.PDF> (22. 4. 2012).
- Robida, A. *Pot do odlične zdravstvene prakse. Vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV; 2009.
- Avtoriteta. Dostopno na: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.studenti.pef.upr>

si%2F~matejs%2FMARA01_Domace_Naloge%2F2.%2520letnik%2FTeorija%2520vzgoje%2FSeminarske%2FPETER%2520%26%2520LUKA%2FAVTORITE TA.doc&ei=2CuZT4_xMcmD-wanhrzsBg&usg=AFQjCNF01J6Ye0I9WDg-sIf_Ec8AjzJLbw (22. 4. 2012).

Lik operacijske medicinske sestre Operating Room Nurse Character

Barbara Staniša, Liljana Gajser

Povzetek

Področje zdravstvene nege je zelo široko, zaradi česar so naloge medicinskih sester različne. Zaradi potrebne dodatne specializacije na posameznih področjih zdravstvene nege med medicinskimi sestrami prihaja do različnih poimenovanj le-teh. Tako imamo pediatrične, kirurške, internistične, patронаžne, anestezijske medicinske sestre itd. Poseben naziv imajo tudi operacijske medicinske sestre, ki so posebej izobražene za delo s pacienti, predvidenimi za operativni poseg. Delujejo v timu, ki je sestavljen iz več različnih poklicev, kar zahteva veliko prilagajanja. Zelo pomembno je, da poznajo perioperativno zdravstveno nego, ki je sestavljena iz več specifičnih faz. Dodatno specializacijo pa imajo tako imenovane »umite« operacijske medicinske sestre, ki jim v žargonu rečemo inštrumentarke. Le-te predstavljajo pomemben člen med izvajanjem operativnega posega, saj skrbijo za nemoten potek in aseptičnost postopka. Vsaka sodobna operacijska medicinska sestra mora imeti veliko znanja, sposobnost prilagajanja in voljo do vseživljenjskega izobraževanja, da lahko svoj poklic uspešno opravlja.

Ključne besede: operacijske medicinske sestre, perioperativna zdravstvena nega, kirurški instrumenti.

Abstract

Nursing is a very wide field, meaning that nurses perform different functions. Further specialisation in individual areas of health care among nurses leads to different descriptions of nurses. Therefore, there are paediatric, surgical, internal medicine, community, anaesthetic nurses and so on. The specific name is also given to operating room nurses who are specifically trained to work with patients prepared for surgery. They work in a team that consists of several different professions, which requires a great deal of adjustment. It is very important to be aware of perioperative care which consists of several specific stages. Further specialisation is needed for the so-called "washed" operating room nurses who are called scrubs in the jargon. They are an essential link during the surgical procedure, ensuring the smooth and aseptic procedures. Every modern operating room nurse should have extensive knowledge, the ability to adapt and the willingness for lifelong learning, which ensures that she can successfully carry out her duties.

Keywords: operating room nurses, perioperative care, surgical instruments.

Uvod

V zgodovini razvoja zdravstvene nege imajo ženske velik pomen. Svojo poklicno pot so pričele kot negovalke in zagovornice pravic bolnih ljudi. Z nadgradnjo svojega dela ter s pomočjo izobraževanja in modernih pristopov, kot je raziskovanje svojega dela, so zdravstveno nego postavile na nove temelje. Zdravstvena nega tako dobi drugačen pomen in vlogo pri celostnem pristopu zdravljenja bolnih ljudi (Rebernik-Milić, 2008). Tako kot vse medicinske sestre, so tudi operacijske medicinske sestre pomemben člen pri zdravljenju ljudi. Imajo zelo veliko zahtevnih nalog, ki so velikokrat povezane s preživetjem pacienta, kar zelo vpliva na njihovo osebno življenje. Poklic operacijske medicinske sestre je eden najbolj stresnih in obremenjujočih poklicev v zdravstveni negi, saj za opravljanje svojega dela ne potrebujejo samo dovolj strokovnega znanja, ampak morajo znati tudi pravilno komunicirati, biti prijazne, v vsakem času in prostoru pripravljene prisluhniti sočloveku in mu pomagati (Stare, 2008).

Operacijska medicinska sestra

»Operacijska medicinska sestra je medicinska sestra, ki dela na področju operativne zdravstvene nege. Imeti mora izjemne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti. Poleg strokovnega znanja mora imeti tudi znanja o medsebojnih odnosih, saj je to za dobro in uspešno sodelovanje z ljudmi, ki delajo v operacijski sobi, nujno potrebno. Operacijska medicinska sestra je zaradi svoje strokovne usposobljenosti za svoje odločitve in dejanja pravno in profesionalno odgovorna« (Torbič, 2005, 17).

Delo v multidisciplinarnem timu

Operacijska medicinska sestra je članica multidisciplinarnega tima. Sodeluje z različnimi ljudmi, vsak ima svoje osebnostne lastnosti, navade, kulturo in zahteve. Temu se mora prilagajati, ne samo zaradi delovnih nalog, kjer nismo odvisni le od sebe, temveč tudi od svojih sodelavcev, marveč tudi zaradi medsebojnih odnosov, ki ustvarjajo delovno klimo, saj skupaj z njimi preživi veliko delovnega časa, v različnih trenutkih in situacijah, ki jih нареkuje delo s pacientom. To so trenutki največje zbranosti, napetosti, žalosti, razočaranj ali veselja in velikokrat tudi utrujenosti (Weibl Hrabar, 2004). Delo je timsko, vsak posameznik prispeva h kakovostni izvedbi in uspehu zadanih nalog. Naloge so prerasle samo pripravo pacienta na operacijski poseg, vključno s pripravo prostora, opreme, materiala in aparatur ter inštrumentiranje ob izvedbi operativnega posega. Danes operacijske medicinske sestre odgovorno razvijajo stroko perioperativne zdravstvene nege, jo organizirajo in vodijo (Rebernik-Milić, 2008).

Perioperativna zdravstvena nega

Perioperativna zdravstvena nega je sistematičen, dinamičen in kontinuiran proces zdravstvene nege bolnikov, katerih bolezni zahteva operativni poseg (Fabjan et al., 2005). Operacijske medicinske sestre so nedvomno del zdravstvene nege, vendar se dela in naloge specifično prepletajo z deli in nalogami zdravnikov v operacijski dvorani. Izvajajo perioperativno zdravstveno nego pri pacientu z vsemi fazami procesa zdravstvene nege.

Perioperativno zdravstveno nego delimo na:

- predoperativno fazo, ki vsebuje oceno pacientovega stanja in individualni načrt medoperativne zdravstvene nege, sprejem v operacijsko okolje, določitev operacijske sobe, pripravo materiala, inštrumentov in opreme,

- medoperativno fazo, ki vsebuje izvajanje zdravstvene nege pacientov med operativnim posegom in inštrumentiranje pri operaciji,
- pooperativno fazo, ki se začne v sobi za prebujanje in traja, dokler pacient ni popolnoma buden, da ga lahko odpustimo v domačo oskrbo ali premestimo na oddelek, vsebuje vrednotenje rezultatov predoperativne in medoperativne zdravstvene nege (Fabjan et al., 2005).

Med operacijo je pacient priklopljen na monitor, anesteziran in popolnoma prepričan osebju v operacijski sobi. Zato so vse aktivnosti zdravstvene nege v obdobju operacije usmerjene v varnost pacienta, preprečevanje okužb, spremljanje operacijskega postopka in pravilni fiziološki odziv pacienta na anestezijo in operativni poseg (Spry, 2005).

Osebnostne lastnosti operacijske medicinske sestre

Operacijska medicinska sestra mora biti:

- fizično zdržljiva oseba, saj je delo v operacijski sobi večinoma stoječe, velikokrat zahteva prisilno držo in dvigovanje težkih bremen. Posegi lahko trajajo več ur in velikokrat nima možnosti redne prehrane in včasih tudi zamenjave po končanem delovnem času. Jedo takrat, ko jim delo dopušča, velikokrat tudi pozno popoldne ali zvečer,
- psihično stabilna oseba, saj je vsak operativni poseg stresni dejavnik za vsako operacijsko medicinsko sestro, še posebno, ko sodeluje pri operativnih posegih, pri katerih je pacientovo življenje resno ogroženo, in pri posegih, pri katerih odvzamejo pacientove organe; pri posameznikih pa lahko povzročajo določeno stopnjo stresa tudi medsebojni in delovni odnosi,
- osebnostno zrela oseba, saj delo v operacijski sobi ni samostojno, temveč timsko, ki zahteva sposobnost poznavanja in sprejemanja sebe in ljudi, s katerimi sodeluje, prilagajanja, komuniciranja, reševanja sporov in težav (Torbič, 2005).

Z napredkom se spreminja tudi vloga operacijske medicinske sestre, ki je odgovorna za pacienta predvsem z vidika zagotavljanja varnosti pri izvajanju operativnega posega in za inštrumentarij ter vso pripadajočo endoskopsko opremo. Vse to od operacijske medicinske sestre zahteva ogromno znanja, spretnosti in odgovorno, natančno, pazljivo ter dosledno rokovanje z opremo, saj lahko že majhna napaka ali poškodba opreme ogrozi varnost pacienta ali osebja (Pipan, Prosen, 2005).

Operacijska medicinska sestra je pri svojem delu izpostavljena raznim nevarnostim:

- *psihičnim*: vsak operativni poseg pomeni poseganje v pacientovo telo in neposredno nevarnost za pacientovo življenje in predstavlja določeno raven stresa, poleg tega je operacijska medicinska sestra izpostavljena tudi sindromu izgorevanja na delovnem mestu,
- *fizičnim*: stoječe in dolgotrajno delo, prisilna drža, vbodnine, vreznine (rokovanje z ostrimi predmeti in iglami), dvigovanje težkih bremen, rokovanje z modernimi električnimi aparaturami (nevarnost opeklin in električnega šoka), zdrsa na mokrih tleh, padec čez električne kable, okvare oči (umetna svetloba, močne operacijske luči), delo pod ionizirajočim sevanjem,
- *kemičnim*: izpostavljena je različnim anestezijskim plinom (dušikov oksidul, halotan, isofloran idr.), kožnim alergijam in ekcemom, suhi in občutljivi koži na rokah,

poškodbam sluznic in dihal zaradi aerosolov razkužil in čistilnih sredstev (Torbič, 2005).

Operacijske medicinske sestre sodelujejo tudi pri praktičnem usposabljanju študentov zdravstvene nege, študentov medicine in specializantov kirurgije. Pri izobraževanju mladih je treba biti dobronameren, strpen in razumevajoč. Ker je izvajanje operacijske zdravstvene nege psihično in fizično naporno, je treba ohranjati in krepiti svoje zdravje, ne le v prostem času. Kratka sprostitev med delovnim časom bi dala posamezniku novo energijo, ki bi se obrestovala tako pri posamezniku kot tudi v delovni organizaciji (Weibl Hrabar, 2004).

Delo operacijske medicinske sestre

Delo operacijske medicinske sestre se deli na sterilno delo, ki ga opravlja »umita« operacijska medicinska sestra, in nesterilno delo, ki ga opravlja »neumita« oziroma »leteča« operacijska medicinska sestra.

Umita operacijska medicinska sestra – inštrumentarka inštrumentira med operacijo, poznati mora postopek in je odgovorna za nemoten potek operacije z organizacijo, za kar potrebuje znanje in izkušnje. Njene naloge so:

- priprava inštrumentov ter drugih materialov za potrebe operacije,
- priprava sterilne delovne površine,
- vzdrževanje sterilnega operativnega polja in inštrumentov med operacijo,
- nadzorovanje članov operativnega tima, da ostanejo sterilni,
- skrbno spremljanje poteka operacije, da lahko pravočasno reagira z ustreznim inštrumentom, šivalnim materialom in drugim,
- ves čas dosledno vzdrževanje aseptične in sterilne metode dela (Luštek, 2012).

Neumita – leteča operacijska medicinska sestra asistira operacijski ekipi. Pacienta psihično podpira, pomaga pri njegovi namestitvi in skrbi za njegovo dobro počutje (zasebnost, lega, toplota, tišina v okolju), streže umiti kolegici in skrbi za varnost pacienta in osebja. Njene naloge so, da:

- ocenjuje pacientovo stanje in potrebe,
- zagotavlja varnost in dostojanstvo pacienta in varnost v okolju,
- skrbi za pravilno in udobno namestitev pacienta na operacijsko mizo,
- skrbi za pripravo in vzdrževanje kirurških inštrumentov, medicinskih pripomočkov in tehnične opreme, ki se nahaja v operacijski enoti,
- skrbi za nemoten potek aseptičnih postopkov,
- pravočasno odkriva nevarnosti v okolju, ki bi vplivale na pacienta in operacijski tim ter hitro in ustrezno ukrepa,
- z umito operacijsko medicinsko sestro kontrolira in dokumentira material (komprese, zložence, igle idr.),
- skrbi za povezavo z drugim osebjem in službami izven operacijske enote,
- zabeleži vse faze perioperativne zdravstvene nege v dokumentacijo perioperativne zdravstvene nege (Luštek, 2012).

Delo v operacijski sobi je zahtevno, težko in naporno, pa tudi dinamično, zanimivo in drugačno, kot je delo medicinske sestre na oddelku. Organizacija, način in pogoji dela so drugačni kot na oddelku (Torbič, 2005). Delo operacijske medicinske sestre je zaradi narave dela hkrati fizično in psihično naporno. Vse delo poteka v zaprtih, klimatiziranih pro-

starih z umetno svetlobo. Pri delu v operacijski dvorani je izpostavljena različnim temperaturam, anestezijskim plinom, kemičnim spojinam, ionizirajočim žarkom, različnim vrstam kužnin, ostrim predmetom, kar neprestano negativno vpliva na zdravje in predstavlja vir možnih poškodb in okužb (Weibl Hrabar, 2004).

Osnovne veščine inštrumentiranja

Oseba, ki skrbi za inštrumente – inštrumentarka, mora poznati namembnost inštrumentov, njihove funkcije in njihovo zgradbo zaradi čiščenja, razkuževanja in sterilizacije (poznati mora tudi potek razkuževanja in sterilizacije inštrumentov ter ostale operacijske opreme). Zato si bolnišnice prizadevajo k čim boljšemu izobraževanju inštrumentark. Za njihovo delo je treba pridobiti spretnosti, ki so potrebne za rokovanje s kirurškimi inštrumenti, za katerega dobijo tudi potrdilo o priučenih spretnostih (Brooks Tighe, 2012).

Inštrumentarka pripravi potrebne kirurške inštrumente in ostali potreben material pred operacijo, zato da poveča varnost in pripravljenost na operativni poseg. Ta vloga zahteva poglobljeno znanje o vsakem koraku operativnega posega in določene sposobnosti za predvidevanje kirurških postopkov, da lahko poda oziroma ponudi kirurgu inštrument, ki ga potrebuje. Številni inštrumenti so sestavljeni inštrumenti in zahtevajo montažo posameznih delov. Inštrumenti so nameščeni na sterilno mizo, tako da lahko inštrumentarka pripravi in sestavi vsak inštrument, ki se bo uporabljal med operativnim posegom, in ga lahko hitro poda kirurgu, če pride do nepredvidenih zapletov med operacijo (Rothrock, 2011).

Ko ima inštrumentarka pripravljeno delovno mizo s perilom, ji neumita operacijska sestra odpre zunanji zavoj mreže z inštrumentarijem po aseptični tehniki. Inštrumentarka odpre notranji zavoj, preveri sterilnost in položi mrežo na delovno mizo (največkrat na desno stran). Inštrumente prešteje, obleče Mayo mizico v prevleko in na njej razporedi inštrumente, nakar je mizica pripravljena za dostop v operacijskem polju. Ko je sterilno operacijsko polje pri pacientu že vzpostavljeno, mizico zapelje čez pacienta ter jo namesti dovolj blizu operativnega polja. Inštrumentarka vedno stoji nasproti kirurga, ob Mayo mizici (Fabjan et al., 2005).

Pri operaciji podajamo inštrumente spontano ali na zahtevo kirurga. Inštrumente podajamo po principu nasprotnih krivulj, razen nekaterih izjem:

- nož ponudimo vodoravno; primemo ga na delu, kjer je rezilo nataknjeno na držalo (z rezno ploskvijo navzdol), kirurg prime držalo,
- ukrivljene inštrumente (peane, preparirke) primemo tako, da je krivina obrnjena navzgor; kirurgu položimo v dlan držalni del,
- kljuko primemo nad zakrivljenim delom in ponudimo kirurgu držalni del,
- šivalnik ponudimo tako, da je konica igle obrnjena proti palcu kirurga; pri podajanju ga držimo na zgornji tretjini, v drugo roko dobi kirurg vedno pinceto,
- pinceta; stisnemo kraka in jo ponudimo kirurgu (funkcionalni del je obrnjen navzdol),
- prijemalka za tampon; tampon stisnemo in zapnemo s prijemalko; primemo bližje tamponu in prijemalko ponudimo tako, da je tampon obrnjen navzdol (Fabjan et al., 2005).

Pomembno je, da:

- med inštrumentarijem ves čas pazimo na asepso, kontaminirane inštrumente odlagamo odprte na rob velike delovne mize in jih menjamo s čistimi iz mreže,

- kri z inštrumentov sproti brišemo, nikoli ne podajamo umazanih inštrumentov,
- ves čas posega imamo pregled nad inštrumenti, iglami in ostalim materialom,
- igle in ostre predmete odlagamo na magnet,
- manjše inštrumente odlagamo posebej na delovno mizo (buldogi) zaradi boljšega nadzora, večje pa odprte odložimo na levo stran delovne mize,
- če se kakšen inštrument pokvari, zlomi, ga izločimo iz uporabe (preštejemo vse dele),
- kadar pride do vboda člana z ostrim inštrumentom, si moramo rano razkužiti in zamenjati rokavice; inštrument odstranimo in incident dokumentiramo,
- nikoli ne pustimo inštrumentov na bolniku, da ga z inštrumentom ne poškodujemo ali da inštrument ne poškoduje operacijskega perila,
- če dobimo inštrumente iz substerilizacije in so še vroči, jih pred uporabo ohladimo,
- pred zapiranjem operativne rane inštrumente preštejemo,
- ponovno preštejemo inštrumente tudi pri pripravi za sterilizacijo,
- vse podatke o inštrumentih, ki smo jih uporabili pri določeni operaciji, dokumentiramo v negovalno dokumentacijo pacienta (Fabjan et al., 2005).

Zaključek

Že samo delo v operacijski sobi je zelo zahtevno, saj zahteva veliko količino znanja in hitrega pristopa, poleg tega pa operacijske medicinske sestre sodelujejo z različnimi člani operativnega tima, kar od njih zahteva še veliko mero strpnosti in prilagajanja vsakemu posamezniku. Prav zaradi tega je dobro, da se o delu inštrumentark še dodatno poučimo. V Sloveniji imamo nekaj zelo dobrih inštrumentark, ki so zelo uspešne na svojem področju, vendar se zelo redko odločajo, da bi o svojem delu napisale kakšno knjigo ali učbenik, ki bi bil bodočim inštrumentarkam v pomoč pri uvajanju na tako zahtevno delovno mesto. S tem člankom smo skušali vzbuditi zanimanje tudi pri ostalih študentih, da bi se aktivno vključili v vsa področja zdravstvene nege, tudi tista, ki so zaradi svoje zahtevnosti potisnjena na stran.

Literatura

- Brooks Tighe SM. Instrumentation for the operating room : a photographic manual. St. Louis: Elsevier Mosby; 2012. Fabjan M, Goltes A, eds. Perioperativna zdravstvena nega : vodnik za začetnike. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005.
- Luštek B. Perioperativna zdravstvena nega. 2012. Dostopno na: <http://www.soms.si/> (20. 3. 2012).
- Pipan V, Prosen M. Operativni pristopi včeraj, danes, jutri. In: Rebernik Milić M. Prihodnost v operacijski dvorani: zbornik XIX, Festivalna dvorana Lent v Mariboru, 20.–21. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005: 31–6.
- Rebernik Milić M. Razvoj kadrov v perioperativni dejavnosti. In: Rebernik Milić M. Vseživljenjsko izobraževanje: zbornik XXIV, Bled (Hotel Kompas), 21.–22. november

2008. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2008: 9–16.
- Rothrock JC. Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis: Elsevier Mosby; 2011.
- Spry C. Essentials of perioperative nursing (3rd Ed). London: Jones and Bartlett publishers international; 2005.
- Stare M. Življenjski slog operacijske medicinske sestre. In: Rebernik Milić M. Vseživljenjsko izobraževanje: zbornik XXIV, Bled (Hotel Kompas), 21.–22. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2008: 63–97.
- Torbič J. Podoba operacijske medicinske sestre. In: Rebernik Milić M. Prihodnost v operacijski dvorani: zbornik XIX, Festivalna dvorana Lent v Mariboru, 20.–21. maj 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005: 15–7.
- Weibl Hrabar M. Kakovost življenja operacijskih medicinskih sester. In: Rebernik Milić M. Perioperativna zdravstvena nega: zbornik XVII, Terme Rogaška, 21.–22. maj 2004. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester; 2004: 7–19.

Sekcija 3

Pacient s kroničnim obolenjem

Vloga medicinske sestre pri preprečevanju napredovanja kronične ledvične bolezni pri otroku in mladostniku

The role of the nurse in preventing the progression of chronic kidney disease in children and adolescents

Sabina Eberl, Jadranka Stričević, Robert Ekart, Mateja Lorber

Povzetek

Izhodišča: Otrok, mladostnik s kronično ledvično boleznijo (KLB), in njegova družina morajo zaradi bolezni spremeniti svoje znanje, življenjske navade in vzgojo. Ž raziskavo smo želeli ugotoviti, s katerimi težavami otrok, mladostnikov s kronično ledvično boleznijo in njihovih staršev se medicinske sestre (MS) srečujejo v predializni edukaciji. Želeli smo tudi ugotoviti, ali so starši otrok oz. mladostnikov poučeni o pomenu predializne edukacije.

Metode: Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik z vprašanji zaprtega (6) in polzaprtega tipa (15), namenjen 12 članom negovalnega tima v Centru za otroško dializo, UKC Ljubljana, in 10 članom negovalnega tima Kliničnega oddelka za nefrologijo Pediatrice klinike UKC Ljubljana.

Rezultati: Ugotovili smo, da so po mnenju 76 % anketiranih starši otrok oz. mladostnikov s KLB dokaj dobro seznanjeni z namenom predializne edukacije: preprečevanje napredovanja KLB pri otroku in mladostniku. Ugotovili smo tudi, da se MS v predializni edukaciji najpogosteje srečujejo z neupoštevanjem dietnega režima (27 %), neuživanjem predpisane medikamentozne terapije (22 %), nesodelovanjem med starši in otroki s KLB (15 %), nesodelovanjem z zdravstvenim timom (14 %), nizko samopodobo otrok oz. mladostnikov (11 %) in neupoštevanjem ukrepov, potrebnih za preprečevanje prenosa infekcij (7 %).

Diskusija in zaključki: Kljub KLB pri otroku in mladostniku želimo, da bi postali samostojni, samozavestni in storilni člani družbe in bi tako, kljub bolezni, lahko živeli čim bolj polno življenje.

Ključne besede: kronična ledvična bolezen, otrok in mladostnik, družina, medicinska sestra, zdravstvena vzgoja, predializna edukacija.

Abstract

Introduction: Child, adolescent with chronic kidney disease (CKD) and his family must, as a result of illness, change their knowledge, habits of life and education. With this study we

aimed to determine with what problems of children, adolescents with CKD and their parents do nurses face in pre-dialysis education. We also wanted to determine if the parents of children (adolescents) are educated about the importance of pre-dialysis education.

Methods: For data collection we used a questionnaire with closed questions (6) and semi-closed questions (15), for 12 members of the nursing team at the Centre for Children's Dialysis, University Clinical Centre Ljubljana and 10 members of the nursing team, Department of Nephrology, Pediatric Clinic, University Clinical Centre Ljubljana.

Results: We found, in the opinion of surveyed employees (76 %), that parents of children or adolescents with CKD were informed with purpose of pre-dialysis education. We found that, the nurses in pre-dialysis education were often meet with the exclusion of dietary regime (27 %), consuming the prescribed medical therapy (22 %), lack of cooperation between parents and children with CKD (15 %), cooperation with medical time (14 %), low self-esteem (11 %) and non-preventing transmission of infections (7 %).

Discussion and conclusions: In spite of CKD in children and adolescents we want that they become in depended, confident and productive members of society and can thus, despite their illness, live as fully as possible.

Key words: chronic kidney disease, children and adolescent, family, nurse, health education, pre-dialysis education.

Uvod

Čeprav je kronična ledvična bolezen in njena pogostnost pri otrocih in mladostnikih dosti manjša kot pri odraslih, predstavlja pomemben zdravstveni problem otrok in mladostnikov. KLB pri otroku in mladostniku ni tipična bolezen otroške dobe. Bolezni, ki povzročajo okvare ledvic, so številne. Skupna značilnost KLB je, da napreduje počasi, čeprav je začetni vzrok odpravljen. Žal se te bolezni ne da pozdraviti, njeno napredovanje lahko le upočasnimo. Na napredovanje KLB vplivajo številni spremenljivi napredujoči, nespremenljivi napredujoči in dodatni vpleteni dejavniki. KLB 5. stopnje imenujemo končna ledvična odpoved (KLO). KLB otrok in mladostnikov prinese v družino velike spremembe. Vendar to ni razlog, da takšna družina ne bi skušala živeti kolikor toliko običajnega in polnega življenja.

Vloga družine pri otroku, mladostniku s KLB

Pomembna vloga cele družine je, da zagotovi kar najboljšo kakovost odnosov do bolnega otroka ali mladostnika ter običajne temeljne potrebe. Te so potreba po občutenju, da so vredni člani družine; potreba po tem, da je zanje poskrbljeno, in potreba, da razvijejo osebno integriteto, samospoštovanje, samozavest in odgovornost. Odgovornost za zadovoljevanje teh potreb je v prvi vrsti odgovornost staršev, šele nato strokovnjakov, ki otroka spremljajo daljši čas. Najvažnejši so starši (Juul, 2010, 12–17). Družine otrok in mladostnikov s KLB se soočajo z vplivi bolezni. KLB otrok in mladostnikov povzroča odvisnost od zdravil, potrebo po zdravljenju, posebne prehranske zahteve, medicinsko tehnično podporo in potrebo po zdravstveni negi v večjem obsegu, kot je to potrebno le za vzdrževanje zdravja.

Vloga medicinske sestre pri otroku, mladostniku s KLB in njegovi družini

Odgovornost do otrok in mladostnikov s KLB in njihovih staršev, družin, je pomembna naloga MS. Ta odgovornost se deli na več področij, ki obsegajo zagovorništvo letih, zdravstveno nego, svetovanje, podporo in učenje za krepitev in ohranitev zdravja otrok in mladostnikov s KLB in njihovih družin. Je koordinatorica med zdravstvenimi delavci in različnimi drugimi institucijami, ki sodelujejo v procesu obravnave otrok, mladostnikov s KLB in njihovih družin. Otroku, mladostniku s KLB mora zaradi bolezni spremeniti svoje znanje, življenjske navade in vzgojo. Bolezen ledvic vpliva na vse družinske člane, ki morajo spremeniti življenjski stil. MS mora znati otroku, mladostniku s KLB in njegovim svojcem svetovati o spremenjenem načinu življenja in kako lahko cela družina kljub spremembam ohranja kakovost življenja. MS mora biti kot učitelj in organizator učenja otrok, mladostnikov in njihovih svojcev, sposobna združiti znanja z različnih področij. Imeti mora znanje o zgradbi in delovanju ledvic, o KLB in KLO. Poznati mora vse metode nadomestnega zdravljenja KLO, ledvične diete in medikamentozno zdravljenje. Razumeti mora potrebe otrok, mladostnikov s KLB in njihovih svojcev, imeti sposobnost vživeti se v drugega človeka, torej zmožnost empatije. Da lahko vse to doseže, mora biti komunikativna, kajti le z odkrito in naravno komunikacijo je sposobnost sprejemanja in razumevanja informacij večja. Otroku, mladostniku s KLB in njegovim svojcem pomaga izražati občutke, duševne reakcije na bolezen ter pomaga pri zadovoljevanju njihovih potreb. Pred otroka, mladostnika s KLB in njegovo družino mora stopiti naklonjena, prepričljiva in samozavestna. Le tako si lahko pridobi zaupanje. Pomembno je, da razbere tudi nebesedno komunikacijo. MS mora za delo z otroki in mladostniki in njihovimi družinami imeti specialna znanja s področja pediatrije, nefrologije, hemodialize, peritonealne dialize in transplantacije. Vso svojo skrb usmerja v izboljšanje kakovosti njihovega življenja in tudi v izboljšanje kakovosti življenja družine kot celote. MS izvaja zdravstveno vzgojno (ZV) delo pri otroku, mladostniku s KLB in njegovi družini na tistih področjih, za katera bodo skrbeli sami.

Preddializna edukacija otrok, mladostnikov s KLB in njihovih družin

Preddializna edukacija otrok, mladostnikov s KLB in njihovih staršev je neprekinjen, načrtovan proces ZV dela in se prične izvajati takoj, ko je postavljena diagnoza KLB. Je načrt izobraževanja in ocenjevanja rezultatov, ki ima jasno zastavljene cilje. Strukturiran je tako, da pripelje do specifičnih učnih rezultatov, saj so jim zagotovljeni ustrezni učni pripomočki. V preddializni edukaciji je pomembno vključevanje in medsebojna podpora celotnega zdravstvenega tima. Vanj so vključeni zdravnik (pediater) nefrolog, MS, dietetik, psiholog, socialni delavec, vzgojitelj, učitelj, kirurg. Pomembno in zaželeno je, da so v izobraževanje vključeni tudi otrokovi, mladostnikovi svojci in otroci oz. mladostniki, ki se že zdravijo z eno od oblik nadomestnega zdravljenja. Vodilno načelo v multidisciplinarnem timu je dobra strokovna usposobljenost vseh članov; to še posebej velja pri izvajanju ZV dela pri otrocih, mladostnikih s KLB in njihovih družinah. Med izvajanjem izdelanega načrta ZV dela MS celostno spozna otroka, mladostnika s KLB in njegovo družino. Le tako jih lahko obravnava individualno in si zagotovi sodelovanje. Omogoča jim, da lažje spoznajo in razumejo svojo bolezen. Novljan in Buturovič-Ponikvar (2004) navajata, da pri otrocih, še posebej pri mla-

dostnikov s KLB, predstavlja pomemben problem nesodelovanje med njimi in zdravstvenim timom. Nedosledni so pri uživanju predpisane terapije, upoštevanju dietetičnih navodil in ravnanjem z morebitnim žilnim pristopom. Uživanje predpisane terapije in upoštevanje dietnega režima jih neprestano opominja na prisotnost KLB. To predstavlja nasprotje z njihovo željo po »normalnosti«, potrebo po samostojnosti in neodvisnosti (Novljan in Buturovič-Ponikvar, 2004, 377). Takšno vedenje pripelje do poslabšanja KLB; to vodi v KLO in nadomestno zdravljenje KLO. Pomembno je, da MS sprotno vrednoti, preverja otrokovo, mladostnikovo znanje, prav tako znanje njegovih staršev. Če ne vrednoti, ne more narediti izboljšav in sprememb. Z vrednotenjem meri učinkovitost ZV izobraževanja. Glede na rezultat lahko otroka, mladostnika s KLB in njegove svojce še dodatno izobražuje. MS želi z vrednotenjem programa ZV dela doseči, da otrok, mladostnik s KLB in njegova družina prevzamejo odgovornost za svoje odločitve, dobijo vse potrebne informacije in podporo, so popolnoma vključeni v proces zdravljenja, dosežejo najboljšo kvaliteto življenja, z doseženim znanjem so bolj pripravljeni na otrokovo, mladostnikovo morebitno nadomestno zdravljenje. Vrednotenje ZV dela pri otroku, mladostniku s KLB in njihovih svojcih predstavlja prednosti za kliniko: njihovo pravočasno vključevanje v ZV proces in boljše sodelovanje z zdravstvenim timom, boljši nadzor nad komorbidnimi obolenji, zmanjšanje hospitalizacije, pravočasna izbira nadomestnega zdravljenja, planirani pričetki zdravljenja KLO in manj akutnih pričetkov. Kontinuirana obravnava otrok, mladostnikov s KLB in njihovih družin povzroča manj urgentnih sprejemov v kliniko, krajši čas hospitalizacij, saj zagotavlja večjo uporabo preventive, boljše in pravočasno prepoznavanje in odkrivanje njihovih psihosocialnih problemov, ter boljše razumevanje njihovega sodelovanja v procesu obravnave.

Metode

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pozitivno soglasje za izvajanje ankete v Centru za otroško dializo, UKC Ljubljana, in na Kliničnem oddelku za nefrologijo, UKC Ljubljana. Anketni vprašalnik je vseboval 21 vprašanj. 6 vprašanj je bilo zaprtega in 15 polzaprtega tipa. Raziskovalni vzorec je zajemal 12 članov negovalnega tima v Centru za otroško dializo, UKC Ljubljana, in 10 članov negovalnega tima Kliničnega oddelka za nefrologijo, UKC Ljubljana. Skupno smo razdelili 22 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 17. Pet članov iz obeh omenjenih negovalnih timov je sodelovanje odklonilo. Vsi udeleženci v raziskavi so bili pisno obveščeni o namenu in ciljih raziskave. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali so starši otrok oz. mladostnikov s KLB poučeni o pomenu predializne edukacije in s katerimi težavami otrok oz. mladostnikov in njihovih staršev se medicinske sestre srečujejo v predializni edukaciji. Vsem anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in možnost odklonitve sodelovanja. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Za obdelavo podatkov smo uporabili statistično metodo frekvenčne porazdelitve posameznih odgovorov na celotni vzorec. Rezultate anketnega vprašalnika smo predstavili s pomočjo računalniškega programa Microsoft Word in Microsoft Excel.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 94 % žensk in 6 % moških. 47 % zaposlenih je starih od 46–55 let, 17 % zaposlenih je starejših od 55 let, 36 % pa je starih med 25 in 45 let. V Centru za otroško dializo, UKC Ljubljana, in na Kliničnem oddelku za nefrologijo, UKC Ljubljana,

je 35 % anketiranih zaposlenih od 21–30 let, 29 % je zaposlenih do 10 let, 12 % je zaposlenih od 11–20 let ter 12 % je zaposlenih dlje kot 31 let. 6 % anketiranih je bilo zaposlenih na obeh omenjenih oddelkih, 6 % anketiranih ni izpolnilo, na katerem oddelku so zaposleni. V naši raziskavi smo ugotovili, da so starši otrok, mladostnikov s KLB seznanjeni z namenom predializne edukacije (76 %): preprečevanje napredovanja KLB pri otroku in mladostniku. Starši lahko s spremembo življenjskega stila pri otrocih, mladostnikih s KLB oz. cele družine, vplivajo na potek KLB (65 %). Prav tako starši otrok, mladostnikov s KLB vedo (71 %), da se z upočasnitvijo napredovanja KLB pri otroku in mladostniku podaljša čas do nadomestnega zdravljenja. Starši otrok, mladostnikov s KLB lahko z znanjem, ki ga pridobijo v predializni edukaciji, vplivajo na uživanje predpisane medikamentozne terapije (22 %), na upoštevanje dietnega režima (22 %), na preprečevanje prenosa infekcij (16 %), na dobro počutje otrok, mladostnikov s KLB (16 %), na pridobivanje znanja otrok, mladostnikov s KLB in njihovo samopodobo (13 %) in na preprečevanje srčno-žilnih zapletov in morebitnih drugih bolezni (10 %). Z raziskavo smo torej ugotovili, da so starši otrok, mladostnikov s KLB dokaj dobro poučeni o pomenu predializne edukacije. Prav tako smo z raziskavo ugotovili, da anketirani zaposleni izvajajo največ ZV dela na področju dietne prehrane (32 %), vnosa tekočine v telo (32 %) in uživanju predpisane medikamentozne terapije (26 %). Zelo nizek delež (6 %) ZV dela izvajajo na področju žilnih pristopov, namenjenih za nadomestno zdravljenje v primeru poslabšanja KLB oz. KLO. Samo 2 % anketiranih zaposlenih izvaja ZV delo na področju izvajanja redne telesne vadbe. To lahko pomeni, da otroci oz. mladostniki redno izvajajo vsakodnevne telesne aktivnosti v okviru njihovih zmogljivosti ali pa anketirani zaposleni izvajajo premalo ZV dela na tem področju. 2 % anketiranih zaposlenih je v raziskavi omenilo, da ZV delo v predializni edukaciji izvaja samo zdravnik. Izvajanja ZV dela v predializni edukaciji ne more izvajati samo zdravnik, kajti izvajanje, cilje in načrt individualne obravnave otroka, mladostnika s KLB in njihovih svojcev izvaja strokovni zdravstveni tim, katerega član je tudi MS. Po mnenju anketiranih zaposlenih, spadajo med najpogostejše vzroke, ki »pripeljejo« otroke, mladostnike s KLB na dializo pielonefritis (32 %), glomerulonefritisi (29 %), hipoplazije in displazije ledvic (23 %), ciste (3 %) in druge dedne okvare (3 %). Kar 10 % anketiranih zaposlenih je bilo glede vzrokov, ki »pripeljejo« otroke, mladostnike na dializo, neopredeljenih. To pomeni, da ne vedo, kaj je vzrok KLO pri otroku, mladostniku, zakaj je otrok, mladostnik zdravljen z eno od oblik nadomestnega zdravljenja. Vsak posameznik, ki je del uspešnega strokovnega zdravstvenega tima, mora vedeti, kaj se je z otrokom, mladostnikom s KLB v njegovi družini dogajalo. Samo tako lahko prevzamemo individualno odgovornost za uresničitev ciljev, ki so vodilo za doseganje zadovoljstva otrok, mladostnikov s KLB, njihovih družin in drugih članov zdravstvenega tima. Torej MS, ki ne ve vzroka KLO pri otroku oz. mladostniku, ne more izvajati ZV dela. Tudi ZV v času nadomestnega zdravljenja je izrednega pomena, kajti kar dosti otrok, mladostnikov je letno transplantiranih. Takrat je uživanje predpisane medikamentozne terapije še kako pomembno, sicer lahko v kratkem času nastopi zavrnitev presadka. Celoten anketirani negovalni tim se 100 % strinja, da mora otrok, mladostnik s KLB upoštevati dietni režim in predpisano medikamentozno terapijo že pred pričetkom nadomestnega zdravljenja. Ugotovili smo, da so največje težave, s katerimi se medicinske sestre srečujejo v predializni edukaciji otrok, mladostnikov s KLB in njihovih staršev, neupoštevanje dietnega režima (27 %), neuživanje predpisane medikamentozne terapije (22 %), ne-

sodelovanje med starši in otroki s KLB (15 %), nesodelovanje z zdravstvenim timom (14 %), nizka samopodoba (11 %) in neupoštevanje ukrepov glede preprečevanja prenosa infekcij (7 %).

Diskusija in zaključki

Medicinska sestra z ZV delom poučuje otroka, mladostnika s KLB in njegovo družino o preprečevanju napredovanja bolezni oz. kako živeti z nastalo spremembo, o ukrepih za zmanjševanje ali odpravljanje dolgotrajnih okvar ali nesposobnosti, učinkovito lajša trpljenje ter vpliva na pozitivno samopodobo otroka oz. mladostnika s KLB. Sodelovanje med otrokom, mladostnikom s KLB in njegovo družino je bistvenega pomena in ne bi smelo predstavljati težav. Prav tako je nedopustno nesodelovanje med otrokom, mladostnikom s KLB, njegovo družino in zdravstvenim timom. Otroci, mladostniki s KLB in njihovi svojci potrebujejo pravočasno individualno obravnavo. Le na ta način bodo s pomočjo uspešnega zdravstvenega tima, ki izvaja ZV delo v predializni edukaciji, postopoma sprejeli spremenjen način življenja, prilagodili nov način življenja v družini, v domačem okolju in si tako zagotovili kvaliteto življenja in zadovoljstva. K sprejemanju in k prilagoditvam novemu življenjskemu stilu družine otroci, mladostniki s KLB pripomore vključevanje cele družine in prijateljev. Naštete težave, s katerimi se MS srečujejo v predializni edukaciji otroci, mladostniki s KLB in njihovih družin, predstavljajo ravno najpomembnejše ukrepe za upočasnitev napredovanja KLB, s katerimi lahko preprečimo ali vsaj upočasnimmo čas prihoda na nadomestno zdravljenje. Zato bo s strani MS in zdravstvenega tima potrebno še veliko poučevanja otroci, mladostniki s KLB in njihovih svojcev. Otroci, mladostniki s KLB in njihovi svojci morajo upoštevati te ukrepe, saj predstavljajo aktivno vključevanje v proces zdravljenja.

Literatura

- Juul J. Družine s kronično bolnimi otroki. Ljubljana: Inštitut za sodobno družino Manami; 2010.
- Novljan G, Buturović Ponikvar J. Končna ledvična odpoved pri otrocih in dializno zdravljenje. In: Ponikvar R, Buturović Ponikvar J, eds. Dializno zdravljenje. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, Klinični center; 2004: 369–396.
- Pirnat P. Poučevanje bolnikov s kronično ledvično boleznijo pred pričetkom nadomestnega zdravljenja [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Depresivna motnja pri pacientih s KOPB

Depressive disorder in patients with COPD

Aleksandra Jančič, Klavdija Čuček Trifkovič, Milica Lahe

Povzetek

Izhodišča: Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) pomembno vpliva na kakovost življenja in pojav depresije. Cilj zdravljenja bolezni ni samo lajšanje simptomov in preprečevanje poslabšanj, temveč tudi izboljšanje kakovosti življenja. Patronažna medicinska sestra ima pomembno vlogo pri izboljšanju kakovosti življenja in zaznavanju dejavnikov tveganja za pojav depresivne motnje pri pacientih s KOPB.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabili smo vprašalnik SGRQ in PHQ – 9. Anketirali smo 70 pacientov s KOPB z območja Maribora. Dobljene podatke iz obeh vprašalnikov smo statistično obdelali s pomočjo računalniških programov Microsoft Excel in SPSS 17.0.

Rezultati: Ugotovili smo, da je kakovost življenja anketiranih pacientov s KOPB slaba. Depresija je prisotna pri 88 % anketiranih pacientov.

Diskusija in zaključki: Raziskava je pokazala, da se ob KOPB v več kot 80 % pojavlja depresivna motnja. Pomembno je, da se depresija pravočasno prepozna in zdravi. Temeljna naloga patronažne medicinske sestre je edukacija pacienta o ohranitvi socialnih stikov kljub fizičnim omejitvam in občutku težke sape.

Ključne besede: KOPB, depresivna motnja, kakovost življenja, patronažna medicinska sestra.

Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) affects quality of life and onset of depression. The goal of healing is not only the relieving of symptoms and keeping the disease from getting worse, but also improvement of quality of life. Community nurse has an important role in improving the quality of life and in detecting early symptoms and risks in developing depression.

Methods: Research was based on quantitative methodology. We used questionnaires SGRQ and PHQ – 9. Questionnaires were administered to 70 patients with COPD from the vicinity of Maribor. The obtained data was analysed statistically processed with the use of computer programs Microsoft Excel and SPSS 17.0.

Results: We determined that the quality of life of patients with COPD is poor. Depression was present in 88 % patients with COPD.

Discussion and Conclusions: More than 80 % of patients with COPD are showing signs of depression. Early detection and treatment of depression is very important. A fundamental role of community nurse is to educate patients about suitable physical activity and about preserving social contacts despite physical limitations and breathing problems.

Key words: COPD, depressive disorder, quality of life, patient with COPD, community nurse.

Uvod

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je bolezen, za katero je značilna le delno reverzibilna obstrukcija dihalnih poti (Petek, 2010). Razvoj bolezni je povezan z bolezenskim odzivom pljuč na vdihovanje cigaretne dima ali drugih vdihanih dražljivcev (Šuškovič et al., 2002). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je KOPB na četrtem mestu kot vzrok smrti in dobiva še večje razsežnosti, saj bi do konca leta 2020 naj postal tretji najpogostejši vzrok umrljivosti v svetu (Turel, 2009). V Sloveniji zaradi posledic KOPB vsako leto umre 600 ljudi (Škrgat Kristan et al., 2009).

Ob KOPB se pogosto pojavlja tudi depresivna motnja. Le-ta se kaže z emocionalnimi simptomi, kot so žalost, apatija, občutki krivde in depresivno razpoloženje, ter s telesnimi simptomi, ki poleg utrujenosti, sprememb apetita in spanja vključujejo tudi telesne bolečine (Kores Plesničar, 2010). Raziskave so pokazale, da je depresija prisotna pri 20–60 % pacientov s KOPB. Ko se ta razvije, pacienti ne sledijo planu zdravljenja in imajo slabše izide poslabšanj (Ahmed et al., 2007).

KOPB in depresijo je včasih težko ločiti, saj so njuni simptomi prepleteni. Veliko število psihičnih in telesnih simptomov se nanaša na obe bolezni: utrujenost, težave s koncentracijo, motnje spanja in apetita, omejitve gibanja (Filipčič, 2008). Prav tako se pri pacientih s KOPB pogosto skupaj pojavljata depresija in anksioznost, to pa pomembno vpliva na kakovost življenja pacienta (Lamers et al., 2010) in njegove družine ter na potek bolezni (Maurer et al., 2008).

Patronažna medicinska sestra obravnava pacienta s KOPB v njegovem družinskem okolju. Tam vstopa v pacientov intimni prostor, t.j. družino, ki ima pomembno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja oz. omogoča posamezniku, da lahko preživi in živi na poln in uspešen način (Šušteršič, 2008). Aktivnosti patronažne medicinske sestre pri obravnavi pacienta s KOPB so usmerjene v poučevanje pacienta in njegovih svojcev. Zdravstveno – vzgojno delo mora biti kontinuirano, smotno in kakovostno (Jančič, 2009). V pogovoru s pacientom in njegovo družino lahko patronažna medicinska sestra zazna dejavnike tveganja za depresivno motnjo pacientov s KOPB (Narsavage, 2008). Patronažna medicinska sestra ima pomembno vlogo pri preprečevanju napredovanja in poslabšanja bolezni ter zmanjševanju pogostosti hospitalizacij (Escarrabill, 2009).

Depresija pri pacientih s KOPB

Simptomi depresije se velikokrat prekrivajo s simptomi kronične bolezni (Koprivšek, 2006). Zdravljenje depresije pri pacientih s KOPB zahteva multidisciplinarni pristop. Potrebno je vključiti farmakološko zdravljenje, kognitivno *bihavioralno* psihoterapijo ter individualno ali skupinsko pljučno rehabilitacijo (Filipčič, 2008). Murnik – Gregorin (2008) priporoča uporabo sprostitev tehnik, ki sicer depresije ne odpravijo v celoti, ampak pripomorejo k zmanjšanju dispneje.

Van den Bemt et al. (2009) so raziskovali tveganje za depresivno motnjo pri pacientih s KOPB in sladkorno boleznijo. Ugotovili so, da pri pacientih s KOPB obstaja večje tveganje za nastanek depresije. Ugotavljajo, da je to povezano z značilnostmi KOPB: dispneja, utrujenost, socialna izolacija, omejitve svobode gibanja. V Veliki Britaniji so v desetletni raziskavi ugotavljali prisotnost depresije pri pacientih s KOPB in ugotovili, da je prevalenca depresije 23,1 % (Schneider et al., 2010).

Smrtnost pacientov s KOPB, ki imajo pridruženo depresijo, je večja, zato je je pomembno, da v obravnavo pacienta s kronično obstruktivno pljučno boleznijo vključimo tudi oceno njegovega duševnega stanja, bodisi s presejalnimi psihiatričnimi testi, pregledom pri kliničnem psihologu ali psihiatru, da lahko ob ugotovitvi duševne motnje ustrezno ukrepamo in izboljšamo njihovo kakovost življenja (Regvat, Šuškovič, 2006).

Janssen (2010) navaja, da se depresija pri pacientih s KOPB pogosteje pojavlja pri ženskah, pri pacientih z izrazito dispnejo ter nizkim BMI (Body Mass Index), kadilcih, pri pacientih, ki so telesno nedejavni, socialno izolirani ali se trajno zdravijo s kisikom (Hill et al., 2008).

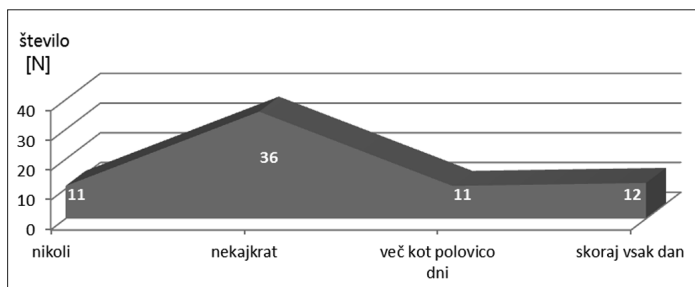
Metode

Za izdelavo specialističnega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela, pri kateri nam je bila v pomoč domača in tuja literatura. Specialistično delo temelji na pregledu virov z različnih področij, ki ustrezajo obravnavani tematiki.

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji, kjer smo uporabili vprašalnika Patient Health Questionnaire (PHQ – 9) ter *St George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ). Za oba vprašalnika smo pridobili pisno dovoljenje avtorjev. Vprašanja v obeh vprašalnikih so večinoma zaprtega tipa, odgovori so oblikovani v obliki trditvev.

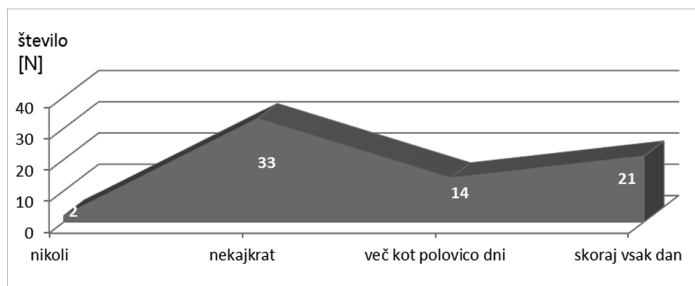
Vprašalnik PHQ – 9 obsega devet simptomov depresije. Pacient na 4-stopenjski lestvici označi, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Odgovor nikoli se točkuje z 0 točkami, odgovor nekajkrat z eno točko, odgovor več kot polovico dni z dvema točkama in odgovor skoraj vsak dan s tremi točkami. Skupni seštevek točk pokaže resnost depresije. Seštevek od 0 do štiri točke pomeni, da depresija ni prisotna, seštevek med pet in devet točk kaže na prisotnost blage depresije, seštevek med deset in štirinajst točk kaže na zmerno depresijo, seštevek med petnajst in devetnajst točk na zmerno hudo depresijo in seštevek, ki je večji od 20 točk, kaže na prisotnost hude depresije.

Rezultati



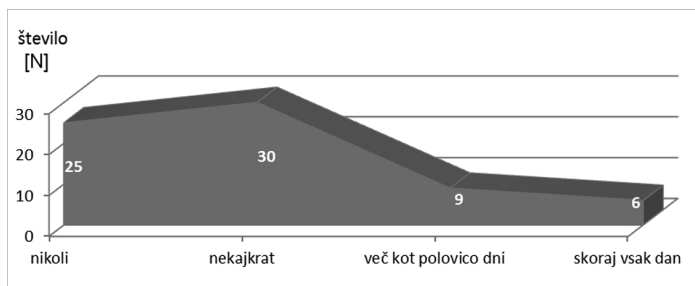
Slika 1: Občutek pobotosti, potrtosti ali brezupa.

Kar 36 (51 %) anketirancev je ocenilo, da jih pesti občutek potrtosti, brezupa ali pobitosti nekajkrat v zadnjih 2 tednih, 12 (17 %) jih ta občutek pesti skoraj vsak dan, 11 (16 %) se jih je opredelilo za odgovor nikoli in 11 (16 %) anketirancev je podalo odgovor več kot polovico dni.



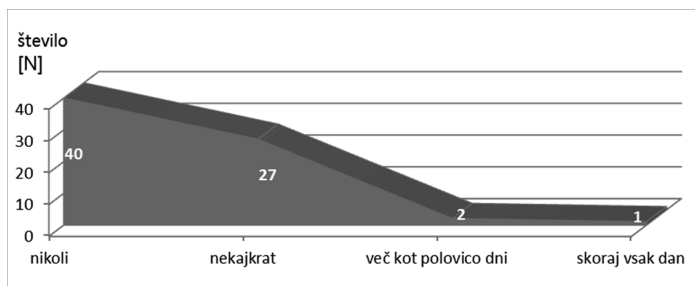
Slika 2: Občutek utrujenosti ali pomanjkanja energije.

33 (47 %) anketirancev je imelo občutek utrujenosti ali pomanjkanja energije nekajkrat v dveh tednih, 21 (30 %) ima ta občutek vsak dan, 14 (20 %) se jih je opredelilo za odgovor več kot polovico dni, 2 (3 %) anketirancev ne občutita utrujenosti ali pomanjkanja energije



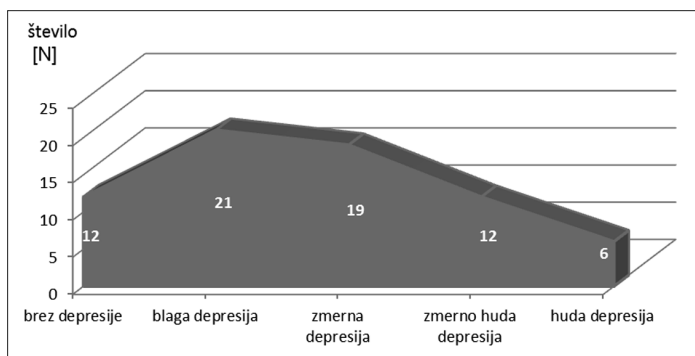
Slika 3: Upočasnjeno gibanje ali govorjenje, živčnost ali nemir.

30 (43 %) anketirancev je ocenilo, da so v zadnjih dveh tednih nekajkrat govorili ali se gibal tako upočasnjeno, da so to opazili drugi, ali nasprotno, bili tako živčni in nemirni, da so se gibal veliko več kot običajno. 25 (36 %) se jih je odločilo za odgovor nikoli, 9 (13 %) anketirancev je ocenilo, da se jim je to zgodilo več kot polovico dni in 6 (8 %) skoraj vsak dan.



Slika 4: Misel o smrti ali samomoru.

Anketirance smo povprašali, kako pogosto so v zadnjih dveh tednih razmišljali o samomoru ali, da bi bilo bolje, če bi bili mrtvi. 40 (57 %) anketirancev je ocenilo, da niso pomislili na samomor nikoli, kar 27 (39 %) anketirancev je na to pomislilo nekajkrat v zadnjih dveh tednih, 2 (3 %) sta se odločila za odgovor več kot polovico dni in 1 (1 %) anketiranec razmišlja o samomoru ali da bi bilo bolje, če bi bil mrtev, skoraj vsak dan.



Slika 5: Prisotnost depresije pri pacientih s KOPB.

Po seštevkju točk vprašanj vprašalnika PHQ – 9 smo ugotovili, da je pri 21 (30 %) anketirancih prisotna blaga depresija, pri 19 (27 %) zmerna depresija, pri 12 (17 %) zmerno huda depresija, prav tako pri 12 (17 %) anketirancih ni prisotne depresije in pri 6 (9 %) anketirancih huda depresija.

Razprava

V raziskavi o kakovosti življenja in prisotnosti depresivne motnje pri pacientih s KOPB je sodelovalo 40 (57 %) moških in 30 (43 %) žensk. Holsedel (2010) navaja, da KOPB prizadene pogostejše moške kot ženske in je pri moških tudi pogostejše usodna. Pri ženskah pa se KOPB razvije hitreje in poteka precej huje (Šuškovič, 2007). Največ pacientov je bilo v starostni skupini 71 let ali več.

Naduha – kratka sapa je dominantni in daleč najtežji simptom KOPB (Šuškovič, 2003) in ima velik vpliv na kakovost življenja in umrljivost (Regvat, 2008).

Dispneja je vodeč simptom pri KOPB. Je osrednji simptom začaranega kroga telesnih, socialnih in psihičnih posledic KOPB, ki vodi v slabšo mobilnost, izgubo kondicije, socialno izolacijo in depresivnost (Regvat, 2008). Zanimalo nas je, kako bi naši anketiranci opisali svoje težave z dihanjem. Kar 17 (24 %) jih je ocenilo, da so težave z dihanjem njihov največji problem. Bolezen s svojimi značilnimi simptomi vpliva na stopnjo telesne zmogljivosti in opravljanje dnevnih aktivnosti. Kar 31 (49 %) anketirancev se je zaradi težav z dihanjem upokojilo.

Beseda dispneja izvira iz grščine in pomeni oteženo, »bolečo« sapa, posredno tudi dušo (dys/pneuma). Beseda lepo povzame dve značilnosti dispneje: senzorno zaznavo oteženega dihanja in afektivno komponento, ki v bolniku zbudi občutek trpljenja in strahu (Leupoldt et al. v: Rozman, 2008). Tudi v naši raziskavi 54 % anketirancev postane paničnih, ko jim zmanjka sape, in 31 anketirancev meni, da ne obvladuje svojih težav pri dihanju.

Ob KOPB se pogosto pojavlja depresija. Eden izmed razlogov je dispneja, ki povzroči močan občutek tesnobe in strahu. V naši raziskavi ta občutek pesti kar 51 % anketirancev.

Znaki depresije so zmanjšana želja po dnevni aktivnosti, izguba ali pridobitev teže, motnje spanja, težave s koncentracijo, apatija (brezvoljnost), občutki krivde, utrujenost ali izguba energije (v naši raziskavi je ta občutek zaznalo 47 % anketirancev) in tudi misli o smrti in samomoru (Latkovič, 2011). Alarmantno je dejstvo, da je kar 39 % anketirancev v naši raziskavi nekajkrat v zadnjih dveh tednih pomislilo na samomor in da smo kar pri 83 % anketirancev zaznali eno izmed oblik depresije. Le pri 12 anketirancih je bil skupni seštevek točk vprašalnika PHQ – 9 manjši od 5 točk.

Zaključek

KOPB je neozdravljiva bolezen, ki vodi v hudo invalidnost. Pogosto je odkrita v napredovani fazi, saj začetne simptome pacienti pogosto pripišejo staranju. Poglavitni in najtežji simptom je dispneja. Preživetje človeka je namreč odvisno od dihanja.

Živimo med prvim in zadnjim vdihom. Dih je življenje in življenje je dihanje. Prav zato je dispneja tisti simptom, ki pri pacientih s KOPB povzroči občutek napetosti, strahu, tesnobe in vznemirjanja. Zato so pacienti vedno bolj telesno neaktivni, se socialno izolirajo, slabša je kakovost življenja in pogosto se pojavi depresija, ki še dodatno poslabša izide bolezni.

V naši raziskavi smo kar pri 83 % anketiranih pacientov zaznali eno izmed oblik depresivne motnje. Zato mora patronažna medicinska sestra obravnavati pacienta s KOPB in njegovo družino celostno. Če zazna simptome depresivne motnje, v obravnavo vključi druge sodelavce zdravstvenega tima.

Literatura

- Ahmed K, Kelshiker A, Jenner C. The screening and treatment of undiagnosed depression in patient with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a general practice. *Prim Care Respir J.* 2007; 16: 249–251.
- Escarrabill J. Discharge planning and home care for end – stage COPD patients. *Eur Respir J.* 2009; 34 (2): 507–512.
- Filipčić I. Učestalost depresije u utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti [doktorska disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2008. Dosegljivo na: http://medlib.mef.hr/563/01/Filipcic_I_disertacija_rep_563.pdf (13. 11. 2010).
- Hill K, Geist R, Goldstein RS, Laccase Y. Anxiety and depression in end – stage COPD. *Eur Respir J.* 2008; 31 (3): 667–677.
- Holsedel M. KOPB in trajno zdravljenje s kisikom na domu. In: Kavaš E, Zrim M, Lebar Z, Šumak I, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja; 2010: 52–55.
- Jančič A. Patronažna zdravstvena nega pacienta s trajnim zdravljenjem s kisikom na domu. In: Kadivec S, ed. *Zdravstvena obravnava bolnika z obstruktivno boleznijo pljuč in cistično fibrozo*. Golnik: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2009: 65–69.
- Janssen DJ. Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation. *Chronic Respiratory Disease.* 2010; 7 (3): 147–157.
- Koprivšek J. Depresija in posebne populacijske skupine. *Farm Vestn.* 2006; 57: 258–261.

- Kores Plesničar B. Depresija in bolečina. *Farm Vestn.* 2010; 61: 59–62.
- Lamers F, Jonkers C, Bosma H, Chavvanes N. Improving Quality of Life in Depressed COPD Patients: Effectiveness of a Minimal Psychological Intervention. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2010; 7 (5): 315–322.
- Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik M, Hanania N. Anxiety and depression in COPD. *Chest.* 2008; 134 (4): 435–565.
- Murnik Gregorin M. Rehabilitacija bolnikov s KOPB ni le »telovadba«. Izboljšanje kakovosti življenja in funkcionalne telesne zmogljivosti (testi hoje in vprašalnikov SGRQ ter MRC) pri bolnikih s KOPB, ki so se udeležili pljučne rehabilitacije (2006–2008). In: Kadivec S, ed. 4. slovenski pneumološki in alergološki kongres. Golnik: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2008: 68–70.
- Narsavage G. Depressed Mood in Adults with COPD. *Home Healthc Nurse.* 2008; 26 (8): 475–482.
- Petek D. Vodenje bolnika s KOPB in astmo v ambulantni družinske medicine. In: Tušek – Bunc K, ed. 6. mariborski kongres družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2010: 63–68.
- Regvat J, Šuškovič S. Anksioznost in depresija pri bolnikih z obstruktivno pljučno boleznijo. In: Košnik M, ed. Obravnava pljučnega bolnika na intenzivnem oddelku. Golnik, Brdo pri Kranju: Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2006: 138–141.
- Regvat J. Dispneja pri astmi in KOPB. *Moravske Toplice*, 2008, str: 50–54. Dosegljivo na: <http://www.zps-slo.si/uploads/si/publikacije/simpozij-o-dispneji-14.pdf#page=16> (2. 5. 2011).
- Rozman A. Definicija in mehanizmi dispneje. *Moravske Toplice*, 2008, str: 4–9. Dosegljivo na: <http://www.zps-slo.si/uploads/si/publikacije/simpozij-o-dispneji-14.pdf> (1. 5. 2011).
- Schneider C, Jick S, Bothner U, Meier R. COPD and the Risk of depression. *Chest.* 2010; 137 (2): 341–347.
- Škrjat Kristan S, Šifrer F, Kopčavar Guček N, Osolnik K, Eržen R, Fležar M, Petek D, Šorli ml. J, Tomič V, Mušič E, Beovič B, Šuškovič S, Košnik M. Stališče do obravnave akutnega poslabšanja kronične obstruktivne pljučne bolezni (apKOPB). *Zdrav Vestn.* 2009; 78: 19–32.
- Šuškovič S, Košnik M, Fležar M, Šifrer F, Eržen D, Kern I, Marčun, R. Strokovna izhodišča za smernice za obravnavo KOPB. *Zdrav Vest.* 2002; 71: 697–702.
- Šuškovič S. Ločevanje kronične obstruktivne bolezni od astme. *Zdrav Vestn.* 2003; 72: 157–161.
- Šuškovič S. Zgodnje odkrivanje KOPB? Zakaj pa ne, saj ni zapleteno. *Isis.* 2007: 36–37.
- Šušteršič O. Družina kot subjekt v patronažni zdravstveni negi. Dolenja vas pri Krškem: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, 2008. Dosegljivo na: <http://shrani.si/f/2R/al/3A4Mw6L0/patronazalec08popravl.pdf> (8. 12. 2010).
- Turel M. KOPB – obravnava in zdravljenje. In: Klemenc – Ketiš Z, Drešček M, eds. Hipertenzija pri bolniku s sladkorno boleznijo, BHP in urgentna stanja v urologiji, kakovost življenja s KOPB, nevropatska bolečina, bipolarna motnja in fizioterapija. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2009: 33–40.

Van den Bemt L, Schermer T, Bor H, Smink R, Van Weel- Baumgarten E, Lucassen P, Van Weel C. The Risk for Depression Comorbidity in Patient with COPD. Chest. 2009; 135 (1): 108–114.

Kakovost življenja oseb s kroničnim srčnim popuščanjem

Quality of life of people with chronic heart failure

Patricija Jerebic, Alenka Oven

Povzetek

Izhodišča: Kronično srčno popuščanje (KSP) je stanje, ko srce zaradi oslabiljene črpalne funkcije ne zmore ustvariti ustreznega pretoka krvi po telesu. Posledica je znižana zmožnost opravljanja vsakodnevnih aktivnosti. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako KSP omejuje osebe pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti in kako vpliva na kakovost življenja.

Metode: V kvantitativni raziskavi so bili podatki zbrani s pomočjo anketnega vprašalnika, ki ga je izpolnilo 24 oseb, 16 moških in 8 žensk s KPS, starejših od 40 let.

Rezultati: 52% anketiranih je med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti, predvsem pri dnevnih aktivnostih, opazilo veliko sprememb. 18 anketirancev navaja težko dihanje in kratko sapo ter 12 hitro utrudljivost, zato kar 40% vprašanih izvaja vsakodnevne aktivnosti s kratkimi odmori. 58% anketirancev je opustilo izvajanje vsaj ene od aktivnosti in 75% ni začelo izvajati nobene nove aktivnosti. Zaradi posledic bolezni se je kakovost življenja anketiranih znižala.

Diskusija in zaključki: KSP zmanjša samostojnost izvajanja vsakodnevnih aktivnosti in s tem zniža kakovost življenja posameznika.

Ključne besede: dekompenzacija srca, kakovost življenja, vsakodnevne aktivnosti.

Abstract

Introduction: Chronic heart failure (CHF) is a condition in which the heart is unable to ensure adequate cellular perfusion in all parts of the body due to a reduced pumping function. As a result, the activities of daily living are limited. The purpose of the research was to define the impact of chronic heart failure on the activities of daily living (ADL) and the individual quality of life.

Methods: A quantitative research method was used in the study. The data were collected through a questionnaire filled in and returned by 16 male and 8 female patients with CHF, aged over 40 years.

Results: 52% of the respondents observed noticeable changes in their performance of activities of daily living. Participants reported shortness of breath (18) and fatigue after light to moderate activity (12). As much as 40 % of the respondents perform their activities of daily

living with short breaks, 58% dropped at least one activity and 75% did not undertake a new one. The cardiac condition had a pronounced impact on the quality of patients.

Discussion and Conclusion: CHF markedly interferes with the individual's ability to perform daily activities and with quality of life.

Keywords: cardiac decompensation, quality of life, activities of daily living.

Uvod

O srčnem popuščanju, imenovanem tudi srčna insuficienca ali dekompenzacija srca, govorimo, ko srce zaradi oslabiljene črpalne funkcije ne zmore ustvariti ustreznega pretoka krvi po telesu ali le-tega ustvari ob povečanem polnilnem tlaku. Tako se zmanjša perfuzija organskih tkiv in niso izpolnjene presnovne potrebe. Kri zastaja v žilah dovodnicah (venah) in v telesu (Baudreau, Genovese, 2007; Kapš et al., 2009).

Osebe s kroničnim srčnim popuščanjem (v nadaljevanju KPS) se med telesno obremenitvijo hitro utrudijo in težko dihaajo. Pri napredovanju bolezni se težko dihanje pojavi že pri hoji po ravnem, pozneje pa tudi v mirovanju, najhuje je v ležečem položaju. Oteženo dihanje povzroča motnje spanja, zato so osebe s KSP čez dan utrujene, zaspane, pojavijo se kognitivne motnje, oslabeitev imunskega sistema, ipd. Vse to negativno vpliva na fizično delovanje, psihično zdravje ter posledično na kakovost življenja posameznika (Kapš et al., 2009; Wang et al., 2010) in ob poslabšanju simptomov vodi tudi v pogoste hospitalizacije. Bolezen prinaša številne omejitve in spremembe v življenje osebe, kot so zmanjšana samostojnost izvajanja in odvisnost od pomoči pri izvajanju vsakodnevnih aktivnostih, psihosocialne, socialno-ekonomske in čustvene spremembe, kot so pojav depresije, izguba zaposlitve, nezmožnost ohranjanja socialne mreže ter omejitve pri izpolnjevanju življenjskih vlog (Bosworth et al., 2003; Holst et al., 2008).

Osebe s KSP so razočarane nad izgubo sposobnosti izvajanja vsakodnevnih aktivnosti in s tem življenjskih vlog, kar negativno vpliva na kakovost življenja. Imajo slabo samopodobo, spremlja jih negotovost glede prognoze bolezni, bojijo se predčasne smrti (Bosworth et al., 2003), skrbijo jih, če bodo še sposobne skrbeti za družino, izogibajo se izvajanju aktivnosti, izgubijo upanje, voljo ter veselje. So čustveno labilne in zahtevne do okolice (Resman, 2008). While in Kiek (2009) razlagata o povezanosti fizičnih in psihičnih simptomov KSP – močnejši so fizični simptomi, večja je verjetnost, da se pojavi depresija.

Raziskava je bila osredotočena na ugotavljanje vpliva KSP na vsakodnevno življenje in izvajanje aktivnosti. Glavni namen raziskave je bil ugotoviti, kako se osebe s KSP soočajo z vsakdanjim življenjem, pri katerih aktivnostih jih bolezen najbolj omejuje in kakšna je kvaliteta njihovega življenja.

Metoda

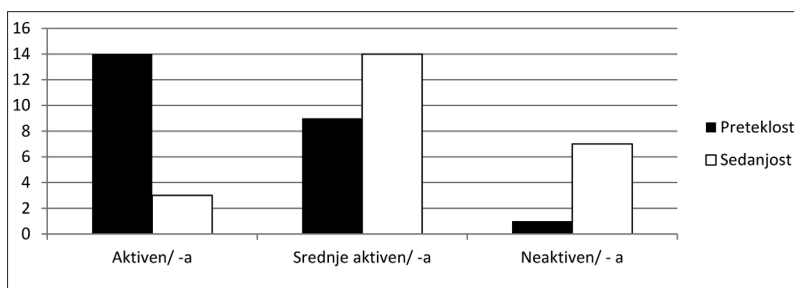
Uporabljen je bil eksperimentalni oziroma kvantitativni tip raziskave z zbiranjem podatkov z anketnim vprašalnikom, ki je bil sestavljen za potrebe raziskave in je vseboval vprašanja zaprtega, odprtega in kombiniranega tipa. Glede na ugotovitve pilotskega preizkusa je bil anketni vprašalnik ustrezno popravljen in dopolnjen.

V raziskavo, v kateri so bila upoštevana etična načela, so bile vključene naključno izbrane osebe s KSP, ki so bile hospitalizirane na internem oddelku I. Splošne bolnišnice Murska Sobota. Anonimni anketni vprašalnik so osebe izpolnjevale pisno.

Za analizo podatkov smo uporabili program Microsoft Excel 2003 (Microsoft Inc., Redmond; WA, ZDA).

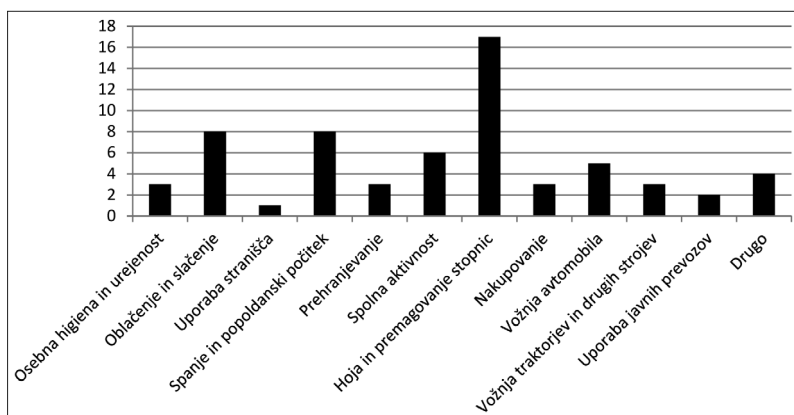
Rezultati

Anketiranih je bilo 24 oseb s KSP, od tega 16 moških in 8 žensk, ki so bile starejše od 40 let. 9 anketirancev je bilo v starostnem razredu od 70 do 80 let, 8 pa v razredu od 60 do 70 let.



Slika 1: Primerjava telesne aktivnosti anketiranih pred in po postavitvi diagnoze KSP.

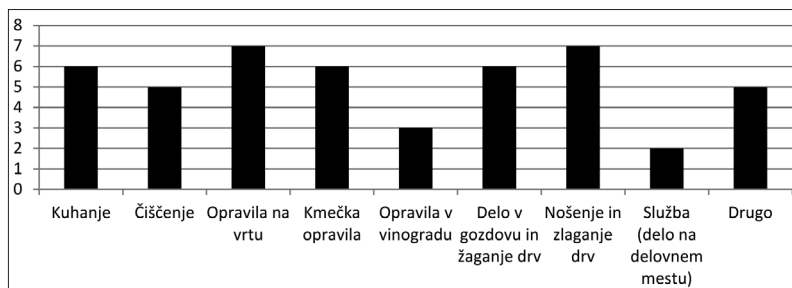
Kot kaže Slika 1, je bilo pred postavitvijo diagnoze KSP 14 anketiranih telesno aktivnih in le 1 neaktiven, po postavitvi diagnoze pa so le 3 osebe telesno aktivne, 14 oseb je srednje telesno aktivnih in 7 oseb neaktivnih.



Slika 2: Spremembe na področju dnevnih aktivnosti.

Na področju dnevnih aktivnosti (v nadaljevanju DA) (Slika 2) največ (17) vprašanih opazi spremembe pri hoji in premagovanju stopnic, sledijo oblačenje in slačenje (8 anketirancev), spanje in popoldanski počitek (8 anketirancev) in spolne aktivnosti (6 anketirancev). Le 2 anketiranci pri nobeni aktivnosti ne opazita sprememb.

Na področju dela največ anketirancev (7) opazi spremembe pri opravih na vrtu ter nošenju in zlaganju drv, 2 anketiranci opazita spremembe pri delu na delovnem mestu, 2 anketiranci pa ne opazita sprememb pri nobeni aktivnosti (Slika 3).

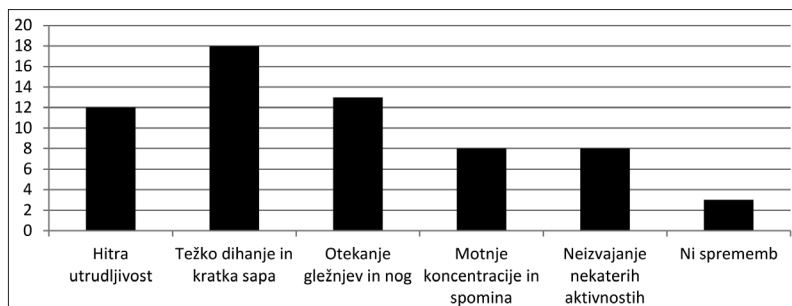


Slika 3: Spremembe na področju dela.

Na področju prostega časa (Slika 4) po 8 anketirancev navaja spremembe pri sprehodu, obiskovanju prijateljev, srečanjih in izletih upokoencev. En anketiranec je opazil spremembe pri branju leposlovnih in strokovnih knjig, sprememb pa pri prostočasnih aktivnostih ni opazil en anketiranec.



Slika 4: Spremembe na področju prostega časa.



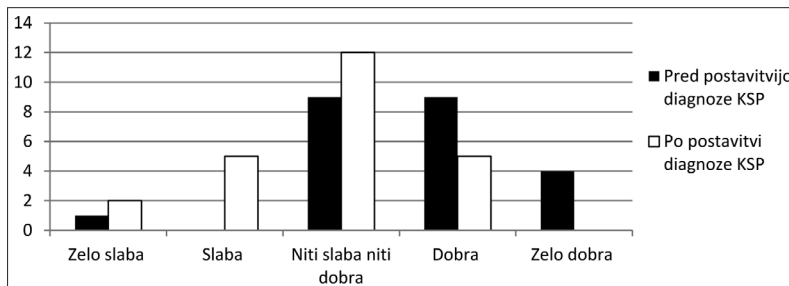
Slika 5: Spremembe med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti.

Na vprašanje, katere spremembe so opazili med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti, je večina vprašanih (18) odgovorila, da med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti težje diha ali ima kratko sapo. Trije anketiranci niso opazili sprememb med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti (Slika 5).

Zaradi posledic KSP je 14 preiskovancev opustilo izvajanje nekaterih aktivnosti: gospodinjske aktivnosti (kuhanje, čiščenje oziroma pospravljanje), nošenje težkih bremen, dela na vrtovih, težka kmečka opravila, obdelovanje njiv, dela v gozdovih ter športne aktivnosti (daljši sprehodi, hoja v hribe, tek, kolesarjenje, nogomet, telovadba).

Le 6 anketiranih oseb je tekom bolezni začelo izvajati nove aktivnosti: športne aktivnosti (kolesarjenje, sprehajanje, razgibavanje), ročna dela (šivanje gobelinov, kvačkanje), branje knjig ter časopisa in gledanje televizije.

Anketirani menijo, da se je kakovost življenja zaradi bolezni znižala. Kot kaže Slika 6, je 5 anketiranih odgovorilo, da je bila pred boleznijo njihova kakovost življenja zelo dobra, 9 anketirancev, da je bila niti slaba niti dobra, en anketiranec meni, da je bila kakovost življenja zelo slaba. Da je njihova kakovost življenja po postavitvi diagnoze KSP dobra, meni le še 5 anketirancev, kar 12 anketirancev je odgovorilo, da ni niti slaba niti dobra, 5 anketirancev meni, da je slaba in 2 anketiranca sta navedla, da je zelo slaba.



Slika 6: Kakovost življenja anketirancev.

Na vprašanje, s čim niso zadovoljni sedaj, po postavitvi diagnoze KSP, so vključeni v raziskavo odgovorili: »Hitro se utrudim«; »Najbolj me muči, da ne morem biti aktivna in delavna, počutim se manj vredno«; »Ker težko diham, izgubljam spomin, potrebujem pomoč, ki je prej nisem potrebovala«; »Ne morem izvajati aktivnosti, ki sem jih prej lahko«; »Da nisem več tako aktiven kot prej«; »Težko je opustiti vsa opravila in dela iz aktivnega prejšnjega življenja. Težko se je vživeti v novo življenje«.

Sodelujoči v raziskavi so na vprašanje, v čem se je zaradi KPS na splošno spremenilo vsakdanje življenje, navajali: »Nisem več tako aktiven na določenih področjih«; »Vsa opravila opravljam počasi, bolj previdno«; »Ne delam več tako naporna dela«; »Pri aktivnostih rabim pomoč«; »Skoraj vsak dan sem odvisen od drugih«; »Praktično vse, vse je bilo potrebno postaviti na novo, se sprijazniti, vendar vedno z obstoječo negotovostjo v življenju«.

Diskusija

Od 24 naključno izbranih anketiranih oseb s KSP, je bilo 16 moških in 8 žensk. Wayment Allen et al. (2009) menijo, da je med obema spoloma razširjenost KSP približno enaka, le da moški zajamejo večji del raziskovalnega vzorca. Starost anketiranih oseb v raziskovalnem vzorcu se giblje od 40 in vse nad 80 let, največ (38%) je starih nad 70 let. Tudi Norberg et al. (2008) navajajo, da se diagnoza KSP najpogosteje postavi pri starejši populaciji, pri povprečni starosti okoli 75 let. Analiza rezultatov je pokazala, da je bila večini anketirancev diagnoza postavljena med 60. in 70. letom starosti.

Na osnovi rezultatov raziskave lahko povzamemo, da imajo osebe s KSP omejitve na telesnem in psihičnem področju. KSP postopoma povzroči manjšo sposobnost na vseh področjih človekovega delovanja. Ta se odraža pri DA (pri spanju in počitku, spolni aktivnosti, hoji in premagovanju stopnic, nakupovanju, vožnji avtomobila ter uporabi javnih pre-

voznih sredstev), pri aktivnostih s področja dela (pri hišnih opravilih, opravilih na vrtu, v vinogradu in delu v gozdu) ter pri prostočasnih aktivnostih (pri športnih aktivnostih, sprehodih, obiskovanju prijateljev). Pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti so osebe odvisne od tuje pomoči, potrebne so pogostejše hospitalizacije. Da so osebam s KSP aktivnosti prenaporne, so ugotavljali tudi Norberg et al. (2008) in poudarili, da jim težave povzročajo DA: težja gospodinjstva opravila (čiščenje in pospravljanje, nakupovanje, dvigovanje in nošenje težkih bremen), hoja in premagovanje stopnic ter prostočasne aktivnosti, kot je sprehod.

Tekom bolezni anketirane osebe s KSP izgubljajo dotedanje življenjske vloge, ker ne zmorejo opravljati aktivnosti, ki jih prinaša določena vloga. Osebe so zelo razočarane, nemotivirane. Slabo počutje ter utrujenost vplivajo na izolacijo oseb s KSP iz družbe. Bosworth et al. (2003) navajajo, da poleg razočaranja izguba življenjske vloge vpliva še na znižano kakovost življenja oseb s KSP. Wayment Allen et al. (2009) so v svoji raziskavi ugotovili, da so se osebe s KSP na izgubo življenjskih vlog odzvale z jezo ter so se težko sprijaznile na spremembo življenjskega sloga, kar lahko povzroči čustvene in psihične spremembe.

Pokazalo se je, da je KSP povezano s slabo oziroma z nižjo kakovostjo življenja anketiranih oseb, s pogostimi obiski osebnega zdravnika ter pogostimi hospitalizacijami. Osebam, ki so prej živele aktivno življenje, je težko sprejeti omejitve, ki jih KSP prinaša in med katere sodi tudi nezmožnost izvajanja nekaterih vsakodnevnih aktivnosti. Zaradi tega predvsem starejše osebe s KSP potrebujejo tujo pomoč, ki pa je v preteklosti niso potrebovale, zato jim je zanj težko prositi. Posledično so nezadovoljne s svojim življenjem, nimajo občutka lastne vrednosti in so čedalje bolj frustrirane.

Zaključki

Ugotovitve raziskave so pokazale, da KSP pomembno vpliva na znižano izvajanje in samostojnost izvajanja vsakodnevnih aktivnosti pri anketiranih in tako zmanjšuje kakovost življenja. Spremembe izvajanja vsakodnevnih aktivnosti so anketirani opazili na vseh področjih človekovega delovanja, predvsem pri DA (hoji in premagovanju stopnic, oblačenju in slačenju, spanju in popoldanskem počitku ter spolni aktivnosti), pa tudi na področju dela in prostega časa. Med izvajanjem vsakodnevnih aktivnosti jih omejujejo kratka sapa, otekanje nog, hitra utrudljivost ter motnja koncentracije in spomina. Zaradi tega je kar polovica anketirancev opustila izvajanje nekaterih vsakodnevnih aktivnosti. Z novim življenjskim slogom pa niso zadovoljni, kar potrjuje ocena kakovosti življenja, ki se je tekom bolezni, kot menijo anketiranci, znižala.

Literatura

- Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindquist JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psycho social factors; 2003. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=11&sid=1c5d3416-5339-4280-bc79-82818dbfabdd%40sessionmgr10> (22. 9. 2010).
- Boudreau M, Genovese J. Cardiac Rehabilitation: A Comprehensive Program for the Management of Heart Failure. Progress in Cardiovascular Nursing. 2007. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=17&sid=fd107319-c721-413d-a3c5-a48528aa198c%40sessionmgr11> (2. 9. 2010).

- Holst M, Strömberg A, Lindholm M, Willenheimer R. Description of self-reported fluid intake and its effects on body weight, symptoms, quality of life and physical capacity in patients with stable chronic heart failure. 2008. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=13&sid=a4c31149-252b-4aed-879e-1adab3dfcbf2%40sessionmgr12> (16. 9. 2010).
- Kapš P, Kapš R, Kapš P, Ostojić – Kapš S. Bolezni srca in žilja. Novo mesto: Grafika Tomi; 2009: 70–86.
- Norberg EB, Boman K, Löfgren. Activities of daily living for old persons in primary health care with chronic heart failure. 2008. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=11&sid=5793f2b5-4dad-4e50-a5a9-1ba4291bcb95%40sessionmgr12> (22. 9. 2010).
- Resman D. Psihične motnje in koronarna bolezen. In: Kakovostna vseživljenjska rehabilitacija srčno – žilnih bolnikov: zbornik predavanj. XXII. Strokovno srečanje na Bledu, 14. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008: 71–80.
- Wang TJ, Lee SC, Tsay SL, Tung HH. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. J Adv Nurs. 2010; 66 (8): 1730–40.
- Wayment Allen J, Arslanian – Ergoren C, Lynch – Sauer J. The Lived Experience of Middle-Aged Women with New York Heart Association Class III Heart Failure: A Pilot Study. 2009. Dostopno na: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&hid=113&sid=c010b5b9-1c9b-4623-b6cc-16c24dc164c7%40sessionmgr113> (8. 12. 2010).
- While A, Kiek F. Chronic heart failure: promoting quality of life. Br J Community Nurs. 2009; 14 (2): 54–9.

Hipertenzivna bolezen – meta-analiza znanstvenih študij

Hypertensive disease – meta-analysis of scientific studies

Branka Rajter, Ruža Pandel Mikuš

Povzetek

Izhodišča: Arterijska hipertenzija je eden glavnih dejavnikov tveganja za nastanek in napredovanje srčno žilnih bolezni ter za povečano umrljivost v svetu. Nefarmakološki ukrepi oziroma pravi življenjski stil je in bo temelj zdravljenja arterijske hipertenzije. Namen dela je predstaviti hipertenzivno bolezen in z meta-analizo znanstvenih študij potrditi sledeče hipoteze: znižanje vnosa soli v organizem do največ 3 grame pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka; znižanje telesne teže za 15 % pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka; povečanje telesne aktivnosti na vsaj pol ure dnevno ali trikrat tedensko po eno uro pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka; opustitev kajenja pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka; prekomerno uživanje alkohola vpliva na zvišanje krvnega tlaka in hipotezo, da uživanje uravnotežene zdrave prehrane pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka.

Metode: Narejena je meta-analiza znanstvenih študij v tujem jeziku po vrednotenju štiri stopenjske lestvice po avtorjih Eccles and Mason. Iskali smo v bibliografskem servisu COBISS.SI in podatkovnih bazah (CINAHL, Medline, ERIC, Cochrane) ter spletnih straneh (Jupline, Google Scholar, Medscape, CDC, NIH, Clinicaltrials.gov).

Rezultati: Analiza je pokazala, da so nefarmakološki ukrepi pri zdravljenju hipertenzije izrednega pomena in lahko tudi preprečijo razvoj bolezni.

Diskusija in zaključki: Nefarmakološki ukrepi so pomembni za nadzor hipertenzije, čeprav z njimi nadzorujemo večinoma blago zvišan krvni tlak. Prav tako pa brez njih tudi z vsemi znanimi antihipertenzivnimi zdravili ni mogoče dolgoročno uspešno nadzorovati in obvladovati hude arterijske hipertenzije. Potrjene so bile vse hipoteze.

Ključne besede: arterijska hipertenzija, visok krvni tlak, nefarmakološki učinki zdravljenja arterijske hipertenzije, kardiovaskularne bolezni, dieta pri hipertenziji.

Abstract

Introduction: Arterial hypertension is one of the main risk factors for the occurrence and progression of cardiovascular disease and increased mortality in the world. Non-pharmacological interventions, i.e. a proper lifestyle are and will be the cornerstone of treatment of arterial hypertension. The purpose of this article is to present the hypertensive disease and

through a meta-analysis of scientific studies confirm the following hypotheses: reduction in salt intake to a maximum of 3 grams means impact on the fall in blood pressure; losing weight for a 15% influences impact on the fall in blood pressure; increasing physical activity to at least half an hour daily or three times a week for one hour has impact on the fall in blood pressure; elimination of smoking significantly affects blood pressure; excessive alcohol consumption affects the increase in blood pressure and the hypothesis, that eating a balanced healthy diet is an important impact on lowering blood pressure.

Methods: A meta-analysis of foreign scientific studies was performed by evaluating with a four point scale by authors Eccles and Mason. We searched using the bibliographic catalogue COBISS.SI and using databases such as (CINAHL, Medline, ERIC, Cochrane) along with various web pages (Jupline, Google Scholar, Medscape, CDC, NIH, Clinicaltrials.gov). Results: Analysis of the scientific and clinical studies showed that non-pharmacological interventions in the treatment of arterial hypertension are of the utmost importance and may also prevent the development of disease.

Discussion and Conclusions: Non-pharmacological interventions are important to control hypertension, although used mostly to regulate mildly increased blood pressure. On the other hand, even with use of anti-hypertensive drugs without non-pharmacological interventions, successful monitoring and control of severe hypertension is not possible in the long-term. Were confirmed all hypotheses.

Key words: arterial hypertension, high blood pressure, non-pharmacological effects of treatment of arterial hypertension, cardiovascular disease, diet for hypertension.

Uvod

Hipertenzivna bolezen je globalni fenomen in je prisotna pri skoraj celotni človeški populaciji, z izjemo nekaj primitivnih skupnosti, ki živijo v kulturni izolaciji kot na primer amazonski Basini. Ocenjuje se, da je vzrok šestim procentom smrti odrasle populacije po svetu. Pogosto je povišan krvni tlak asimptomatsko stanje in velikokrat je prvič diagnosticiran ob diagnozi miokardnega infarkta ali možganske kapi (Nadar, Lip, 2010).

Ocenjuje se, da ima 25 % odrasle populacije v svetu povišan krvni tlak, do leta 2025 se pričakuje nadaljnji porast za 60 %. To pomeni, da bo kar 1,56 milijarde ljudi v svetu bolehalo za arterijsko hipertenzijo (Kearney et al., 2005).

Arterijska hipertenzija (AH) je eden glavnih dejavnikov tveganja za nastanek in napredovanje srčno žilnih bolezni ter za povečano umrljivost v svetu. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) vsak osmi prebivalec sveta umre zaradi zapletov arterijske hipertenzije, zato jo uvrščamo med velike javno-zdravstvene probleme (The World Health Report, 2002).

Bolezni srca in ožilja v Sloveniji še vedno predstavljajo okoli 38 % vzrokov smrti. Najpomembnejše so AH, nenadna srčna smrt, srčni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje in možganska kap (Fras et al., 2009). Vsako leto umre za posledicami arterijske hipertenzije v Sloveniji od 2400 do 4500 ljudi (Šelb-Šemerl, 2006).

Sodobno obvladovanje arterijske hipertenzije zahteva poleg nadzora samega krvnega tlaka tudi odstranitev oziroma obvladovanje vseh drugih spremenljivih dejavnikov tveganja za srčno žilne bolezni. Dokazano je, da je krvni tlak mogoče znižati z nefarmakološkimi ukrepi.

Namen članka je predstaviti vlogo nefarmakoloških ukrepov na pojav AH.

Metoda

Uporabljena je bila deskriptivna, opisna metoda dela s pregledom slovenske in tuje relevantne literature. Iskali smo v bibliografskem servisu COBISS.SI in podatkovnih bazah (CINAHL, Medline, ERIC, Cochrane) ter spletnih straneh (Jupslin, Google Scholar, Medscape, CDC, NIH, Clinicaltrials.gov). Ključne besede pri iskanju so bile: arterial hypertension, non-pharmacological measures, diet, high blood pressure.

Članke in literaturo smo časovno omejili (zadnjih 10 let) glede na pomembnost referenc in glede na sledeče kriterije: polno besedilo (»full text«), seznam virov (»references available«), klinične študije in randomizirane študije. Izbrali smo 100 najbolj reprezentativnih.

Narejena je meta-analiza randomiziranih znanstvenih in kliničnih študij. Literaturo smo vrednotili glede na stopnjo dokazov po sistemu štiri stopenjske lestvice po avtorjih Eccles and Mason (2001). Priporočila glede nefarmakoloških ukrepov za znižanje krvnega tlaka smo ravno tako razvrstili po štirih stopnjah istih avtorjev.

Tabela 1: Stopnja dokazov po štiri stopenjski lestvici avtorjev Eccles in Mason (2001).

I.	Dokazi pridobljeni s sistematičnim pregledom meta-analiz iz randomiziranih študij ali vsaj ene randomizirane kontrolne linije
II.	Dokazi pridobljeni z kontrolno študijo brez randomizacije ali vsaj z eksperimentalno študijo drugega tipa
III.	Dokazi pridobljeni s pomočjo neeksperimentalnih, opisnih oziroma deskriptivnih študij, kot so primerjalne študije, korelacijske študije in študije primera
IV.	Dokazi pridobljeni iz poročil ekspertnih skupin oziroma mnenje ali klinična izkušnja spoštovane avtoritete.

Tabela 2: Ocenjevanje priporočil glede na vir dokazov (Eccles, Mason, 2001).

A	Priporočilo je direktno osnovano na dokazih I. stopnje
B	Priporočilo je direktno osnovano na dokazih II. stopnje, ali pa je priporočilo posplošeno iz dokaza I. stopnje
C	Priporočilo je direktno osnovano na dokazih III. stopnje, ali pa je priporočilo posplošeno iz dokaza I. ali II. stopnje
D	Priporočilo je direktno osnovano na dokazih IV. stopnje, ali pa je priporočilo posplošeno iz dokaza I., II., ali III. stopnje

Namen članka je predstaviti hipertenzivno bolezen in z meta-analizo strokovne in znanstvene literature potrditi naslednje hipoteze:

H1: Znižanje vnosa soli v organizem do največ 3 g dnevno pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.

H2: Znižanje telesne teže za vsaj 15 % pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.

H3: Povečanje telesne aktivnosti na vsaj pol ure dnevno ali trikrat tedensko po eno uro pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.

H4: Opustitev kajenja pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka.

H5: Prekomerno uživanje alkohola vpliva na zvišanje krvnega tlaka.

H6: Uživanje uravnotežene zdrave prehrane pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka.

Rezultati

Rezultati meta-analize so prikazani po tabelah glede na posamezno postavljeno hipotezo. Zaradi omejitve dolžine članka bosta prikazani le dve tabeli; tabela št. 1 prikazuje pregled dokazov za trditev, da znižanje vnosa soli do največ 3 g dnevno statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka, tabela št. 2 pa prikazuje prikaz priporočil glede znižanega vnosa soli.

Tabela 3: Pregled dokazov znanstvenih študij za 1. hipotezo.

Predmet trditve	Trditev	Stopnja	Vir
Znižanje vnosa soli do največ 3 g dnevno statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.	Tudi skromno zmanjšanje dnevnega vnosa soli za obdobje 4 ali več tednov pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka pri normotenzivnih in hipertenzivnih osebah. Pri hipertenzivnih osebah je ta učinek večji. Študije so trajale 4 tedne in več, v povprečju 6 tednov, vključenih je bilo 734 oseb (He in MacGregor, 2003) oziroma 3022 (He in MacGregor, 2008) oseb.	I.	He, MacGregor, 2003; 2008
	Čeprav majhna, vendar dolgotrajajoča redukcija dnevnega vnosa soli pomembno vpliva na zmanjšano možnost pojava možganske kapi, srčnega napada in nepravilnosti delovanja srca. Študije so trajale 4 tedne in več, vključenih je bilo 3022 oseb.	I.	He, MacGregor, 2008
	Izguba telesne teže in zmanjšanje dnevnega vnosa soli privedejo do pomembnega znižanja SKT in DKT. Ugotovitev temelji na študiji z vzorcem 2164 udeleženci in je trajala 3 leta.	I.	Whelton et al., 1997
	Obstajajo dokazi o uspešnem znižanju krvnega tlaka pri bolnikih, ki so deležni intervencij medicinskih sester v tako imenovanih LED-nurse clinic.	I.	Clark et al., 2010
	SKT se je v daljšem časovnem obdobju spreminjal glede na količino izločenega natrija, vendar ne zadosti pomembno za povečano tveganje glede AH ali kardiovaskularni obolenji. Nižje izločanje natrija je bilo povezano s povečano mortaliteto kardiovaskularnih obolenj. Študija je vsebovala 3681 oseb in je trajala 7,9 let.	I.	Stolarz-Skrzypek et al., 2011

Predmet trditve	Trditve	Stopnja	Vir
Znižanje vnosa soli do največ 3 g dnevno statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.	Dieta z malo natrija, lahko pomaga pri vzdrževanju nižjega krvnega tlaka po umiku terapije z antihipertenzivi. Ugotovitev temelji na študiji z vzorcem 1454 udeleženci in trajanjem 30 mesecev.	I.	Hooper et al., 2009
	Znižanje krvnega tlaka z redukcijo soli je večje pri bolnikih z povišanim krvnim tlakom, v primerjavi z normotenzivnimi.	I.	Geleijnse et al., 2003; Jürgens et Graudal, 2008; Hooper et al., 2009
	Redukcija dnevnega vnosa soli dokazano zmanjšuje krvni tlak in prav tako tudi dolgoročno tveganje za srčno-žilne dogodke. Vključenih je bilo 744 in v drugi fazi še 2382 oseb. Čas trajanja celotne študije je bil skupno 8 let (Cook et al., 2007). Novejša študija je vključevala 169 oseb in trajala 6 tednov (He et al., 2009).	I.	Cook et al., 2007; He et al., 2009
	Zmanjšan vnos soli zniža SKT. Istočasno se zniža mortaliteta zaradi ishemične bolezni srca (IBS) in kardiovaskularnih dogodkov. Trditvi temeljita na študiji z vzorcem 2436 udeleženci.	II.	Tuomilehto et al., 2001
	Količina vnosa natrija ni povsem linearno povezana z višino krvnega tlaka. Dieta z malo natrija lahko pomaga pri vzdrževanju nižjega krvnega tlaka po umiku terapije z antihipertenzivi. Upravičeno bi bilo ciljano usmerjanje prehrambenih in vedenjskih vzorcev pri bolnikih na antihipertenzivni terapiji. Vključenih je bilo 3514 oseb, študija je zajemala obdobje 6 mesecev–6 let.	I.	Hooper et al., 2009
	Učinek nizkega vnosa soli v organizem na krvni tlak je največji pri črni in azijski rasi.	I.	Jürgens, Graudal, 2008

Predmet trditve	Trditve	Stopnja	Vir
Znižanje vnosa soli do največ 3 g dnevno statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.	Vsekakor bi bila pri hipertenzivnih bolnikih dieta z nizkim vnosom soli uporabna kot del programa za nižanje krvnega tlaka.	I.	Jürgens, Graudal, 2008
	Bolniki z dieto, ki vsebuje manj soli imajo bolj- šo ureditev SKT in DKT kot bolniki z nor- malnim dnevnim vnosom soli. Dejstvo ome- nja študija z vzorcem 71 udeleženci in traja- njem 3 leta.	I.	Meland, Aamlund, 2009
	Dokaj velik učinek v znižanju krvnega tlaka lahko dosežemo z redukcijo vnosa soli. Ženske in starejše osebe so bolj občutljive na količino vnosa soli.Študija je trajala 6 let.	I.	Geleijnse et al., 2003
	Redukcija vnosa soli napoveduje padec krv- nega tlaka pri hipertenzivnih in normotenziv- nih osebah. Zniža se možnost smrti zaradi kapi za 14 % in srčne smrti za 9 % pri hipertenzivnih osebah, pri normotenzivnih osebah pa se zniža možnost kapi in koronarne smrti za 6 % in srče- ne smrti za 4 %. Podatki so pridobljeni iz študi- je z vzorcem 1 milijona udeležencev.	I.	He, MacGregor, 2002
	Kombinacija DASH diete in redukcije vnosa soli se je izkazala kot zelo uspešna in pomemb- na za znižanje krvnega tlaka. Kombinacija omogoča največji padec krvnega tlaka in sicer za vrednost 7.0/3.8 mm Hg.	I.	Vollmer et al., 2001
	Zmanjšanje vnosa soli, ki je pomembno za zni- žanje krvnega tlaka prebivalstva, bo težko do- seči brez sprememb v distribuciji hrane. Vzo- rec študije je predstavljal 1159 oseb, trajala pa je 48 mesecev.	I.	Kumanyika et al., 2005

Tabela 4: Pregled priporočil glede na stopnjo in vir – priporočila glede znižanega vnosa soli.

Predmet trditve	Priporočilo	Stopnja	Vir
Znižanje vnosa soli do največ 3 g dnevno statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka.	Izguba telesne teže in zmanjšanje dnevnega vnosa soli v obdobju 6-18 mesecev privedejo do pomembnega znižanja SKT in DKT. Študija je vključevala 2128 odraslih oseb, starih od 35 do 54 let skozi 6 – 18 mesecev.	A	Whelton et al., 1997
	Dieta z malo natrija, lahko pomaga pri vzdrževanju nižjega krvnega tlaka po umiku th. z antihipertenzivi. Cilj je vnos 3 g NaCl na dan in 70-100 mmol/24 ur	A	Hooper et al., 2009
	Zmanjšan vnos soli za 30 % (to je 3,3-4,4g/dan) zniža SKT za 10 mm Hg. Istočasno se zniža mortaliteta zaradi IBS in kardiovaskularnih dogodkov.	A	Tuomilehto et al., 2001
	Bolniki z dieto, ki vsebuje manj soli imajo boljše ureditev SKT in DKT kot bolniki z normalnim dnevnim vnosom soli. V osmih tednih se je SKT in DKT znižal za 5 mm Hg.	A	Meland, Aamland, 2009
	Redukcija 100 mmol/dan (6 g soli) vnosa soli napoveduje padec krvnega tlaka za 7.11/3.88 mm Hg pri hipertenzivnih in 3.57/1.66 mm Hg pri normotenzivnih osebah. Zniža se možnost smrti zaradi kapi za 14 % in srčne smrti za 9 % pri hipertenzivnih osebah in možnost kapi in koronarne smrti za 6% in srčne smrti za 4% pri normotenzivnih osebah.	A	He, MacGregor, 2002

Diskusija

Podatki epidemiološke raziskave hipertenzije v Sloveniji nakazujejo, da je prevalenca hipertenzije pri nas med najvišjimi v Evropi. Z izključitvijo vseh dejavnikov tveganja sicer AH ne moremo v celoti preprečiti, lahko pa upočasnimo njen potek ali bolezen odložimo v pozno starost. Samo nefarmakološko zdraviljo arterijsko hipertenzijo zelo redko. Ta način se pri nas uporablja pri manj kot 25 % bolnikov, najpogostejša je kombinacija farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja. Najnovejši podatki Slovenske sekcije za hipertenzijo kažejo, da ima v naši državi povišan krvni tlak že 64 % odrasle populacije. Na žalost je od teh odstotkov dobro zdravljenih le 31,6 % slovenskih bolnikov (Accetto, Salobir, 2009).

V nadaljevanju se bo razpravljalo o hipotezah, ki smo jih dokazovali z meta-analizo znanstvenih randomiziranih in kliničnih študij. Cilj je vnos 3 g NaCl dnevno oziroma 70-100 mmol natrija na 24 ur (Hooper et al., 2009). Tuomilehto in sodelavci (2001)

so dokazali, da zmanjšan vnos soli za 30 % (to je 3,3–4,4 g dnevno) zniža sistolični krvni tlak (SKT) za 10 mm Hg. Redukcija soli na 100 mmol dnevno oziroma na 6 g dnevno zniža krvni tlak nekoliko manj in sicer SKT za 7,11 in diastolični krvni tlak (DKT) za 3,88 mm Hg. Istočasno se za 14 % zniža možnost nastanka možganske kapi in za 9 % srčne smrti pri hipertenzivnih osebah ter zmanjša možnost kapi in koronarne smrti za 6 % in srčne smrti za 4 % pri normotenzivnih osebah (He, MacGregor, 2008). Če zmanjšamo dnevni vnos soli in istočasno tudi izgubimo telesno težo se v času 6–18 mesecev pomembno zniža tako SKT kot tudi DKT (Whelton et al., 1997).

Omejitev soli v prehrani je eden prvih nefarmakoloških ukrepov, ki jih je potrebno uvesti pri bolniku z AH. Problem okusa hrane lahko rešimo z nadomestkom kalijevega klorida ali pa drugimi začimbami in dodatki brez NaCl. Istočasno bi bilo potrebno spremeniti prehransko politiko države in zmanjšati delež soli v polpripravljenih in že pripravljenih živilih. Znižanje telesne teže za vsaj 15 % pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka. Znano je, da z naraščanjem telesne mase oziroma ITM narašča tudi krvni tlak in večja se incidenca oziroma prevalenca AH. Rezultati raziskav kažejo, da je hipertenzija pri moških kar v 78 %, pri ženskah pa v 65 % povezana z debelostjo (Salobir, Bruljan-Hitij, 2004).

Stevens in sodelavci (2001) so ugotovili, da so posamezniki, ki so izgubili vsaj 4,5 kg v šestih mesecih in to težo vzdrževali naslednjih 30 mesecev, imeli ne samo veliko znižanje, temveč tudi dolgoročno doseženo klinično pomembno znižanje krvnega tlaka in istočasno zmanjšano možnost nastanka AH (Stevens et al., 2001). Crawford in sodelavci (2010) so dokazali, da obstaja direktna povezava med vrednostjo ITM in prevalenco AH in tudi diabetesa pri obeh spolih in pri vseh etničnih skupinah.

Povečanje telesne aktivnosti na vsaj pol ure dnevno ali trikrat tedensko po eno uro pozitivno in statistično pomembno vpliva na padec krvnega tlaka. Po 30 minutah telesne dejavnosti na stopnji 50 % maksimalne porabe kisika ostane krvni tlak nizek naslednjih 24 ur. Po 30 minutah vadbe ob 75 % maksimalni porabi kisika pa je znižanje krvnega tlaka še večje (Blumenthal et al., 2011). Trenutna priporočila različnih organizacij so vsaj 30 minut telesne vadbe večina dni v tednu, vsekakor pa vsaj trikrat tedensko (Whelton et al., 2002). Franklin in sodelavci (2000) so ugotovili, da je pravzaprav znižanje krvnega tlaka akuten odgovor na telesno aktivnost in traja še 12 ur po obremenitvi. Teoretično bi lahko blagi in zmerni hipertoniki na ta način obvladovali svoj krvni tlak z dvema seansama dnevno. Rezultati, ki jih je objavil Zaros (2009), kažejo, da je po šestih mesecih zmerne telesne vadbe tri dni v tednu vsakič po 60 minut zaznati pomemben padec tako SKT kot tudi DKT.

Opustitev kajenja pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka. Nastanek AH sovpada z večjim številom dnevno pokajenih cigaret in z leti kajenja, ni pa odvisno od trenutnega stanja (Burns, 2003; Thuy et al., 2010). Tveganje se ne zmanjša s kajenjem cigaret, ki so deklarirane z nizko vsebnostjo nikotina in katrana. Osebe, ki kadijo pipo ali cigare, imajo verjetno nižje tveganje za nastanek kardiovaskularnih bolezni. Prenehanje kajenja zniža tveganje za bolezen, čeprav tveganje obstaja še desetletje in več po prenehanju kajenja (Burns, 2003). Nakamura in sodelavci (2008) so ugotovili, da kajenje zvišuje SKT. Opustitev kajenja in posledično znižanje krvnega tlaka je ključnega pomena za preprečevanje kardiovaskularnih bolezni.

Prekomerno uživanje alkohola vpliva na zvišanje krvnega tlaka. Pri Slovencih je problem čezmerne uživanja alkohola zelo velik. Priporočimo lahko eno enoto pijače, to je

10 g alkohola dnevno. Uživanje 60 g etanola za kratek čas zniža krvni tlak za 4/4 mm Hg, vendar se po šestih urah ponovno zviša za 7/4 mm Hg (Salobir, Brguljan-Hitij, 2004). Pri učinku alkohola na krvni tlak je potrebno razlikovati med kroničnim učinkom in učinkom v akutnem poskusu. 60 do 120 minut po zaužitju zelo zmerne količine alkohola se krvni tlak zniža zaradi sistemske vazodilatacije, hipotenzivni učinek pa traja do 8 ur (Kawano et al., 1992).

Uživanje uravnotežene zdrave prehrane pomembno vpliva na znižanje krvnega tlaka. Zdrava, uravnotežena prehrana ne vpliva ugodno samo na krvni tlak, temveč tudi znižuje incidenco in prevalenco kardiovaskularnih bolezni. John in sodelavci (2002) ugotavljajo, da vnos sadja in zelenjave zmanjša tveganje za kardiovaskularne bolezni in da intenziven vnos v kratkem časovnem obdobju znižuje krvni tlak. Po šestih mesecih vnosa sadja in zelenjave kar petkrat dnevno se je SKT znižal za 4 mm Hg in DKT za 1,5 mm Hg. Študije so pokazale, da DASH dieta, bogata s sadjem in zelenjavo ter z nizko vsebnostjo maščob, deluje natriuretično in znižuje krvni tlak (Nadar, 2010; Akita et al., 2003). Odličen je učinek DASH diete predvsem v kombinaciji z restrikcijo soli in je garantirano priporočljiva za bolnike s hipertenzijo (Aram, Chobanian, 2001). Moore in sodelavci (2001) pa ugotavljajo, da je DASH dieta učinkovita predvsem kot terapija pri AH prve stopnje.

Zaključki

Tretjina vseh smrti v ekonomsko srednje razvitih državah je povezana s kardiovaskularnimi boleznimi. Ta odstotek je še večji v državah v razvoju. V svetovnem in slovenskem merilu zelo slabo odkrivamo ljudi s povišanim krvnim tlakom in bolniki redko dosegajo ciljni krvni tlak.

Življenjski stil vpliva na krvni tlak v največjem možnem obsegu. Obstaja nekaj pomembnih dejstev. Mediteranska dieta in DASH dieta, ki je bogata s sadjem in zelenjavo, pomagata vzdrževati krvni tlak v zelenih mejah. Visok vnos natrija v telo vodi k povišanemu krvnemu tlaku, prav tako so debelost, pomanjkanje fizične aktivnosti in pretiran vnos alkohola v organizem glavni rizični faktorji za nastanek AH.

Nefarmakološki ukrepi oziroma pravi življenjski stil je zelo pomemben in ostaja temelj zdravljenja AH. Še posebej je pomembno uresničevanje pri blagi AH, saj slednje po priporočilih WHO in Mednarodnega združenja za hipertenzijo, v kolikor ni jasnih znakov okvare tarčnih organov in prisotnosti drugih dejavnikov tveganja za aterosklerozo, ne začnemo takoj zdraviti z zdravili. Še posebno pri mlajših bolnikih se priporoča vztrajati na dolgoročnem izboljšanju življenjskega stila.

Izkušnje o izvajanju in uspešnosti izboljšanja življenjskega sloga so v vsakdanji praksi pretežno slabe. Problem je navadno v samem bolniku, ki ni pripravljen, dokler ne čuti težav, spremeniti ustaljenih škodljivih navad. Problem predstavljajo tudi prekomerno prehranjeni starejši bolniki in invalidi, ker nimajo možnosti biti primerno telesno aktivni in zaradi tega ne morejo pomembno zmanjšati telesne mase. Od bolnika lahko zahtevamo, da preneha kaditi, da uživa manj alkohola in uživa manj slano hrano, glede ostalega pa moramo biti realni. Spremembe celotnega življenjskega stila naenkrat ne moremo in ne smemo pričakovati.

Dodaten problem je lahko tudi v zdravstvenih delavcih, ki sicer bolniku svetujejo, razložijo in utemeljujejo pomen zdravega življenjskega sloga, vendar tega pri ponovnih obiskih ne preverjajo, ker nimajo volje dosledno vztrajati pri zahtevah, ki jih postavljajo bol-

niku. Bolniku moramo dati na voljo dovolj časa, da se odloči za spremembo življenjskega sloga.

Literatura

- Clark CE, Smith LFP, Taylor RS, Campbell JL. Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*. 2010; 28 (3): 250–61.
- Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, Appel LJ, Whelton PK. Longterm effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the TOHP. *BMJ*. 2007; 334 (7599): 885–892.
- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technol Assess*. 2001; 5 (16): 1–69.
- Fras Z, Maučec Zakotnik J, Govc Eržen J, Luznar N, Leskošek B L. Nacionalni program primarne preventivne srčno žilnih bolezni – zgodba o uspehu? In: Vrbovšek S, Luznar N, Maučec Zakotnik J, eds. Skupaj varujemo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih?, zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2009: 13–73.
- Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DD. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens*. 2003; 17 (7): 471–480.
- He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. *J Hum Hypertens*. 2002; 16 (11): 761–70.
- He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*. 2003; 42 (6): 1093–9.
- He FJ, MacGregor. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure (review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 4.
- He FJ, Marciniak M, Visagie E, Markandu ND, Anand V, Dalton RN, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure, urinary albumin, and pulse wave velocity in white, black and Asian mild hypertensives. *Hypertension*. 2009; 54 (3): 482–8.
- Hooper L, Bartlett C, Smith GD, Ebrahim S. Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 1.
- Jürgens G, Graudal NA. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 11.
- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365 (9455): 217–23.
- Kumanyika SK, Cook NR, Cutler JA, Belden L, Brewer A, Cohen JD, Hebert PR, Lasser VI, Raines J, Raczynski J, Shepek L, Diller L, Whelton PK, Yamamoto M. Sodium reduction for hypertension prevention in overweight adults: further results from the Trials of Hypertension Prevention Phase II. *J Hum Hypertens*. 2005; 19 (1): 33–45.
- Meland E, Aamland A. Salt restriction among hypertensive patients: modest blood pressure effect and no adverse effects. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27 (2): 97–103.
- Nadar S, Lip G. *Hypertension*. New York: Oxford University press; 2010: 77–84.

- Stolarz-Skrzypek K, Kuznetsova T, Thijs L, Tikhonoff V, Seidlerová J, Richart T, Jin Y, Olszanecka A, Malyutina S, Casiglia E, Filipovský J, Kawecka-Jaszcz K, Nikitin Y, Staessen JA. Fatal and nonfatal outcomes, incidence of hypertension, and blood pressure changes in relation to urinary sodium excretion. *JAMA*. 2011; 305 (17): 1777–1785.
- Šelb-Šemerl J. Umrljivost zaradi zvišanega krvnega tlaka in njegovih posledic, Slovenija v obdobju 1997–2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2006.
- The World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Tuomilehto J, Jousilahti P, Rastenyte D, Moltchanov V, Tanskanen A, Pietinen P, Nissinen A. Urinary sodium excretion and cardiovascular mortality in Finland. *Lancet*. 2001; 357 (9259): 848–851.
- Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons-Morton DG, Conlin PR, Svetkey LP, Erlinger TP, Moore TJ, Karanja N. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med*. 2001; 135 (12): 1019–28.
- Whelton PK, Kumanyika SK, Cook NR, Cutler JA, Borhani NO, Hennekens CH, Kuller LH, Langford H, Jones DW, Satterfield S, Lasser NL, Cohen JD. Efficacy of non-pharmacologic interventions in adults with high-normal blood pressure: results from phase 1 of the trials of hypertension prevention. *Am J Clin Nutr*. 1997; 65 (Suppl. 2): 652–60.

Doživljanje spremenjene telesne podobe pri bolniku z luskavico

Living with psoriasis: experiencing changed physical appearance

Kristina Zorko, Bernarda Djekić, Barbara Domajnko

Povzetek

Izhodišča: Luskavica je pogosta, nenalezljiva, dedno pogojena kožna bolezen z značilnimi rdečkastimi žarišči, ki prizadene telesni in psihološki vidik posameznika ter pomembno zaznamuje posameznika na vseh njegovih življenjskih področjih.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom obstoječe literature. V empiričnem delu je bila uporabljena kvalitativna analiza podatkov pridobljenih s polstrukturiranimi intervjuji.

Rezultati: Udeleženci raziskave socialno izoliranost opisujejo kot konkretna dejanja drugih ljudi in kot primere občutenj na lastni koži. Sprejetje svoje bolezni in samega sebe je dolgotrajen proces. Odzivi drugih ljudi so tako pozitivni kot tudi negativni, odnos zdravstvenih delavcev do psoriaticov je prijazen in empatičen. Bolezen pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika z luskavico.

Diskusija in zaključki: Bolezen posameznika zaznamuje na vseh področjih njegovega delovanja. Kvalitativna analiza treh intervjujev odkriva, da bolj kot posledice telesne bolezni posameznika bremenijo psihološke tegobe in odzivi drugih ljudi.

Ključne besede: luskavica, doživljanje bolezni, zdravstvena nega, kvalitativna analiza.

Abstract

Introduction: Psoriasis is frequent non-infectious, genetically conditioned skin disease with typical red dishcentres, it affects physical and psychological aspect of individual in all fields of his/her life.

Methods: Author reviewed literature connected with this topic. In methodological part of article is presented quality analysis of three semi-structured interviews.

Results: Social isolation is described through concrete acts of others as well as feelings of patients themselves. It takes a long-lasting process in several stages that patient accepts disease and himself/herself. Reactions of other people are positive and also negative, medical workers mainly have kind and empathic attitude to these patients. Disease significantly affects on patients quality of life.

Discussion and Conclusions: Disease affects patient with psoriasis in all his/her live activities. Qualitative analysis of three interviews reveals that more than physical illness, psychological problems and responses of other people affect individual.

Keywords: psoriasis, experiencing disease, nursing care, quality analysis.

Uvod

Luskavica ali psoriza je pogosta, kronična, vnetna, nenalezljiva in dedno pogojena kožna bolezen, za katero so značilna rdečkasta, z luskami pokrita kožna žarišča različnih oblik in velikosti. Luskavico ima vsak petdeseti človek; 1 do 2 % prebivalstva zboleva za luskavico, ki je ena najbolj razširjenih kožnih bolezni. V Sloveniji zboleva za luskavico okoli 16 % populacije ali 32 000 ljudi. Potek bolezni je strogo individualen, običajno se stanje izboljša poleti, pozimi se poslabša (Arzenšek, 1999). Natančnega vzroka za nastanek psorize kljub številnim raziskavam celostno še vedno ne poznamo, edino, kar je dokazano, je to, da je psoriza dedna bolezen. Podeduje se pripravljenost, nagnjenost k tej bolezni, ne pa bolezen sama (Arzenšek, 1999). Za luskavico je značilen pospešen prehod celic iz bazalne v roženo plast, ki pri zdravih ljudeh traja 28 dni, pri psoriatiki pa je skrajšan na 4 do 7 dni. Posledica teh dogajanj je poroženelost, ki se kaže z luskami na koži (Arzenšek, Miljković, 2009). Bolezen se lahko pojavi na vseh delih kože, najpogosteje pa se pojavi na lasišču, nohtih, obrazu ter na komolcih, kolenih, dlaneh, stopalih in kožnih gubah. Luskavica je bolezen, ki ima veliko različnih oblik, zato tudi za nobeno drugo kožno bolezen ne obstaja toliko različnih načinov zdravljenja. Bolniki z luskavico nikoli popolnoma ne ozdravijo, ponovni izbruhi bolezni so bolj pravilo kot izjema (Arzenšek, 1999; Christophers, Mrowiez, 2009). V osnovi poznamo dve vrsti zdravljenja, topikalno in sistemsko. Veliko bolnikov se poslužuje tudi alternativnih načinov zdravljenja.

Človek s kožnim obolenjem potrebuje poleg telesnega zdravljenja tudi veliko mero razumevanja in svetovanja, če želimo, da je zdravljenje uspešno. Zdravstvena nega dermatološkega bolnika je specifična, biti mora celostna, individualna in avtonomna. Bolnika je potrebno o njegovi bolezni in zdravljenju obveščati in mu omogočiti, da aktivno sodeluje pri zdravljenju (Hitchens, Creevy, 1992). Medicinska sestra mora bolnika z luskavico obravnavati kot kompleksno in individualno osebo. Vzporedno s kožnimi spremembami mora imeti pred očmi tudi bolnikovo psihično, socialno in ekonomsko problematiko (Arzenšek, 1999). Kožne bolezni negativno vplivajo na počutje bolnika, prav tako ima bolezen negativen psihološki vpliv (Benedečič et al., 2007). Živimo v obdobju, v katerem videz igra pomembno vlogo. Kako pa se ob tem počutijo ljudje, ki trpijo za boleznimi, ki na kakršen koli način prizadenejo njihov videz? Prizadeti sta njihova telesna podoba in s tem tudi njihova samozavest, prevečkrat so stigmatizirani in odrinjeni od drugih ljudi. Poznavanje in razumevanje socialnega, psihološkega in duhovnega ozadja bolezni je na področju zdravstvene nege zelo pomembno in nujno potrebno.

Metoda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Uvodni teoretični del je bil obdelan s pregledom obstoječe literature s področja dermatologije, zdravstvene nege in spremenjene telesne samopodobe. Literatura je bila pridobljena s pomočjo bibliografskega sistema COBISS in tujih podatkovnih baz, CHINAL in MEDLINE s ključnimi besedami: luskavica/ psoriza, dermatology nursing, samopodoba/self-esteem, telesna podoba/body-image.

V empiričnem delu je bila uporabljena kvalitativna metoda, s katero smo želeli dobiti globlji vpogled v doživljanje oseb z luskavico ter opozoriti na probleme, s katerimi se srečujejo. Zanimalo nas je, kako telesno obolenje vpliva na doživljanje in zaznavanje samega sebe.

Vzorec kvalitativne raziskave je vključeval tri bolnike z luskavico, stare 31, 48 in 54 let, dva moška in eno žensko z luskavico vulgaris. Tehnika zbiranja podatkov je bil polstrukturirani intervju, ki je bil posnet na domovih udeležencev ter obdelan in prepisan doma. Polstrukturirani intervju je vseboval 4 teme: kakovost življenja, preživljanje vsakdana, pomembni življenjski dogodki in odnosi z ljudmi. Dobesedni prepisi intervjujev so bili označeni s šiframi za posamezne intervjuje, prvi intervju I_1 , drugi I_2 , tretji I_3 . Vsi udeleženci raziskave so bili seznanjeni z namenom, potekom in metodo raziskave ter so prostovoljno privolili v intervju ter bili seznanjeni z anonimnostjo in varovanjem podatkov.

Kvalitativna analiza je bila opravljena po naslednjih korakih (Mesec, 1998; Pahor, 2002; Vogrinc, 2008):

- teksti so bili v celoti večkrat prebrani in odprto kodirani, s tem so bile identificirane glavne teme;
- na osnovi odprtega kodiranja je bil izdelan seznam kategorij, s pomočjo katerih je bil analiziran tekst in posamezni citati razporejeni v ustrezne kategorije;
- najpogostejše zastopane kategorije so pokazale strukturo teksta;
- sorodne kode so bile združene v kategorije;
- vsaka kategorija je bila analizirana glede na dimenzije, kot so vzrok – značilnost – posledica, več – manj;
- rezultati so bili povzeti v obliki tabel in miselnih vzorcev ter podkrepljeni s posameznimi citati iz vseh treh intervjujev.

Rezultati

Identificiranih je bilo pet tem, ki so se pojavljale v večini odgovorov:

- socialna izoliranost,
- sprejemanje sebe,
- odzivi ljudi,
- kakovost življenja,
- psihološka obremenjenost.

Socialna izoliranost

V okviru te tematske kategorije so se najpogostejše pojavljali tematski elementi: iskanje varnih kotičkov, skrivanje pred pogledi, beg v samoto. Analizirani so bili po vzročno-posledični dimenziji, v kateri smo lahko ločili pogoje (vzroke), značilnosti pojava in njegove posledice.

Socialno izoliranost so udeleženci opisovali na dveh ravneh, kot konkretne primere občutenja in ravnanja pri drugih ljudeh in kot konkretne primere njihovih izkušenj – izkušenj ljudi z luskavico. Ljudje so do bolnikov z luskavico zavzemali različna stališča, iz katerih izhajajo tudi konkretna dejanja.

»Ljudje te obravnavajo kot nekaj nalezljivega.« (I_1)

Razloge za takšno mišljenje in ravnanje so naši udeleženci pripisovali predvsem nepoznavanju bolezni in strahu pred njimi.

Tabela 1: Socialna izoliranost.

SOCIALNA IZOLIRANOST		
Pogoji, razlogi	Značilnosti pri zdravih ljudeh	Posledice pri bolnikih
nepoznavanje bolezni zdravih ljudi	– strah pred okužbo – spraševanje – radovedni pogledi – negativne reakcije	– neprijetno počutje – nelagodje – umik v samoto – skrivanje pred pogledi – osramočenost

»In potem mislijo, ziher je kaj nalezljivega« (I₁)

Bolniki z luskavico socialno izoliranost doživljajo različno, neprijetna vprašanja in pogledi jih spravljajo v zadrego, počutijo se nelagodno in se zato raje držijo bolj zase, se izogibajo gneče in skrivajo.

»Sem iskal, kam bi se skrila.« (I₃)

Sprejemanje sebe

V okvir te tematske kategorije smo uvrstili izjave udeležencev o prvem soočenju z boleznijo in o skrivanju svoje bolezni pred drugimi ljudmi, o ranljivosti in obdobju, v katerem so bili najbolj ranljivi in dovzetni za vplive okolja. Udeleženci so spregovorili tudi o fazi sprejetja svoje bolezni. Vsi trije so se z boleznijo srečali zgodaj in takrat sploh še niso vedeli, kako bo bolezen vplivala na njihovo življenje.

»Ja, takrat še niti nisem toliko vedela, kaj je to. Sicer so povedali, da je neozdravljiva bolezen« (I₁).

Težko se je bilo navaditi, da so od tega trenutka naprej drugačni, vendar je bilo še težje stopiti pred druge ljudi, in še to s strahom, da bo vsak takoj opazil spremembe na njihovi koži, zato so se skrivali pred drugimi ljudmi.

»Poleti kratke majice, jaz pa sem hodil v dolgih rokavih, da se ja ni videlo« (I₃).

Proces sprejetja bolezni se ne zgodi čez noč. Udeleženci raziskave so govorili o tem, da so bolezen po svoje sprejeli, vendar so kmalu dodali, da pa jih spremembe na koži se vedno motijo, pravzaprav jih bolj kot sama bolezen motijo odzivi ljudi.

»Težko je sprejeti, da sem jaz drugačen, da me vsi gledajo. Ja, sem sprejel. Saj ne morem drugače« (I₃).

Odzivi ljudi

Udeleženci so o odzivih drugih ljudi govorili v dveh smereh, pozitivnih in negativnih odnosih. Negativne odzive so udeleženci doživljali predvsem s strani neznanih ljudi, včasih tudi s strani znancev. Po izjavah sodeč, je večina svojcev in prijateljev bolnike sprejemala takšne, kot so. Nekaj izjav pa se je nanašalo tudi na odnos zdravstvenih delavcev do bolnikov z luskavico.

Tabela 2: Odzivi ljudi

ODZIVI LJUDI	
pozitivni	negativni
bližnji/prijatelji do bolnikov	
zdravstveni delavci do bolnikov	tujci do bolnikov

Prijatelji in družina so jih sprejemali takšne, kot so.

»Mam komerate [prijatelje], familio, tole punco imam, ne. Me sprejmejo, saj itak so se navadili, da jaz to imam. Me razumejo, ne. V familiji je to, ne« (I₃).

Udeleženci o slabih izkušnjah z zdravstvenimi delavci niso govorili, nekdo pa je povedal, da če je od koga pričakoval razumevanje in empatijo, so bili to prav zaposleni v zdravstvu.

»Zdravniki, ja. Saj imajo dober odnos. Kdo pa nas bo razumel, če ne oni« (I₃).

Veliko so povedali o odnosih tujih ljudi do njih, žalostno je, da pozitivnih izkušenj praktično niso doživeli. Namesto razumevanja in sprejemanja so bili deležni zgolj radovednih pogledov, vprašanj in izogibanj.

»Saj še včasih je huje, če te samo gledajo in ne rečejo nič, ne veš, kaj si mislijo« (I₃)

»Samo drugi ljudje. Da pa res, vsak te sprašuje, kaj to imaš. Tudi če mu poveš, ne vem, če ti ravno verjamejo, ker to zgleda malo zoprno.« (I₁)

Udeleženci so o prijateljih in bližnjih povedali tudi nekaj negativnih izkušenj, še posebej pretresljiva je bila izkušnja udeleženca, ki je s strani partnerke dobil zavrnitev zaradi luskavice, dekletu mu je namreč direktno povedalo, da z njim ne bo imela otroka, ker obstaja možnost, da bo tudi otrok zbolel za luskavico.

»Ker v bistvu sem enkrat hodil z eno punco, ki je direktno rekla, da sem drugače zelo fejš fant, ampak da ona otrok z mano ne bi imela, zato ker pač imam luskavico. To je v bistvu po svoje butasto, ker pač, tako kot si, si.« (I₂)

Kakovost življenja

V to tematsko kategorijo smo uvrstili izjave udeležencev, v katerih so govorili o prikrasnosti in dodatnih obremenitvah zaradi bolezni; življenje brez bolezni bi bilo po njihovem boljše. Dodatne obremenitve bolnikom predstavlja predvsem potreba po nenehni skrbi za kožo.

»Pol ure na dan porabim, če se hočem namazat zvečer, vedno.« (I₁)

Bolezen udeležencem predstavlja oviro v vsakdanjem življenju, govorili so, da bi bili brez bolezni drugačni ljudje.

»Boljše bi bilo, če bi lahko brez tega bil, neobremenjen hodil okrog. Kratki rokavi in tole, se nič ne sramuješ, kakšen si.« (I₃)

Udeležencem težave povzročajo tudi razmere na delovnih mestih, koriščenje bolniškega dopusta in nezadovoljstvo s strani delodajalcev.

»Takrat je šlo dva meseca urlauba, potem itak se še na colingi [plači] pozna. Na šihu tudi, niso bili veseli. Itak me dva meseca ni bilo. Zdaj pa, zaradi tega ne jemljem bolniške. Po drugi strani pa, tam strošek in nimajo nič od mene.« (I₃)

Psihološka obremenjenost

Udeleženci so govorili tudi o zaznamovanosti, nizki samopodobi in napetosti. Spremembe na koži vplivajo na človekovo samozavest, zaradi luskavice imajo nižjo stopnjo samozavesti, niso všeč sami sebi in niso zadovoljni s svojo zunanjo podobo.

»O to pa sigurno, da se nimam rada takšne, kot sem.« (I₁)

Zaradi vsega doživetega, tako s strani drugih ljudi kot tudi doživljanja samega sebe so se udeleženci počutili zaznamovane.

»Tako, to bi rekel da je res mogoče v meni, pa da se zaradi tega počutim ne vem kaj, zaznamovan.« (I₂)

Med udeleženci raziskave se je pojavljal občutek napetosti, bolezen jih je psihično obremenjevala. Zaradi vsega skupaj so poročali o napetosti, včasih živčnosti, razdražljivosti. Posebej je bilo izpostavljeno to, da bolezen bolj kot telesno prizadene duševno; bolj boli v duši, kot na telesu.

»Sploh takrat, recimo ko mi je ta partnerka rekla, da z menoj ne bi imela otrok sem se ful sekiral.« (I₂)

»Saj pravim, bolj kot telesno je duševno, me tole daje.« (I₃)

Diskusija

Bolezen posameznika zaznamuje na vseh področjih njegovega delovanja. Ljudje s spremembami na koži so pogosto odrinjeni na rob družbenega dogajanja, ker družba posameznika s kožnimi obolenji hitro opazi.

Kvalitativna analiza treh intervjujev odkriva, da bolj kot posledice telesne bolezni posameznika bremenijo psihološke tegobe in tudi odzivi drugih ljudi. Zdravi posamezniki zaradi nepoznavanja luskavice bolezen smatrajo za nalezljivo in se posledično odklonilno obnašajo do ljudi z luskavico. Bolj kot telesna prizadetost posameznika ogroža nizka kakovost življenja, slabo psihično stanje, socialna izključenost in odklonilni odnosi drugih ljudi.

Maginetal (2009) navajajo, da je socialna izoliranost in izogibanje odnosov z drugimi ljudmi pogost problem psoriatikov. Ti ljudje se pogosto izogibajo družbenih in športnih aktivnosti.

V moderni družbi se neprestano govori o drugačnosti, da drugačnost ne sme biti več tabu. Pa smo ljudje resnično pripravljeni sprejemati drugačne?

Raziskava o čustvenih in socialnih vplivih bolezni, ki jo je izvedlo Društvo psoriatikov Slovenije, je pokazala, da je odnos zdravih do ljudi z luskavico večinoma ignorantski, 67% vprašanih psoriatikov to občuti. Kar 64% jih meni, da se jih ljudje izogibajo v strahu, da bi se nalezli. Kar 88% zdrave populacije je za luskavico že slišalo in 86% jih ve, da bolezen ni nalezljiva (Jamnik, 2009).

Predsodki in strah prevladujejo nad razumom, ljudje vedo, da luskavica ni nalezljiva, a vendar vseeno podležejo pod predsodki in vedenjem okolice. Moč čustev prevlada nad razumom.

Young (2005) navaja, da bolniki z luskavico na vprašanje o samozavesti v veliki večini odgovorijo, da bolezen vpliva na njihovo samozavest.

Bolniki od zdravstvenih delavcev pričakujejo in želijo sočutje, razumevanje. Odnos medicinske sestre in ostalih zdravstvenih delavcev temelji na empatičnem odnosu in dobri komunikaciji do bolnikov. Poleg skrbi za nego kože, pravilno aplikacijo zdravil in izobraževanje bolnikov je v domeni medicinske sestre tudi to, da opazi pri bolniku tudi psihološke spremembe in mu na ustrezen način pomaga – ga ne rešuje sama, pač pa bolnika ustrezno usmeri do strokovnjaka s tega področja.

Vsaka bolezen vpliva na kakovost življenja obolelega, prav tako je kakovost življenja ljudi z luskavico nižja kot pri zdravih ljudeh. Počutijo se ovirane in prikrajšane za nekatere radosti življenja. Green (2010) v svoji raziskavi navaja področja, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja ljudi z luskavico: rekreacija, počitnice, srečanja, fotografiranje, javno nastopanje in spolno življenje.

Prizadetost bolnikov z luskavico ni omejena zgolj in samo na spremenjeno telesno podobo, temveč je problematika veliko širša. Že ob iskanju primernih kandidatov za raziskavo se je izkazalo, da ljudje težko govorijo, ali pa sploh nočejo govoriti o svoji bolezni. Obstaja nevarnost, da bo družba te ljudi – drugačne ljudi – pahnila čez rob družbenega dogajanja, ko pa se že tako nekateri izmed njih preveč umikajo v samoto.

Zaključki

Življenje z boleznijo pri bolniku marsikaj spremeni. Zdravi ljudje premalokrat pomislimo, kako se počutijo osebe, ki imajo zaradi bolezni spremenjeno svojo zunanjo podobo. Ključni rezultat raziskave je spoznanje, da bolj kot sama telesna bolezen posameznika bremeni in ogroža nizka kakovost življenja, slabo psihično stanje, socialna izključenost in odklonilni odnosi drugih ljudi.

Luskavica je pogosta kožna bolezen, zato se bomo zdravstveni delavci v prihodnosti zelo pogosto srečevali s takšnimi bolniki. Za zdravstveno nego kot stroko je pomembno, da bolnikom z luskavico, kot tudi vsem drugim, ki jih pestijo podobne težave kot psoriatike, zagotovi holistično zdravstveno nego s poudarkom na psihološki pomoči in svetovanju bolnikom v stiski. Če se ne bomo naučili sprejemati drugačni ljudi, se nam lahko kaj hitro zgodi, da na koncu vsega ne bomo sposobni sprejeti niti samega sebe.

Literatura

- Arzenšek J. Psoriza – luskavica: knjižica o bolezni. Celje: Društvo psoriatikov Slovenije; 1999.
- Arzenšek J, Miljković J. Eritemoskvamozne dermatoze. In: Kansky A, Miljković J, eds. Kožne in spolne bolezni. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Združenje slovenskih dermatovenerologov; 2009: 201–8.
- Benedečič A, Planinc K, Piliš KA. Pomen in način ocene kakovosti življenja bolnika s kožno boleznijo. In: Zbornik / IV. Dermatološki dnevi, Maribor, 19. – 20. oktobra 2007. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za kožne in spolne bolezni; 2007: 89–93.
- Christophers E, Mrowith U. Psoriasis. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Landthaler M, Wolff H, eds. Braun-falco's dermatology. Third edition. Heidelberg: Springer Medizin; 2009: 506–25.
- Green L. The effect of skin conditions on patient's quality of life. Nurs stand. 2010; 25 (9): 48–54.
- Hitchens S, Creevy J. Kožne bolezni in telesna podoba. In: Salter M, eds. Spremenjena telesna podoba: vloga medicinske sestre. 1. Izdaja. Ljubljana: Državna založba; 1992: 11–29.
- Jamnik F. Upanje obstaja – za boljše življenje z luskavico: 30 let Društva psoriatikov Slovenije: 1997–2009. Maribor: Društvo psoriatikov Slovenije; 2009.
- Magin P, Adams J, Heding G, Pond d, Smith W. The psychological sequelae of psoriasis. Results of qualitative study. Psychol health med. 2009; 14 (2): 150–61.
- Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1998.
- Pahor M. Medicinske sestre v očeh študentov zdravstvene nege: kvalitativna študija. Obzor Zdr N. 2002; 36 (2): 79–83.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008.

Young M. The psychological and social burdens of psoriasis. *Dermatol Nurs.* 2005; 17 (1): 15–9.

Sekcija 4

Dejavnost primarnega zdravstvenega nivoja

Vloga probiotikov v prehrani

Role of probiotics in human nutrition

Marjana Benigar Manias, Mojca Bizjak

Povzetek

Probiotiki so živi mikroorganizmi, ki po zaužitju v zadostni količini ugodno vplivajo na zdravje gostitelja. Uporabljajo se predvsem za izboljšanje porušenega ravnotežja črevesne mikrobiote, ki vpliva na gostiteljevo fiziologijo. Probiotiki zmanjšajo pogostnost okužb, prek presnovnih procesov uravnavajo fiziologijo organizma ter okrepijo gostiteljev imunski sistem. Zaradi vse večjega povpraševanja po probiotikih smo želeli predstaviti ugodne učinke probiotikov na zdravje in predstaviti dejansko stanje probiotikov v Sloveniji. Ugotovitve pregleda literature kažejo, da bo potrebno narediti še veliko raziskav o učinkovitosti probiotikov, ki ne bodo vezane samo na določen sev, ampak na mešanico sevov, uporabljenih v izdelku. Potrebno bo tudi urediti zakonodajo na področju probiotikov, da bi s tem izboljšali kakovost probiotičnih izdelkov.

Ključne besede: probiotiki, mikrobiota, probiotične bakterije, probiotični izdelki.

Abstract

Probiotics are live microorganisms, which when ingested in adequate amounts confer a health benefit on the host. They are used especially to improve demolished intestinal microbiota balance, which affected on host physiology. Probiotics decrease frequency of infections, through metabolic processes they regulate physiology of organism, and they strengthen host's immune system as well. Demanding for probiotics is increasing so we wanted to present their favourable effects on health and also introduce current state of probiotics in Slovenia. Literature review shows that more studies about probiotic effectiveness are needed, which should include the mixture of probiotic strains used in product and not to be concentrated just on effectiveness of single probiotic strain. Beside this, legislation has to be regulated to improve the quality of probiotics products.

Key words: probiotics, microbiota, probiotic bacteria, probiotic products.

Uvod

Začetki probiotikov segajo daleč v zgodovino, saj so fermentiranemu mleku pripisovali zdravju koristne učinke že pred tisočletji. Razmeroma nova pa so spoznanja, da so

z ugodnimi učinki na zdravje povezane bakterije; ta spoznanja segajo v začetek dvajsetega stoletja (Rogelj, 2009).

Izraz probiotik sta prvič uporabila Lilly in Stillwell leta 1965 za opis substanc, ki jih proizvaja en mikroorganizem in stimulirajo rast drugih mikroorganizmov. Z vse večjim poznavanjem mehanizmov delovanja se je spreminjala tudi definicija probiotika (Rogelj, Perko, 2003). Parkerjevo definicijo probiotikov (1974) – »organizmi in snovi, ki prispevajo k črevesnemu mikrobnu ravnotežju«, je preoblikoval Fuller leta 1989 v »živ mikrobn dodatek krmi, ki ugodno vpliva na žival gostiteljico, z izboljšanjem njenega črevesnega mikrobne ravnotežja«. Definicija probiotikov je bila dolgo omejena samo na uporabo v živalski prehrani. Huis in't Veld in Havenaar (1992) sta predlagala, da se definicija razširi tudi na humano prehrano. Probiotike sta opisala kot »mono- ali mešane kulture živih mikroorganizmov, ki koristno učinkujejo na zdravje človeka ali žival z uravnavanjem črevesne mikrobiote«.

Od leta 2002 veljavna definicija, ki sta jo povzeli tudi organizaciji FAO in WHO, pa opisuje probiotike kot žive mikroorganizme, ki imajo ugodne učinke na zdravje gostitelja, če jih zaužijemo v zadostni količini, da je učinke možno znanstveno dokazati (FAO, WHO 2002). Lahko rečemo, da velja osnovni koncept probiotikov, ki se je začel oblikovati na začetku 20. stoletja, še danes. Razlika je v tem, da je nekoč slonel na predvidevanjih, danes pa na znanstveno potrjenih dejstvih in dokazanih fizioloških učinkih (Rogelj, 2009).

Najbolj poznani probiotični mikroorganizmi so predstavniki rodov *Lactobacillus* in *Bifidobacterium*, kar je delno posledica njihove tradicionalne povezave z zdravjem, naravne prisotnosti v prebavnem traktu in fermentirani hrani, pa tudi tako imenovanega statusa GRAS (splošno priznane kot varne) (Rogelj, Perko, 2003). To pa ne pomeni, da so vse mlečnokislinske bakterije ali pa vsi laktobacili in bifidobakterije probiotiki (Rogelj, 2009). Koristni učinki probiotikov so namreč specifično vezani na določeno vrsto oz. celo podvrsto, sev. Probiotični sevi imajo nekaj lastnosti, ki jih ločijo od drugih sorodnih bakterij (Orel, 2010). Te lastnosti so tekmovanje z zdravju škodljivimi bakterijami v prebavilih, razgrajevanje sestavin hrane, vzpodbujanje delovanja prebavil in imunskega sistema. Zmotno je mišljenje, da ima ena probiotična bakterija vse zgoraj naštetе ugodne učinke. Probiotične bakterije se med seboj razlikujejo. Ene so uspešnejše pri borbi proti škodljivim bakterijam, druge pri vzpodbujanju delovanja prebavil, tretje zopet pri vzpodbujanju imunskega sistema. Vse boljše poznavanje mehanizmov njihovega delovanja in vse več kliničnih raziskav, opravljenih v zadnjih letih, nakazuje možnost uspešne uporabe probiotičnih bakterij tako v preventivi, kot tudi pri podpori pri zdravljenju različnih lažjih, pa tudi težjih bolezni, vključno z nekaterimi oblikami raka (Rogelj, 2009).

Koristne učinke pa lahko pričakujemo le, če je vnos probiotikov v organizem zadosten (Orel, 2005), da preživijo prehod do črevesja in ga vsaj začasno naselijo, kar pomeni, da morajo uspešno tekmovati za življenjski prostor in hranila, biti odporni proti kislini, želodčnemu soku in žolču ter proizvajati protimikrobne snovi (Sernel, 2011).

Probiotiki so sestavni del funkcionalne hrane, zlasti fermentiranih mlečnih izdelkov, v zadnjih letih pa so se močno uveljavili tudi kot sestavni del prehranskih dopolnil. Na policah trgovin in lekarn se vsakodnevno pojavljajo novi probiotični izdelki v različnih oblikah (tablete, kapsule, napitki). Namenjeni so predvsem preventivi, to je vzdrževanju črevesne mikroflore in vzpodbujanju imunskega sistema z namenom utrjevanja odpornosti

organizma (Saarela et al., 2000). Uporaba probiotikov kot prehranskih dopolnil je dobila v zadnjih letih izjemne razsežnosti. Ker sodijo probiotiki v novo generacijo izdelkov, ki brišejo meje med živili, prehranskimi dopolnili in zdravili, je zakonodaja še v fazi oblikovanja (Rogelj, 2009). Proizvajalci tako niso dolžni navajati števila probiotičnih bakterij v izdelku, ki se do izteka roka uporabnosti še zmanjšuje in lahko pade na vrednost, ko ne doseže več probiotičnega učinka (Esih, 2009).

Vpliv probiotikov na zdravje

Probiotiki imajo ugodne učinke na imunski sistem, črevesno mikrobioto, črevesne okužbe, črevesna vnetja, funkcionalne motnje prebavil, presnovne motnje in alergije. Vplivajo na metabolizem, preko katerega delujejo na izboljšano stanje laktosne tolerance, na zmanjšanje koncentracije holesterola ter zmanjšanje števila toksičnih in mutagenih reakcij v črevesju, kar zmanjša tveganje za nastanek raka debelega črevesja. Vplivajo tudi na imunski sistem, tako da izboljšajo imunski odgovor organizma, kar posledično vpliva na ublažitev alergijskih reakcij, ter na izboljšano stanje vnetnih črevesnih bolezni. Probiotiki pa vplivajo tudi na sestavo črevesne mikrobiote. Z izboljšanjem sestave črevesne mikrobiote zatirajo rast patogenov, ki so vzrok za driske (potovalne, antibiotične, rotavirusne), ter ugodno vplivajo na sindrom razdražljivega črevesja (Parvez et al., 2006).

Možnost uporabe probiotikov pri zdravljenju kroničnih bolezni in motenj je zelo zanimiva, saj probiotiki nimajo stranskih učinkov. Bolezni, pri katerih si na podlagi do sedaj opravljenih kliničnih študij obetajo največ koristi od terapevtske uporabe probiotikov, so naslednje: preobčutljivo črevo, vneto črevo, vnetje sklepov in alergije na hrano. Tarčne celice probiotikov so lahko celice sluznice, ki predstavljajo mejo med povzročitelji infekcij in gostiteljem. Način delovanja pa se od seva do seva razlikuje (Zabukovec, 2010).

- *Lactobacillus acidophilus* (Ouwehand et al., 2002; Parvez et al., 2006; Srividya et al., 2011):
 - zmanjša drisko, povezano z uživanjem antibiotikov,
 - znatno zmanjša drisko pri bolnicah z obsevanjem maternice,
 - zmanjšanje serumski holesterol,
 - zmanjšuje alergijske reakcije,
 - zmanjšuje resnost okužbe s *H. pylori*.
- *Lactobacillus casei* Shirota (Ouwehand et al., 2002):
 - skrajša trajanje rotavirusne driske,
 - modulira črevesno mikrobioto,
 - zmanjša ponovljivost nastanka površinskega raka na mehurju,
 - ugodno vpliva pri zaprtju (izboljša konsistenco in odvajanje blata).
- *Lactobacillus johnsonii* LA1 (Ouwehand et al., 2002):
 - zmanjša kolonizacijo *H. pylori*.
- *Lactobacillus plantarum* 299v (Ouwehand et al., 2002; Ooi, Liong, 2010):
 - lajšanje sindroma razdražljivega črevesja,
 - znižanje trigliceridov in LDL holesterola.
- *Lactobacillus plantarum* KCTC3928 (Ooi, Liong, 2010):
 - znižanje trigliceridov, skupnega in LDL holesterola ter zvišanje HDL holesterola.
- *Lactobacillus reuteri* ATTC (Ouwehand et al., 2002; Srividya et al., 2011):
 - skrajša trajanje rotavirusne driske,

- zdravljenje akutne driske,
- učinkovit pri zdravljenju okužbe s *H. pylori*,
- preprečevanje splošnih bolezni pri otrocih in odraslih.
- *Lactobacillus rhamnosus* GG (Aurelie et al., 2011; Ouwehand et al., 2002; Parvez et al., 2006; Petrof, 2009):
 - zdravi in prepreči alergije,
 - zmanjša pogostost pojava ter skrajša trajanje rotavirusne driske,
 - zdravi ali prepreči drisko, povezano z uživanjem antibiotikov,
 - izboljša celično imunost pri zdravih odraslih,
 - zmanjša simptome vnetnih črevesnih bolezni,
 - poveča število bifidobakterij v blatu.
- *Lactobacillus salivarius* UCC118 (Ouwehand et al., 2002):
 - zmanjša simptome vnetnih črevesnih bolezni,
 - zavira kolonizacijo *H. pylori*,
 - poveča število fekalnih bakterij *Enterococcus*.
- *Bifidobacterium lactis* Bb12 (Ouwehand et al., 2002):
 - učinkovit pri zdravljenju alergij,
 - skrajša trajanje rotavirusne driske,
 - zmanjša pogostost pojava potovalne driske.
- *Escherichia coli* Nissle 1917 (Aurelie et al., 2011; Ouwehand et al., 2002; Petrof, 2009):
 - zmanjša ponovitve vnetne črevesne bolezni,
 - ublaži ulcerozni kolitis,
 - ugodno vpliva pri zaprtju (izboljša konsistenco in odvajanje blata).
- *Saccharomyces cerevisiae* boulardii (Aurelie et al., 2011; Ouwehand et al., 2002; Srividy et al., 2011; Petrof, 2009):
 - zmanjša ponovitve vnetnih črevesnih bolezni,
 - zmanjša tveganje za pojav driske, povezane z uživanjem antibiotikov,
 - zdravi infekcije, ki jih povzroči *Clostridium difficile*,
 - uporaben pri zdravljenju akutne driske pri odraslih in otrocih.

Probiotični izdelki

Probiotiki so sestavni del funkcionalne hrane, zlasti fermentiranih mlečnih izdelkov, v zadnjih letih pa so se močno uveljavili tudi kot sestavni del prehranskih dopolnil. Ne glede na to, kako se probiotiki uporabljajo (kot prehranska dopolnila ali zdravila), morajo izpolnjevati selekcijske kriterije, ki vključujejo varnostni, funkcionalni in tehnološki vidik (Sernel, 2011).

Če želimo doseči pozitiven vpliv na zdravje, moramo zaužiti zadostno število probiotičnih bakterij (Pajk Žontar, Peterman, 2009), da lahko po zaužitju izdelka premagajo ovire na poti do črevesja (želodčna kislina, žolčne soli, bazičnost dvanajstnika) in se tam zadržijo tako dolgo, da lahko izkažejo pričakovano pozitivno dogajanje (Sernel, 2011). Znanstvene raziskave kažejo, da se število preživelih probiotičnih bakterij v želodcu pomembno zmanjša, če probiotične izdelke uživamo na prazen želodec, s tem pa se zmanjša tudi njihov učinek (Pajk Žontar, Peterman, 2009).

Število probiotičnih bakterij je izraženo v kolonijski enoti (ke) na gram izdelka. Kolonijska enota pomeni, da je bakterija živa, ker je v laboratoriju zrastle iz ene celice v skupek ali kolonijo, v kateri lahko preštejemo bakterije (Pajk Žontar, Peterman, 2009).

V strokovni in znanstveni literaturi ni povsem enotnih podatkov o tem, koliko živih bakterij je potrebno za probiotični učinek na zdravje. Nekateri avtorji menijo, da je minimalno število probiotičnih bakterij za pozitiven učinek na zdravje med 10^5 in 10^6 ke/g, drugi pa priporočajo, da mora biti v izdelku za vzdrževanje zdravja vsaj 10^8 živih bakterij/ml (ke/g) ali več (Pajk Žontar, Peterman, 2009).

Splošno naj bi veljalo, da probiotični izdelki naj ne bi vsebovali manj kot 10^6 ke/ml ali gram, za koristen učinek na zdravje gostitelja pa je potreben dnevni vnos 10^8 – 10^9 ke/ml oz. g probiotičnih mikroorganizmov (Resnik, 2008).

Probiotični fermentirani mlečni izdelki na slovenskem trgu

Med najbolj priljubljenimi probiotičnimi živili so probiotični jogurti, ki so tipični predstavniki funkcionalne hrane. Organizmu zagotavljajo osnovna hranila in energijo, poleg tega pa imajo različne zdravju koristne učinke. Kot živila so namenjeni predvsem preventivi, to je vzdrževanju ravnotežja črevesne mikroflore in vzpodbujanju imunskega sistema v smislu utrjevanja naravne odpornosti organizma. Tudi navaden jogurt ima zaradi snovi, ki nastajajo med fermentacijo, številne blagodejne učinke na prebavni trakt. Razlika je le v tem, da dodane probiotične bakterije žive prispejo v črevo in tam deluje na organizem (Rogelj, 2007).

Leta 2009 je Zveza potrošnikov Slovenije (ZPS) vzela pod drobnogled 12 probiotičnih mlečnih izdelkov na slovenskem trgu. Pregledali so ustreznost deklaracij, izdelke senzorično ocenili ter določili število probiotičnih bakterij v vzorcu. Pri deklaraciji je bilo največ pomanjkljivosti pri pravilnem navajanju probiotikov. Niti eden od proizvajalcev ni znanstveno pravilno deklariral vseh vsebovanih probiotikov, pri čemer je pomembno, da sta rod in vrsta probiotika zapisana kurzivno. Pri številu probiotičnih bakterij so glede na podatke iz znanstvene literature določili vsebnost bakterij več kot 10^9 ke/ml za najboljšo oceno izdelka ter kot spodnjo ustrezno mejo vzeli 10^6 ke/ml. Vsi testirani izdelki so vsebovali več kot 10^6 ke/ml probiotičnih bakterij. Po mnenju strokovnjakov bi morali za učinkovit vpliv na zdravje zaužiti 200 do 300 gramov takih izdelkov (10^6 ke/ml živih bakterij) na dan (Pajk Žontar, Peterman, 2009).

Po predstavljeni raziskavi N. Kuk je bila ustreznost probiotičnih mlečnih izdelkov glede vsebnosti probiotičnih bakterij slabša kot pri VIP-ovi raziskavi leta 2009. Samo en jogurt (Actimel) od desetih pregledanih je vseboval 10^8 ke/ml, štirje od teh so vsebovali vsaj 10^7 ke/ml, ostalih pet izdelkov pa je vsebovalo 10^6 ke/ml ali manj probiotičnih bakterij. Od tega se samo pri treh izdelkih (Lca Vita, Actimel, Bio Aktiv LGG) število probiotičnih bakterij do konca roka uporabnosti ni spremenilo. Pri VIP-ovi raziskavi pa je od 12 pregledanih izdelkov osem vsebovalo več kot 10^8 ke/ml vse do konca uporabnosti, ostali pa vsaj 10^7 ke/ml. Vendar je potrebno tu omeniti tudi razlike pri testiranju, zaradi katerih je lahko prišlo do nižje vsebnosti bakterij pri N. Kuk, ki je določala vsebnost bakterij posamezne vrste, medtem ko je bilo pri VIP-ovi raziskavi določeno skupno število probiotičnih bakterij v izdelku.

Tudi pri deklaracijah so bile pomanjkljivosti. Od 10 pregledanih izdelkov so trije izdelki (Actimel, Ego in Bio Aktiv LGG) vsebovali vse probiotične bakterije, ki so bile na-

vedene na deklaraciji. Bio Aktiv LGG pa je bil edini izdelek, ki je imel poleg vrste naveden tudi sev bakterije.

Probiotična prehranska dopolnila

Probiotične mikroorganizme lahko poleg zgoraj opisanih fermentiranih mlečnih izdelkov najdemo tudi v obliki prehranskih dopolnil in kot zdravila brez recepta. V Sloveniji je bilo leta 2004 na voljo 6 izdelkov iz kategorije prehranskih dopolnil, v letu 2009 pa jih je bilo v lekarnah in specializiranih prodajalnah z zdravo hrano naprodaj najmanj 39 (Bogovič Matijašič, 2010).

Na slovenskem tržišču proizvajalci pri večini probiotičnih prehranskih dopolnil ne navajajo funkcionalnih učinkov in zdravilnih lastnosti, zato se lahko ta prehranska dopolnila prodajajo v prosti prodaji. Za patentiranje posameznih aplikacij zdravljenja je potrebno opraviti obsežne študije, vložiti veliko denarja, medtem ko moramo za nov prehraben izdelek oz. prehransko dopolnilo, ki ga obravnavajo podobno kot živila, le zadostiti osnovnim zahtevam za hrano glede kakovosti, zdravstvene neoporečnosti in trajnosti (Sernel, 2011).

Leta 2009 je Biotehniška fakulteta pregledala 20 probiotičnih prehranskih dopolnil na slovenskem trgu. Od skupaj 20 pregledanih je 5 izdelkov vsebovalo število probiotičnih mikroorganizmov, ki je bilo skladno z deklaracijo, pri 12 izdelkih je bilo ugotovljeno število nižje od navedenega, pri dveh izdelkih število ni bilo navedeno v deklaraciji, v enem izdelku pa niso potrdili živih bakterij (Fermental® max; suspenzija). Navajanje vrst je bilo z izjemo enega izdelka zadovoljivo, oznake sevov pa le izjema. Navedene vrste so večinoma tudi potrdili, le pri izdelkih z velikim številom različnih bakterij (6–8) med živimi bakterijami niso našli vseh vrst. Pregledali so tudi dve probiotični zdravili, ki pa sta bili ustrezni tako po vrsti kot po številu probiotičnih bakterij (Bogovič Matijašič et al., 2010).

Zaključek

Uporaba probiotičnih mikroorganizmov ter število probiotičnih izdelkov se iz leta v leto povečuje. Tudi potrošniki vse bolj posegajo po teh izdelkih, kar je verjetno posledica številnih reklam o učinkih probiotikov na zdravje. Pri tem pa moramo omeniti, da ni nujno, da je najbolj oglaševani izdelek, za katerim stoji tudi visoka cena, tudi najbolj kakovosten. Pregled literature je pokazal ravno nasprotno, saj je izdelek Pronutri vseboval večje število živih probiotičnih bakterij kot Activia, ki je veliko bolj oglaševana in dražja od omenjenega izdelka.

Kljub naraščanju uporabe probiotikov pa je zakonodaja v Sloveniji na področju probiotičnih izdelkov slabo urejena. Zakonsko namreč ni določeno, bi pa bilo za potrošnika uporabno in koristno, da bi proizvajalec navedel število živih bakterij v izdelku na začetku in ob koncu roka uporabnosti, vrsto oziroma natančneje sev, količino, potrebno za ugoden učinek na zdravje, ter klinično dokazane ugodne učinke izdelka. Probiotiki so po splošno uveljavljeni definiciji živi mikroorganizmi, ki imajo ugodne učinke na zdravje gostitelja, če jih zaužijemo v zadostni količini. Kako pa naj potrošnik ve, ali bo z uživanjem nekega jogurta zaužil zadostno količino, če v deklaraciji ni navedeno število probiotičnih bakterij oziroma vsaj kolikšna količina izdelka je potrebna za določen ugodni učinek.

S pregledom literature smo tudi ugotovili, da bo potrebno narediti še veliko raziskav o učinkovitosti probiotikov, ki ne bodo vezane samo na določen sev, ampak na mešanico

sefov, uporabljenih v izdelku. Čeprav učinke probiotičnih prehranskih dopolnil večinoma podpirajo tudi raziskave, teh učinkov ne moremo potrditi, če izdelek ne vsebuje vseh deklariranih bakterij ali pa je število teh bakterij nižje, kot je deklarirano, kot je bilo pri večini pregledanih izdelkov.

Literatura

- Aureli P, Capurso L, Castellazzi A M et al. Probiotics and health: an evidence-based review. *Pharmacol Res.* 2011; 63: 366–376.
- Bogovič Matijašič B. Različne oblike probiotičnih izdelkov. *Naša lekarna.* 2010; 43: 32–36.
- Bogovič Matijašič B, Zorič Peternel M, Rogelj I. Ugotavljanje deklariranih bakterij v probiotičnih prehranskih dopolnilih in zdravilih na slovenskem trgu. *Farm. Vestn.* 2010; 5–6: 263–269.
- Esih E. Probiotiki »prijazne« bakterije. *Naša lekarna.* 2009; 35: 26–35.
- FAO/WHO, Report of a joint working group on drafting guidelines for the evaluation of probiotics in food. London, Ontario, Canada; 2002 http://who.int/foodsafety/fs_management/en/probiotic_guidelines.pdf (29. 8. 2011).
- Fuller R. Probiotics in man and animals. *J Appl Bacteriol.* 1989; 66 (5): 365–378.
- Havenaar R, Huis in't Veld J.H.J. Probiotics: a general view. In: Wood B.J Lactic acid bacteria in health and disease. London: Elsevier; 1992: 151–170.
- Kuk N. Opis in ugotavljanje ustreznosti probiotičnih mlečnih izdelkov na slovenskem trgu [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta; 2006.
- Ooi L-G, Liong M-T. Cholesterol-Lowering Effects of Probiotics and Prebiotics: a Review of in Vivo and in Vitro Findings. *Int J Mol Sci.* 2010; 11: 2499–2522.
- Orel R. Klinična uporaba probiotikov. *Naša lekarna: revija za zdrav življenjski slog.* 2010; 39: 42–48.
- Ouweland A C, Salminen S, Isolauri E. Probiotics: an overview of beneficial effect. *Antonie van Leeuwenhoek.* 2002; 82: 279–289.
- Pajk Žontar T, Peterman M. Probiotični mlečni izdelki. *VIP: revija za vzgojo in informiranje potrošnikov.* 2009; 9: 17–21.
- Parkelj R B. Probiotics, the other half of the antibiotic story. *Anim Nutr Health.* 1974; 29: 4–8.
- Parvez S, Malik K.A, Kang A., Kim H-Y. Probiotics and their fermented food product are beneficial for health. *J Appl Microbiol.* 2006; 100: 1171–1185.
- Petrof O E. Probiotics and Gastrointestinal Disease: Clinical Evidence and basic Science. *Antiinflamm Antiallergy Agents Med Chem.* 2009; 8: 260–269.
- Resnik M. Optimiranje metod za ugotavljanje števila mlečnokislinskih bakterij v probiotičnih izdelkih [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta; 2008.
- Rogelj I. Črevesna mikrobiota in probiotiki. Specialne probiotične kulture za probiotične kulture za preprečevanje in zdravljenje posameznih težav: zbornik prispevkov. Ljubljana: Lekarniška zbornica Slovenije; 2009: 4–17.
- Rogelj I. Kdaj postane jogurt probiotični jogurt? Ljubljana: Biotehniška fakulteta: Danone Slovenija; 2007: 16–18.
- Rogelj I, Perko B. Mlečni izdelki. In Bem Z, Adamič J, Žlender B, Možina S, Gašperlin L. Mikrobiologija živil živalskega izvora. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo; 2003: 541–578.

- Saarela M, Mogensen M, Fonden R, Mätto J, Mattila-Sandholm T. Probiotics bacteria: safety, functional and technological properties. *J Biotechnol.* 2000; 84 (3): 197–215.
- Sernel T. Ugotavljanje deklariranih bakterij v probiotičnih prehranskih dopolnilih na slovenskem trgu [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta; 2011.
- Srividya A R, Vishnuvarthan V J. Probiotics: a rational approach to use Probiotic as medicine. *Int J of Pharmaceut Front Res.* 2011; 1: 126–134.
- Zabukovec P. Probiotični mlečni izdelki [diplomski seminar]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta; 2010.

Prehransko svetovanje plesalcem

Nutrition counseling for dancers

Bojana Dujmovič, Tamara Poklar Vatovec

Povzetek

Ples je posebna disciplina, kjer se pri ocenjevanju upošteva subjektivno komponento. Ples pretežno sestavlja umetnostna komponenta, kamor sodi tudi plesalčev izgled. Za doseganje primerne izgleda pa je poleg treningov in genetskih dejavnikov pomembna vloga pravilno izbrane prehrane. Plesalci potrebujejo skrbno načrtovan prehranski načrt, da bi ohranili potrebno formo, obenem pa dosegali vrhunske rezultate. Menim, da bi lahko dietetiki na tem področju doprinesli veliko konkurenčno prednost. Predstaviti sva želeli pomen pravilno načrtovane prehrane za omenjene športnike in podati nasvete, kako najboljše vključiti pravilno osnovan prehranski načrt v plesalčevo kariero.

Ključne besede: plesalci, dietetik, šport, prehrana, prehransko svetovanje.

Abstract

Dance is a special discipline where the subjective evaluation plays an important role. It mostly consists of the art component, which includes the dancer's image. To achieve the desired fit looking body, a correctly based diet is needed in addition to training and genetic factors. Dancers need a carefully planned diet plan to maintain the required shape but also to achieve good results. Dietitians could contribute a great competitive edge in this field. We want to examine the importance of a properly planned diet for these athletes and give useful advice on how to incorporate a proper nutrition plan during a dancer's career.

Key words: dancers, dietitian, sport, nutrition, nutrition counseling.

Uvod

Plesalčeva forma je ključnega pomena za doseganje vrhunskih rezultatov. Pri osnovenju plesalčeve prehrane je potrebno upoštevati dejstvo, da so potrebe teh športnikov zaradi fizične aktivnosti povišane, po drugi strani pa moramo energijski vnos omejiti, da bo plesalec lahko dosegel formo, ki je ključnega pomena za doseganje vrhunskih rezultatov (Mastin, 2009).

Če gledamo na ples kot šport, ugotovimo, da je kompleksni fenomen, ki temelji na velikem številu elementov z direktnimi in indirektnimi učinki. Fizično morajo ustrezati merilom, poleg tega pa morajo vključevati še umetnostno komponento. Podatki kažejo, da je

kar 40 % fizične ustreznosti plesalca genetski dejavnik, 60 % pa je odvisnih od rednih treningov in ustreznega prehranskega načrta. Dober plesni nastop ni le rezultat tehnike, stila in (v primeru baleta) tradicije, ampak tudi plesalčeve športne pripravljenosti, zato plesalce uvrščamo med »izvajalce v športu« (Koutedakis, Jamurtas, 2004).

Vloga makrohranil v plesalčevi prehrani

Za optimalno dnevno razporeditev makrohranil pri plesalcu bi moral ta zaužiti 55–60 % energijskega vnosa iz ogljikovih hidratov, 20 % iz beljakovin ter 25–30 % iz maščob (Mastin, 2009). Telo shranjuje manjšo količino ogljikovih hidratov v mišicah in jetrih v obliki glikogena. Zaradi razvejane strukture se hitro razgradi in je zato idealna oblika zaloge energije v telesu (Waldraw, Smith, 2009). Pri krajših obremenitvah (manj kot 30 minut) mišice izkoriščajo glikogenske zaloge kot ogljikohidratno gorivo. Z nadaljevanjem mišične aktivnosti se zaloge glikogena zmanjšajo, mišice pa začnejo porabljati krvno glukozo kot vir energije. Pomanjkanje glikogena v mišicah vodi v utrujenost, medtem ko pomanjkanje glikogena v jetrih vodi v padec krvne glukoze (Byrd-Bredbenner et al., 2009).

Priporočila za športnike se gibljejo približno od 6 do 10 g ogljikovih hidratov na kilogram telesne mase na dan. Za plesalce, ki imajo višje intenzivne treninge, so priporočene vrednosti za vnos ogljikovih hidratov od 8 do 10 g na kilogram telesne mase na dan, za tiste z nižjimi energijskimi potrebami, kar vključuje tiste, ki trenirajo z manjšo intenzivnostjo in fizično manjše plesalce, pa priporočila znašajo od 6 do 7 g ogljikovih hidratov na kilogram telesne teže na dan (Larson, 2006).

Med ogljikove hidrate štejemo tudi prehranske vlaknine. To je skupina spojin, ki je sestavljena pretežno iz polisaharidov, vendar se razlikuje od škroba, saj telesni encimi v prebavnem traktu vezi med posameznimi sladkorji ne morejo cepiti, kar pomeni da so le-ti neprebavljivi (Waldraw, Smith, 2009). Kot orientacijska vrednost za vnos prehranske vlaknine velja pri odraslih količina najmanj 30 g na dan, kar znaša približno 12,5 g/1000 kcal pri ženskah ter 10 g/1000 kcal pri moških (Referenčne, 2004). Nekatere ustanove, kot je IOM (Ameriški inštitut za medicino), navajajo vrednosti 14 g prehranskih vlaknin/1000 kcal energijskega vnosa za vse posameznike od enega leta starosti dalje (Stipanuk, 2006).

Maščobe so pomemben del prehrane plesalcev, vendar te ne smejo presegati 25 % dnevnega energijskega vnosa, zato je nizkomaščobni prehranski načrt nujna (Mastin, 2009). Določene večkrat nenasičene maščobne kisline telo ne more sintetizirati, zato je te potrebno obvezno vključiti v prehrano. Zaradi tega razloga te maščobe imenujemo esencialne (Barasi, 2003). Alfa linolenska kislina, ki sodi v skupino maščobnih kislin omega 3, ter linolna kislina iz skupine omega 6 sta esencialni, ker ju telesni encimi ne morejo pretvoriti v druge oblike maščob (Gordon, Joiner, 2005). Pomembno je razmerje med tema dvema maščobnima kislinama, in sicer naj bi bilo razmerje med linolno kislino (omega 6) in linolensko kislino (omega 3) 5:1 (Applegate, Grivetti, 1997).

Beljakovine predstavljajo pri plesalcih 15 do 20 % dnevnega energijskega vnosa; telo jih lahko uporablja kot vir energije, saj so v mišicah prisotni encimi, ki jih lahko cepijo do oblike, ki je telesu lastna. Uporaba beljakovin kot vira energije pa za plesalca ni optimalna, saj imajo telesne beljakovine pomembno vlogo pri pridobivanju ravnotežja, drže in močnega telesnega centra, saj vzdržujejo in gradijo mišice, ki so opora kostem. Med drugim preprečujejo zadrževanje vode v telesu, poškodbe ter ohranjajo zdrave lase in kožo (Mastin, 2009). Splošna priporočila za športnike glede vnosa beljakovin znašajo od 1,0 g do 1,6 g na

kilogram telesne mase na dan. To je precej višje od priporočil za splošno populacijo, ki znašajo 0,8 g na kilogram telesne teže na dan (Waldraw, Smith, 2009). V primeru, ko želi plesalec povečati mišično maso ali pa je ta na shujševalnem programu, se vnos beljakovin zviša tudi do 2 g/kg telesne mase (Mastin, 2009).

Ob daljših in intenzivnejših treningih se poveča poraba razvejanih aminokislin (BCAA), kar poveča potrebe telesa po vnašanju beljakovinskih virov. Prednosti kratkoverižnih aminokislin so dokazali med aerobnimi treningi, saj zmanjšujejo razgradnjo beljakovin. Dodajanje razvejanih aminokislin pred in med napornim aerobnim treningom osebam z znižanimi glikogenskimi zalogami upočasni izčrpavanje glikogenskih zalog (Campbell et al., 2007).

Mikrohranila

Prosti radikali so nestabilne kemične spojine, ki nastajajo, ko je telo izpostavljeno stresu. Viri stresa so lahko onesnaženo okolje, nasičene maščobe, razne škodljive kemične spojine, ki jih vsakodnevno vnašamo v telo, in pa stres, ki ga povzroča pretirana telesna vadba in telesne poškodbe. Kemične spojine, ki se v tovrstnih situacijah tvorijo, reagirajo z našo splošno zalogo kisika, na osnovi tega pa nastanejo prosti radikali. Zaščita pred prostimi radikali so antioksidanti (Walker, 2003). Med slednje štejemo nekatere vitamine, ki so nujni za vitalnost in moč. Čeprav telo potrebuje majhne količine teh snovi, veliko kemičnih procesov v telesu brez njih ne bi steklo. Tudi elemente telo ni sposobno proizvajati, zato jih moramo vnesti s hrano. Močan antioksidant je vitamin C, ki je posebej pomemben za plesalce, saj ga telo rabi za nastajanje in obnavljanje tkiv v vseh delih telesa ter ima poleg tega ključno vlogo pri absorpciji železa iz hrane. Skupina B vitaminov deluje v sinergiji in so pomembni v prehrani plesalcev, saj podpirajo in pospešujejo metabolizem. Cepijo ogljikove hidrate, beljakovine in maščobe iz hrane in s tem ohranjajo zdravo kožo in lase ter dober mišični tonus (Mastin, 2009). Magnezij ima pomembno vlogo pri fiziološkem uravnavanju membranskega enakostanja ter pri živčno-mišičnih, srčnožilnih, imunskih in hormonalnih funkcijah. Klinična poročila navajajo dejstvo, da ima lahko pomanjkanje magnezija negativne učinke na fizične sposobnosti. Ne glede na spol so se športniki, ki trenirajo borilne veščine ali šport, ki zahteva estetsko komponento, kot sta na primer balet in gimnastika, nagibali k nezadostnemu vnosu prehranskega magnezija: le 30 do 50 % RDA. Dodatki z magnezijem pri vrhunskih športnikih so dokazano izboljšali celični metabolizem (Lukaski, 1995). Železo je element, ki ga najdemo v vsaki celici v telesu. Najpomembnejše za plesalca je, da ima železo sposobnost vezave kisika v rdečih krvnih celicah, ki kisik prenašajo do mišic. Pomanjkanje največkrat prizadene plesalke z močnejšim menstrualnim ciklusom, plesalce z omejenim energijskim vnosom ali tiste, ki ne jedo rdečega mesa (Mastin, 2009). Učinki vadbe ali športne aktivnosti na vsebnost železa v telesu so sporni. Vsebnost železa je po nekaterih raziskavah nižja pri športnikih, druge raziskave pa niso pokazale povezave med športno aktivnostjo in vrednostjo železa (Gropper et al., 2005). Cink je esencialen za potek več kot 300 encimskih reakcij. Pomanjkanje cinka med plesalci je pogosto. Kalcija je v telesu, kot minerala, največ. Kalcij med vadbo omogoča krčenje in sproščanje mišic, vključno s srcem, in zmanjšuje možnost pojava osteoporoze (Mastin, 2009).

Prehranski dodatki

Po pravilniku o prehranskih dopolnilih so to živila, katerih namen je dopolnjevati običajno prehrano (Pravilnik, 2011). Če je prehrana raznovrstna, je verjetno, da je vnos vseh

vitaminov in elementov zadosten. Razen v primeru, da nam drugače ne predpiše zdravnik ali dietetik, je najbolje jemati multivitaminske dodatke. Določeni vitamini in elementi so lahko v prekomernih količinah škodljivi, zato je potrebno vnos pravilno načrtovati (Mastin, 2009). Vnos mikrohranil je velikokrat neprimeren med ženskimi športnicami, večinoma to zadeva kalcij, železo in cink (Abood et al., 2004).

V študiji iz leta 2004 so primerjali učinke na oksidativni sistem skupine triatloncev, ki so jemali antioksidante, ter kontrolne skupine triatloncev, ki dodatkov ni jemala. Rezultati študije so nakazovali dejstvo, da naj bi dodajanje antioksidantov v fizioloških količinah delno preprečilo antioksidativnemu sistemu zmanjševanje celičnih komponent in s tem nižje kronične in akutne poškodbe maščob ali DNK, ki so posledica fizične aktivnosti (Palazzetti, 2004).

Številni dejavniki vplivajo na športnikovo odločitev o uporabi dodatkov, od povečanja moči, vzdržnosti, podaljševanja trajanja treningov in preventive pred poškodbami, kot tudi preventive pred slabostjo med treniranjem in nastopi ali kot nadomestila pri neuravnoteženi prehrani. Na žalost posega večina športnikov po dodatkih brez pravega znanja o uporabi. Nedavne raziskave kažejo, da športniki posegajo po dodatkih, ne da bi podrobno poznali samo uporabo le-teh, večinoma pa se zanašajo na pojasnila prodajalcev in spletnih strani (Petróczi, Naughton, 2007).

Z naraščanjem števila novih prehranskih dodatkov na trgu, ki naj bi imeli pozitivne učinke na športnike, narašča tudi zanimanje porabnikov za te proizvode in njihove učinke. Športniki pri tem opažajo pozitivne učinke prehranskih svetovalcev. Ko imajo nastopi pozitiven izid ali negativen izid zaradi utrujenosti in mišičnih krčev, se tako trenerji kot športniki zavedajo pomena dodatkov in načrtovanega prehranskega režima (Spano, Antonio, 2007).

Zdravstveni strokovnjaki prepoznajo smotrno in varno uporabo prehranskih dodatkov za prehransko podporo in zagotavljajo strokovno ter uravnoveseno osveščanje, kar bo pripomoglo športnim udeležencem prepoznavati primerne in neprimerne proizvode ter njihovo uporabo (Council, 2002).

Tekočina

V človekovem telesu je 35–45 litrov vode. Tkiva brez maščob vsebujejo 60–80 % telesne teže vode, maščobe, shranjene v maščobnih celicah, pa je ne vsebujejo (Mann, Truswell, 2007). Izguba 2 % telesne teže v tekočini ima lahko hude posledice ne samo za uspešnost vadbe, ampak tudi za zdravje. Ker je kri pretežno iz tekočine, povzroča dehidracija zmanjšanje volumna krvi, ki je zato bolj koncentrirana. Medtem ko telesna temperatura med treningom narašča, se poveča napor srca in pljuč. Srce tako težje črpa kri po telesu in s tem je otežen tudi prenos kisika do mišic. To pomeni, da postane vadba težja, rezultati treninga pa manjši (Mastin, 2009).

Več tekočine imamo v želodcu, hitreje se ta absorbira. Zato je smotrno spiti večji del tekočine na začetku ali pred treningom. The British Dietetic Association priporoča pitje 400–600 ml tekočine 2 uri pred treningom, kar omogoča telesu, da vsrka dovolj tekočine. Bolj, kot se potimo, več tekočine potrebujemo za nadomeščanje izgubljenih tekočin. Držimo se načela, da spijemo 150–350 ml tekočine na 20 minut (odvisno, kako intenzivna je fizična aktivnost). Ne smemo čakati na občutek žeje ali spiti vse tekočine na koncu treninga.

Takoj po aktivnosti moramo nadomestiti izgubljene tekočine. Pitje pred treningom in med treningom bo ohranjalo zadostno hidracijo; povprečno bo plesalec potreboval 1,5 litra tekočine za nadomestitev izgubljene tekočine (Mastin, 2009).

Oblikovanje telesa in izguba telesne mase

Glavni cilj omejenega energijskega vnosa pri športnikih je vnašati v organizem toliko energije, kolikor jo porabimo preko dneva. Poleg tega morajo zaužita hranila zapolniti mišične zaloge substratov, ki jih organizem porablja med treniranjem in nastopi (Pendergast, 2000). Da bi zagotovili, da je izguba telesne mase rezultat izgube rezerv maščob in ne puste telesne mase, moramo stremeti k temu, da ne izgubimo več kot 0,2–0,5 kg na teden. Da bi to dosegli, moramo znižati dnevni energijski vnos za 15–20 %. Čeprav moramo omejiti energijski vnos, mora prehranski načrt ostati uravnotežen in mora vključevati vsa potrebna hranila (Mastin, 2009).

Pri izgubi telesne mase je potrebno biti pozoren, saj so nekatere študije dokazale, da je izguba 10 % telesne mase zmanjšala kostno gostoto za 1–2 % na različnih delih kosti. Izguba telesne mase ali njeno nihanje v odrasli dobi povzroča povečano tveganje za poškodbe medenice in pojav osteoporoze. Skupine, podvržene izgubi kostne gostote zaradi izgube telesne mase, bodo imele pozitivne učinke ob vnosu višjih doz kalcija v kombinaciji z višjim vnosom D vitamina. Ljudem, ki skušajo zmanjšati telesno maso, se priporoča osebni program hujšanja, ki bo zmanjšal tveganja za nastanek sprememb v kosteh. Nepotrebna izguba telesne teže skozi življenje, posebej v mladosti, je nezaželena, saj povzroča učinke na kostno gostoto (Katsilambros, 2010).

Zaradi stremljenja k vitkemu telesu so motnje hranjenja pri plesalcih pogoste. Te se večinoma pojavijo pri prvem načrtovanem hujšanju in večina plesalcev je večji del življenja na prehranskem načrtu z omejenim energijskim vnosom. V študiji iz leta 1983 so ugotovili, da je 34 baletnic višjega nivoja zaužilo le 72 % dnevno priporočenih hranil. 46 % teh pa je zaužilo pod 66 % dnevno priporočenih hranil. Povprečen odstotek deleža telesne maščobe na tem vzorcu je znašal 17 %, kar je krepko pod povprečjem. Poleg tega so na vzorcu odkrili številne motnje v menstrualnem ciklusu (Petróczi et al., 2007).

Kombinacija zahteve po vitki liniji brez vzdržnostnih treningov povečuje potrebo po hujšanju in omejevanju energijskega vnosa, kar poveča možnost pojava motnje hranjenja. V študiji iz leta 1987 so preiskovali skupino 55 baletnic, starih med 11 do 14 let, iz visoko tekmovalne baletne šole, ter odkrili pojav motnje hranjenja pri kar 25 %, kar je veliko večji odstotek od standardne populacije. V študiji iz leta 1985 so velik pojav motenj hranjenja ugotovili na skupini 100 mladostnic, ki so obiskovale Londonsko akademijo za ples. Odstotki med profesionalnimi plesalci so najbrž še višji (Thompson, Sherman, 1993). Rezultati študije so pokazali, da so se plesalke z nedavnimi stresnimi poškodbami razlikovale v motnjah hranjenja in so imele več nihanj v masi in večja odstopanja od idealne mase v primerjavi z ostalima skupinama. Podatki o prehranjenosti so pokazali, da so se plesalke s stresnimi poškodbami posluževale diet z manj kot 85 % priporočenega dnevnega energijskega vnosa, pri katerih so se izogibale živlom z večjo vsebnostjo maščob in posledično uživale nizkoenergijske nadomestke (Frusztajer, 1990).

V zgodnjih devetdesetih letih se je začel pojavljati izraz ženska športna triada, ki opisuje tri različne, vendar pogosto povezane motnje, ki se pojavljajo pri ženski športni popula-

ciji. Pod te motnje štejemo motnje hranjenja, amenorejo in osteoporozo. Čeprav lahko motnja doleti vse športnice, so deklice in ženske, ki se ukvarjajo s športom, ki postavlja zunanji izgled na prvo mesto, bolj podvržene temu pojavu (McComb, 2005).

Pri načrtovanju jedilnika je potrebno upoštevati fizično aktivnost posameznika. Čeprav baletni plesalci trenirajo predvsem na tehniki, je intenzivnost njihovih treningov izredno zahtevna za vse plesalce in vključuje tako aerobno kot anaerobno komponento. Dejstvo je, da baletne vaje vključujejo močno statično komponento v povezavi z dinamičnimi komponentami. Te komponente so posebej pomembne za ravnotežje, mišično kontrolo, kontrolo telesne drže, pozicijo zgornjega dela telesa in rok (Guidetti et al., 2008).

Dokazano je, da natančno načrtovan prehranski načrt pripomore k boljšim športnim rezultatom. Pomaga športnikom povečati zmogljivosti, skrajšati čas regeneracije po treningih in skrajšati čas odsotnosti od treningov zaradi poškodb. Povečuje se število profesionalcev v šolskih ustanovah, ki zaposlujejo tudi dietetike z namenom izboljšanja pridobivanja konkurenčne prednosti (Grandjean, 1997).

Literatura

- Aboud D A, Black D R, Birnbaum R D. Nutrition Education Intervention for College Female Athletes. *J Nutr Educ Behav*. 2004; 135–139.
- Applegate E A, Grivetti L E. Search for the Competitive Edge: a History of Dietary Fads and Supplements. *J Nutr*. 1997; 127: 869–873.
- Barasi E M. Human nutrition: a health perspective. London: Hodder Arnold; 2003: 75–79.
- Byrd-Bredbenner C, Moe G, Beshgetoor D, Berning J. Wardlaw's Perspectives in Nutrition; New York: The McGraw – Holl Companies; 2009: 157–375.
- Campbell B, Kreider R B, Ziegenfuss T, La Bounty P, Roberts M, Burke D, Landis J, Lopez H, Antonio J. International Society of Sports Nutrition position stand: protein and exercise. *J Int Soc Sports Nutr*. 2007; 4: 8.
- Council for Responsible Nutrition. Guidelines for Young Athletes: responsible Use of Sports Nutritional Supplements. Washington, D.C.: Council for Responsible Nutrition; 2002.
- Dugan K, Lewing M, Dufour F, Roman S, Woodalli C, McAdams M, White A, Taylor WL, Wilborn D C. Acute glycemic and blood lipid response to the ingestion of a candy bar-like protein supplement compared to its candy bar counterpart. *J Int Soc of Sports Nutr*. 2010; 7: 16.
- Frusztajer N T, Dhuper S, Warren M P, Gunn B J, Fox R P. Nutrition and the incidence of stress fractures in ballet dancers. *Am J Clin Nutr*. 1990; 51: 779–83.
- Gordon G, Joiner B H. Islandski čudež: omega 3. skrivnost dolgega življenja, ki varuje pred boleznimi srca, rakom, sladorno boleznijo, artritisom, prezgodnjim staranjem in nevarnimi vnetji. Ljubljana: ARA založba; 2005: 28–32.
- Grandjean C A. Diets of Elite Athletes: Has the Discipline of Sports Nutrition Made an Impact? *J Nutr*. 1997; 127: 874–877.
- Gropper S S, Blessing D, Dunham K, Barksdale M J. Iron Status of Female Collegiate Athletes Involved in Different Sports. Biological Trace Element Research. Departments of Nutrition and Food Science, Health and Human Performance, and Nutrition and Food Science, Auburn University, Auburn AL 36849; and Department of Medical Technology, Auburn University at Montgomery, Montgomery, AL 36117; 2005.

- Guidetti L, Emerenzian G P, Gallotta M C, Da Silva S G, Baldari C. Energy cost and energy sources of a ballet dance exercise in female adolescents with different technical ability. *Eur J of Appl Physiol*. 2008; 103: 315–321.
- Katsilambros N, Dimosthenopoulos C, Manglara E, Poulia KA. *Clinical Nutrition in Practice*. Oxford: Blackwell Publishing; 2010: 171–147.
- Koutedakis J, Jamurtas A. The Dancer as a Performing Athlete. *Physiological Considerations*. *Sports Med*. 2004; 34 (10): 651–661.
- Larson M E. *Vegetarian Sports Nutrition; Food Choices and eating plans for fitness and performance*. Champaign: Human Kinetics; 2006: 24–30.
- Lukaski H C. Micronutrients (Magnesium, Zinc, and Copper): are Mineral Supplements Needed for Athletes? *Int J Sport Nutr*. 1995; 5, 74–83.
- Mann J, Truswell AS. *Essentials of Human Nutrition*, Third Edition. Oxford: Oxford University Press; 2007: 490–496.
- Mastin Z. *Nutrition for the dancer*. Hampshire: The Old Bakery; 2009.
- McComb J J R. The Female Athlete Triad: Disordered Eating, Amenorrhea, and Osteoporosis. *The Active Female*. Totowa: Humana Press; 2005: 81–91.
- Palazzetti S, Rousseau A S, Richard M J, Favier A, Margaritis I. Antioxidant supplementation preserves antioxidant response in physical training and low antioxidant intake. *Br J Nutr*. 2004; 91–100.
- Pendergast D R, Leddy J J, Venkatraman J T. A Perspective on Fat Intake in Athletes. *J Am Coll Nutr*. 2000; 345–350.
- Petróczi A, Naughton P D. Supplement use in sport: is there a potentially dangerous incongruance between rationale and practice? *J Occup Med Toxicol*. 2007; 2: 4.
- Petróczi A, Naughton PD, Mazanov J, Holloway A, Bingham J. Performance enhancement with supplements: incongruence between rationale and practice. *J Int Soc Sports Nutr*. 2007; 4: 19.
- Pravilnik o prehranskih dopolnilih. Uradni list RS, št. 28/2003 z dne 21. 8. 2003:12227. <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200382&stevilka=3942> (21. 9. 2011).
- Referenčne vrednosti za vnos hranil, 1. izdaja. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.
- Spano M, Antonio J. *Future trends. Nutritional Supplements in Sports and Exercise*. Totowa: Humana Press; 2007.
- Stipanuk MH. *Biochemical, Physiological, Molecular Aspects of Human Nutrition*. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc., 2006: 240–253.
- Thompson RA, Sherman TR. *Helping athletes with eating disorders*. Champaign (IL): Human Kinetics Publishers; 1993: 62–63.
- Waldraw GM, Smith AM. *Contemporary Nutrition*. New York: McGraw Hill, 2009.
- Walker R. Pot do zdravja: o vplivu antioksidantov na naše telo; s hrano do zdravja in sreče. Ljubljana: Lisac & Lisac; 2003: 45–48.

Ugotavljanje antibiotikov v pitnih in površinskih vodah ter njihov vpliv na občutljivost bakterijskih izolatov

Detection of antibiotics in drinking and surface waters and their influence on the susceptibility of bacterial isolates

Mateja Hrast, Karmen Godič Torkar

Povzetek

Izhodišča: Pogosta uporaba in prisotnost kemoterapevtikov, zlasti antibiotikov, v pitni in površinskih vodah, predstavlja danes pereč problem. Namen raziskave je bil ugotoviti prisotnost antibiotikov v slovenskih vodah ter preveriti ali so metode za ugotavljanje antibiotikov v živilih uporabne tudi za določanje njihove prisotnosti v vodah. Hkrati je bila preučena odpornost bakterijskih izolatov iz vzorcev vode proti več skupinam antibiotikov.

Metode: Za dokazovanje prisotnosti antibiotikov v 83 vzorcih vode sta bili uporabljeni 2 difuzijski metodi z diski ter difuzijska metoda v ampulah Delvotest SP-NT. Ugotavljanje odpornosti 423 bakterijskih izolatov proti antibiotikom je bilo izvedeno z difuzijsko metodo z diski po Kirby-Bauerju.

Rezultati: Z metodo Delvotest SP-NT je bila prisotnost zaviralnih snovi ugotovljena v 14 (16,9 %) primerih. Najpogosteje so bili sevi odporni proti linkomicinu (97,4 %), klindamicinu (66,9 %) ter bacitracinu (74,5 %), najmanj izolatov pa je bilo odpornih proti gentamicinu (6,6 %). Kar 77,3 % sevov, osamljenih iz vzorcev vod, je bilo odpornih proti trem ali več skupinam antibiotikov, posebno iz rodov *Enterococcus* in *Pseudomonas*.

Diskusija in zaključki: Iz vzorcev vod osamljeni bakterijski sevi so bili pogosto odporni proti več skupinam antibiotikov. Ostanke antibiotikov, ki smo jih ugotovili tudi v naših vzorcih, lahko povzročajo razvoj odpornosti pri bakterijah tudi v tem okolju.

Ključne besede: bakterije, antibiotiki, odpornost, voda, metode, rezistenca.

Abstract

Introduction: The frequent use and presence of chemotherapeutic agents, particularly antibiotics in drinking and surface waters poses a significant and pressing problem in our country and around the world. The objective of this study was to determine the presence of antibiotics in Slovenian waters and to examine whether the methods used for the detection of antibiotics in food can also be used in determining their presence in the water. At the same time the resistance of bacterial isolates to several groups of antibiotics was examined. Methods: To prove the presence of antibiotics in 83 water samples, 2 disc diffusion methods and the ampoule diffusion method Delvotest SP-NT were used. The Kirby-Bauer disc diffusion method was used to determine the antibiotic resistance of 423 bacterial isolates. Re-

sults: Out of 83 surface and well samples, the presence of inhibitory substances was detected with Delvotest SP-NT in 14 (16.9 %) cases. However, high resistance of bacterial isolates was found. The most frequent strains were resistant to lincomycin (97.4 %), clindamycin (66.9 %) and bacitracin (74.5 %), a minimum of isolates were resistant to gentamicin (6.6 %). About 77.3 % of isolates from water samples were resistant to three or more groups of antibiotics, particularly the strains of the genus *Enterococcus* and *Pseudomonas*.

Discussion and conclusion: The frequent resistance of water isolated strains was determined. The remains of the antibiotics are present in the water and cause the development of resistance in bacteria in that environment.

Key words: bacteria, antibiotics, resistance, water, methods.

Uvod

Odkritje antibiotikov pomeni enega najpomembnejših dogodkov v razvoju in napredku medicine. Njihova uporaba je zelo zmanjšala smrtnost zaradi infekcijskih bolezni. (Kotnik, 2002). Zaradi obsežne uporabe antibiotikov v medicini, veterini in kmetijstvu je zanje večkratno odpornih mikroorganizmov vedno več (Armstrong et al., 1981; Kotnik, 2002).

Kemoterapevtiki prehajajo z odpadnimi vodami iz bolnišnic, farmacevtske industrije, kmetijskih obratov, ribogojnic, čistilnih naprav itd. v podtalnico in površinske vode ter od tod v zajetja pitne vode (Conboy et al., 2001; Lalumera et al., 2004; Teuber, 1999).

Poleg razvoja za kemoterapevtike odpornih mikroorganizmov, vplivajo antibiotiki na propad nižje razvitih organizmov v okolju, povečajo število alergij, pojavljajo se ekonomske izgube v živilski industriji in biotehnologiji itd. (Tsen et al., 1998; Banerjee et al., 2004; Roveta et al., 2005).

Nameni poskusa so bili:

- ugotoviti prisotnost antibiotikov v vzorcih pitne, površinske in vode individualnih zajetij v nekaterih slovenskih regijah,
- ugotoviti ali so metode, uporabljene za dokazovanje prisotnosti antibiotikov v živilstvu, primerne tudi za dokazovanje v vodi,
- ugotoviti odpornost iz vzorcev vod osamljenih bakterij proti antibiotikom.

Metode

Za ugotavljanje prisotnosti antibiotikov v pitnih in površinskih vodah smo zbrali 83 vzorcev vode. Odvzeli smo 41 vzorcev iz individualnih zajetij (Z), 19 iz površinskih voda (V) in 23 vzorcev pitne vode (P). Vzorčenje smo izvedli po predpisanih standardih (SIST ISO 5667 – 5:2007; SIST ISO 5667 – 6:2007).

Vzorčenje je potekalo v zimskem in v poletnem obdobju od decembra 2008 do septembra 2009. Pozimi smo skupno odvzeli 44 vzorcev vode, poleti pa 39.

Difuzijska metoda v ampulah Delvotest SP-NT, difuzijski metodi z diski z bakterijo *Bacillus stearothermophilus* in z bakterijo *Bacillus subtilis*, se običajno uporabljajo pri preiskavah mleka in drugih živil živalskega izvora. Mi pa smo te metode preizkusili, če so primerne za ugotavljanje antibiotikov v vzorcih vode. Metode smo izvajali po navodilih proizvajalcev (Merck Microbiology Manual, 2007; Merck KGaA, 2004, navodila proizvajalca; DSM Food Specialities, The Netherlands). Da bi s temi metodami zaznali nižje koncentracije od njihove mejne občutljivosti, smo vzorce predhodno 100 krat skoncentrirali z liofilizacijo. Za standardizacijo postopkov smo uporabili kontrolne vzorce s koncentracijo 4 µg Benzil-peni-

cilina G na l vzorec destilirane vode, ki ustreza mejnim vrednostim občutljivosti uporabljanih metod. Pri difuzijskih metodah z diski (metoda po Kundratu in metoda z bakterijo *B. subtilis*) smo uporabili še komercialno pripravljene papirnate diske z znanimi koncentracijami antibiotikov cefpirome (30 µg/disk) ter cloxacilin (1 µg/disk). Vzorec sterilne destilirane vode smo uporabili kot negativno kontrolo (Chaudhury 2003; Adeleke et al., 2005).

Preskusili smo 423 sevov, ki so bili osamljeni iz vzorcev vode, od tega so bili 203 sevi osamljeni iz vzorcev, ki so bili odvzeti v zimskem obdobju in 220 iz vzorcev, ki so bili odvzeti v poletnem obdobju. Osamitev čistih bakterijskih kultur iz istih vzorcev vode na selektivnih gojiščih in njihova nadaljnja identifikacija je bila tema druge diplomske naloge (Aničić, 2010).

Odpornost smo ugotavljali pri 32 sevih rodu *Pseudomonas*, 119 sevih rodu *Bacillus*, 163 sevih družine *Enterobacteriaceae*, 35 sevih rodu *Enterococcus* in 70 sevih ostalih aerobnih mezofilnih bakterij.

Rezultati

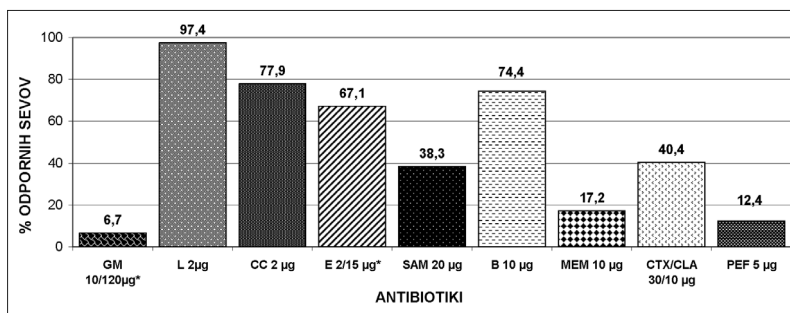
Ugotavljanje prisotnosti antibiotikov v vzorcih vode

Pri testiranju vzorcev vode z znanimi koncentracijami antibiotikov in s komercialnimi antibiotičnimi diski smo ugotovili, da so metode enako občutljive pri preskušanju vzorcev vode kot mleka.

Metode so občutljive za različne koncentracije antibiotikov. Z metodo Delvotest SP-NT smo ugotovili prisotnost zaviralnih snovi v 14 (16,9 %) izmed 83 preskušanih vzorcev. Pri ostalih dveh difuzijskih metodah z diski nismo dobili pozitivnih rezultatov.

Odpornost osamljenih bakterijskih sevov

Za testiranje bakterijske občutljivosti za antibiotike je bila uporabljena difuzijska metoda z diski po Kirby-Bauerju. Ugotavljali smo občutljivost 423 bakterijskih sevov iz vzorcev vode za naslednje antibiotike: gentamicin, linkomicin, klindamicin, eritromicin, bacitracin, ampicilin s sulbaktamom, meropenem, cefotaksim s klavulansko kislino in pefloksacin.



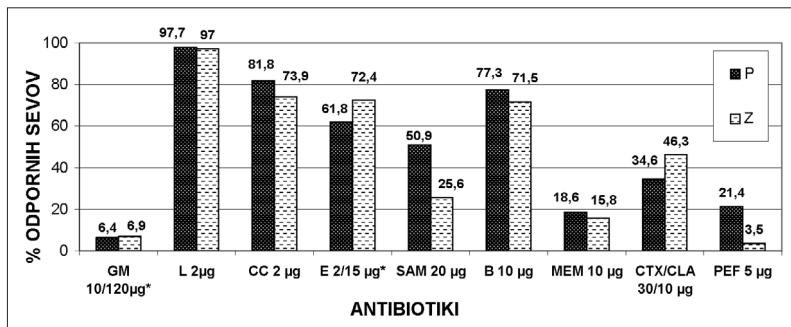
Slika 1: Delež vseh odpornih bakterijskih izolatov proti uporabljenim antibiotikom
 Legenda: GM: gentamicin, L: linkomicin, CC: klindamicin, E: eritromicin, SAM: ampicilin-sulbaktam, B: bacitracin, MEM: meropenem, CTX/CLA: cefotaksim s klavulansko kislino, PEF: pefloksacin.

Največ, kar 412 (97,4 %) sevov, je bilo odpornih proti linkomicinu. Proti klindamicinu je bilo odpornih 338 (77,9 %) sevov, proti bacitracinu 315 (74,4 %) sevov in proti eri-

tromicinu 283 (67,1 %) sevov. Le 28 (6,7 %) sevov je bilo odpornih proti gentamicinu in 54 (12,4 %) proti pefloksacinu (Slika 1).

Odpornost sevov, osamljenih iz vzorcev vode po sezonah

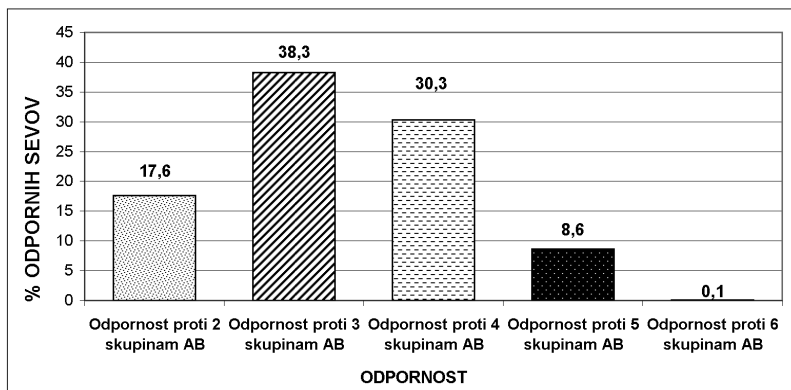
V odpornosti osamljenih bakterijskih sevov, dobljenih iz vode iz poletnih in zimskih vzorčenj, ni bilo večjih razlik. Največjo razliko smo zasledili v občutljivosti za ampicilin s sulbaktamom SAM, kjer je bilo v poletnih vzorcih 112 (50,9 %) odpornih sevov, v zimskih pa 52 (25,62 %), kar je za polovico manj kot poleti. Pri šestih antibiotikih smo zaznali več odpornih sevov iz poletnih vzorcev (Slika 2).



Slika 2: Razlike v odpornosti sevov, osamljenih iz vzorcev vode v poletnem (P) in v zimskem (Z) obdobju (v %). **Legenda:** GM: gentamicin, L: linkomicin, CC: klindamicin, E: eritromicin, SAM: ampicilin-sulbaktam, B: bacitracin, MEM: meropenem, CTX/CLA: cefotaksim s klavulansko kislino, PEF: pefloksacin.

Večkratna odpornost

Odpornost smo ugotavljali proti šestim različnim skupinam antibiotikov: piranozidni, makrolidni, β -laktamski, aminoglikozidni antibiotiki, polipeptidi in kinoloni.

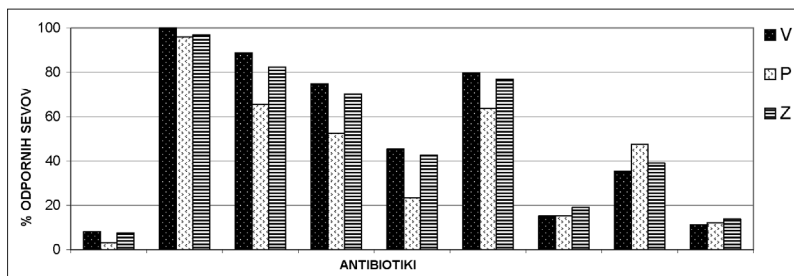


Slika 3: Odstotek odpornih bakterijskih sevov proti več skupinam antibiotikov (AB).

Kar 77,3 % sevov je bilo odpornih proti trem ali več skupinam antibiotikov, 2 (0,1 %) seva celo proti vsem šestim skupinam antibiotikov. En sev je bil iz rodu *Pseudomonas*, drugi pa iz družine *Enterobacteriaceae* (Slika 3).

Skupna odpornost sevov glede na izvor

V poskusu uporabljene bakterije so bile odporne proti gentamicinu le v nekaj %, proti linkomicinu je bilo odpornih vseh 423 (100 %) sevov iz površinskih voda, visok odstotek odpornosti pa se pojavlja tudi proti klindamicinu (88 sevov ali 88,9 %). Osamljeni sevi iz pitne vode so bili najbolj občutljivi za gentamicin, saj so bili odporni le 3 (3 %) sevi. Največ odpornih sevov smo osamili iz površinskih voda, najmanj pa iz pitnih vod (Slika 4).



Slika 4: Primerjava odpornosti bakterijskih sevov glede na njihov izvor. **Legenda:** GM: gentamicin, L: linkomicin, CC: klindamicin, E: eritromicin, SAM: ampicilin-sulbaktam, B: bacitracin, MEM: meropenem, CTX/CLA: cefotaksim s klavulansko kislino, PEF: pefloksacin, V: sevi iz vzorcev površinskih voda, P: sevi iz vzorcev pitne vode, Z: sevi iz vzorcev individualnih zajetij.

Diskusija

V svetu se danes proizvaja velike količine antibiotikov. V letu 1999 so po podatkih Evropske federacije za zdravje živali (FEDESA) v EU in Švici porabili 13 288 ton antibiotikov, od tega jih je bilo 65 % porabljenih v humani medicini, 29 % v veterinarski medicini in 6 % v obliki rastnih vzpodbujevalcev pri reji živali ter v akvakulturi (Kümmerer, 2003).

Zaradi prepogoste in nepravilne uporabe antibiotikov se razvijajo proti antibiotikom odporne bakterije (Kotnik, 2002).

V prvem delu poskusa smo želeli ugotoviti stanje onesnaženosti slovenskih voda z antibiotiki. Za te postopke je bilo potrebno izbrati primerne metode. Odločili smo se za uporabo metod, ki se sicer uporabljajo pri dokazovanju antibiotikov v živilih. Postavili smo hipotezo, da so primerne tudi za analiziranje vode, saj bi na ta način te metode lahko uporabili kot presejalne teste za kontrolo večjega števila vzorcev. Rezultate vzorcev s pozitivnim izidom pa bi seveda morali potrditi še z natančnejšimi fizikalno-kemijskimi metodami. Izbrali smo difuzijski metodi z diski po Kundratu in z bakterijo *B. subtilis* ter difuzijsko metodo Delvotest SP-NT.

S standardnimi raztopinami antibiotikov in antibiotičnimi diski smo zaznali enako občutljivost uporabljenih metod Delvotest SP-NT in difuzijskih metod z diski po Kundratu in s testno bakterijo *B. subtilis* za ugotavljanje koncentracij antibiotikov, kot so navedena za živila (mleko).

S koncentriranjem vzorcev vode smo z uporabljenimi metodami zaznali 100 krat nižje vrednosti, kot so njihove mejne koncentracije občutljivosti. Prisotnost zaviralnih snovi smo zaznali v 14 (16,9 %) od 83 primerov. Večina vzorcev je bila iz površinskih voda.

Povprečne koncentracije β -laktamskih antibiotikov v površinskih vodah se po poročilih nekaterih avtorjev gibljejo okrog 0,25 $\mu\text{g/l}$, aminoglikozidov pa okrog 0,04 $\mu\text{g/l}$.

Najpogosteje so zaznali klaritromicin in β -laktamske antibiotike, kinolone in sulfonamide (Watkinson et al., 2009; Khalaf et al., 2009; Feitosa- Felizzola in Chiron, 2009). Z našimi metodami seveda vrste in koncentracije posameznih antibiotikov ne moremo ugotoviti.

V drugem delu poskusa smo ugotavljali občutljivost osamljenih bakterijskih sevov za antibiotike. Bakterijski sevi, osamljeni iz vzorcev vode, so bili najpogosteje odporni proti linkomicinu (97,4 %) in klindamicinu (77,9 %), ki spadata v skupino piranozidnih antibiotikov. Veliko sevov je bilo odpornih proti predstavniku makrolidnih antibiotikov eritromicinu (67,1 %) in polipeptidu bacitracinu (74,4 %). Najpogosteje so bili bakterijski sevi občutljivi za aminoglikozid gentamicin (6,7 %) in kinolon pefloksacin (12,4 %).

Sevi, osamljeni iz vzorcev vode poleti, so bili pogosteje odporni proti antibiotikom kot tisti iz zimskih vzorcev. Največja razlika v občutljivosti med osamljenimi sevi iz zimskih in poletnih vzorcev je pri antibiotiku ampicilinu s sulbaktamom, kjer je v zimskem obdobju za polovico manj odpornih sevov kot v poletnem obdobju. Eden izmed možnih vzrokov za ta pojav je lahko intenzivnejši vnos ostankov antibiotikov v okolje z gnojevko, aktivnejšim gojenjem rib ter farmskih živali v spomladanskem in poletnem obdobju in s tem posledično razvoj odpornosti pri okoljskih mikroorganizmih. Po drugi strani pa iz zdravstvenih ustanov, veterinarskih klinik, živinorejskih gospodarstev, ribogojnic v okolje prehajajo najpogosteje mezofilni mikroorganizmi, ki zaradi višjih poletnih temperatur v okolju, zlasti v vodah, tam tudi preživijo in se razmnožujejo.

Sevi rodu *Enterococcus* so bili najbolj odporni. Odpornost enterokokov je danes dobro poznan pojav. Zaradi izjemno hitrega širjenja in naravne odpornosti enterokokov proti večini danes uporabljenih antibiotikov predstavljajo enega izmed glavnih problemov zdravljenja bolnišničnih okužb tako v Evropi kot v ZDA. Pojavljajo se proti vankomicinu odporni enterokoki (VRE, kar pomeni vancomycin-resistant enterococci) in so se razširili v zadnjih 10 letih. V ZDA so VRE zelo pogosti v bolnišničnem okolju. Večinoma jih osamijo pri bolnikih in manj v okolju (Coque et al., 1996; Berce et al., 2002).

Sevi iz rodu *Bacillus* so bili v povprečju najbolj občutljivi.

Največ odpornih bakterijskih sevov je bilo osamljenih iz površinskih voda, najmanj pa iz pitne vode. Odpornost posameznih bakterijskih vrst pa je lahko odvisna od njihove naravne odpornosti ali pa od pridobljene odpornosti, ki je največkrat vezana na prenos genetskega materiala med vrstami (Seme, 2002).

Več kot tri četrtine preskušanih bakterijskih sevov je pokazalo večkratno odpornost proti trem ali več skupinam uporabljenih antibiotikov.

Zaključki

Podatki o prisotnosti antibiotikov v vodah in pogostemu pojavu odpornih bakterij v okolju so skrb vzbujajoči. Potrebno je sprejeti ukrepe, s katerimi bi omejili širjenje odpornih bakterij in s katerimi bi povečali nadzor nad uporabo antibiotikov. Sodelovati bi morali različni profili od veterinarjev, zdravstvenega osebja, mikrobiologov, farmacevtov, ekologov, kemikov in drugih strok.

Literatura

Adeleke OE, Anyacho CE, Onakoya TM. In Vitro Anti-Staphylococcal Activity of Honey and 2 Standard Antibiotics Cloxacillin and Ampicillin, Honeymark. 2005; Do-

- stopno na: <http://www.honeymarkproducts.com/in-vitro-anti-staphylococcal-activity-of-honey-and-2-standard-antibiotics-cloxacillin-and-ampicilli.aspx> (26. 10. 2010)
- Aničić N. Zastopanost nekaterih bakterijskih vrst v vzorcih pitne in površinske vode ter vode individualnih zajetij [diplomsko delo]. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010.
- Armstrong JL, Shigeno DS, Calomiris JJ, Seidler RJ. Antibiotic-resistant bacteria in drinking water. *Appl Environ Microbiol.* 1981; 42: 277–83.
- Banerjee M, Sarkar PK. Antibiotic resistance and susceptibility to some food preservative measures of spoilage and pathogenic micro-organisms from spices. *Food Microbiol.* 2004; 21(3): 335–42.
- Berce I, Sarjanović L, Smole Možina S. Naraščajoča odpornost proti antibiotikom pri mikroorganizmih v prehranski verigi. Zavod za zdravstveno varstvo Nova Gorica; 2002; Dostopno na: <http://www.zzv-go.si/fileadmin/pdfdoc/OdpornostMikro.pdf> (15. 05. 2010).
- Chaudhury A. In vitro activity of ceftiofime: A new fourth generation cephalosporin. *Indian J Med Microbiol.* 2003; 21: 52–5. Dostopno na: <http://www.ijmm.org/text.asp?2003/21/1/52/8319> (26. 10. 2010).
- Conboy MJ, Goss MJ. Identification of an assemblage of indicator organisms to assess timing and source of bacterial contamination in groundwater. *Water Air Soil Pollut.* 2001; 129 (1–4): 101–18.
- Coque TM, Tomayko JF, Ricke SC, Okhyusen PC, Murrey BE. Vancomycin-resistant enterococci from nosocomial, community, and animal sources in the United states. *Antimicrob. Agents and Chemother.* 1996; 40: 2605–09.
- DSM, The Netherlands, Delvotest® SP-NT/SP MINI – NT, Food Specialities, Standard diffusion test for the detection of antibacterial substances in milk, 2008. Navodila proizvajalca.
- Feitosa- Felizzola J, Chiron S. Occurrence and distribution of selected antibiotics in a small Mediterranean stream (Arc river, Southern France). *J Hydrol.* 2009; 364: 50–57.
- Khalaf H, Salste L, Karlsson P, Ivarsson P, Jass J, Olsson P-E. In vitro analysis of inflammatory responses following environmental exposure to pharmaceuticals and inland waters. *Sci Total Environ.* 2009; 407: 1452–60.
- Kotnik V. Antibiotiki in kemoterapevtiki. In: Gubina M, Ihan A, eds. *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikologijo*. 1. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi 2002: 15: 427–38.
- Kümmerer K. Significance of antibiotics in the environment. *J Antimicrob Chemoth.* 2003; 52: 5–7.
- Lalumera GM, Calamari D, Galli P, Castiglione S, Crosa G, Fanelli R. Preliminary investigation on the environmental occurrence and effects of antibiotics used in aquaculture in Italy. *Chemosphere* 2004; 54 (5): 661–68.
- Merck KGaA (2004). *Bacillus subtilis* (BGA) spore suspension for the inhibitor test, Germany, navodila proizvajalca.
- Merck Microbiology Manual (2007), 12th edition.
- Mitchell JM, Griffiths MW, McEwen SA, McNab WB, Yee AJ (1998). Antimicrobial drug residues in milk and meat: Causes, concerns, prevalence, regulations, tests and test performance. *J Food Prot* 61 (6): 742–56.

- Roveta S, Schito AM, Marchese A, Schito GC. Microbiological rationale for the utilisation of prulofloxacin, a new fluoroquinolone, in the eradication of serious infection caused by *Pseudomonas aeruginosa*. *Internat J Antimicrob Agents* 2005; 26: 366–72.
- Seme K. Nadzor bakterijskih okužb: Mehanizmi bakterijske odpornosti proti antibiotikom. In: Gubina M in Ihan A, eds. *Medicinska bakteriologija z imunologijo in mikologijo*. 1st ed. Ljubljana: Medicinski razgledi, 2002: 15: 439–446.
- SIST ISO 5667-11:26. Water quality-sampling-part 11: Guidance on sampling of groundwaters International Organization of Standardization, Geneva, Switzerland; 1993.
- SIST ISO 5667-5:17. Water quality-sampling-part 5: Guidance on sampling of drinking water from treatment works and piped distribution system, International Organization of Standardization, Geneva, Switzerland; 2006.
- Teuber M. Spread of antibiotics resistance with food-borne pathogens. *CMLS, Cell Mol Life Sci*. 1999; 56: 755–763.
- Tsen HY, Kg Y, Wang KC, Wanf SJ, Chang MY, Lin LY. Comparison of the enterotoxigenic types, toxic shock syndrome toxin 1 (TSST-1) strains and antibiotics susceptibilities of enterotoxigenic *Staphylococcus aureus* strains isolated from food and clinical samples. *J Food Microbiol*. 1998; 15: 33–41.
- Watkinson AJ, Murby EJ, Kolpin DW, Constanzo SD. The occurrence of antibiotics in an urban watershed: from wastewater to drinking water. *Sci Total Environ*. 2009; 407 (8): 2711–2723.

Pomen referenčne ambulante za paciente z boleznimi srca in ožilja

Significance of a nurse-led clinic for cardiovascular patients

David Pogorelc, Sabina Hribernik, Matjaž Petrič, Evgen Janet

Povzetek

Izhodišča: Bolezni srca in ožilja so pomemben vzrok obolenosti in umrljivosti v razvitem svetu. Finančna obremenitev zdravstvenih sistemov je temu primerno visoka. Najučinkovitejši način preprečevanja bolezni srca in ožilja temelji na zdravem načinu življenja. Referenčne ambulate se od običajnih razlikujejo po tem, da v njih delajo diplomirane medicinske sestre, ki prevzemajo del nalog zdravnikov in jih tako razbremenijo. Pomembno nalogo imajo tudi pri obravnavi kroničnih bolnikov in preventivnih aktivnosti. Referenčne ambulate (RA) predstavljajo pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulanti družinske medicine. Avtorji prispevka so na lokalni ravni preverjali zadovoljstvo uporabnikov s tovrstnim modelom v praksi.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja. Avtorji so oblikovali anketni vprašalnik in uporabnike prosili, da ga izpolnijo. Zanimalo jih je predvsem, v kakšni meri vprašani poznajo namen referenčne ambulate in njene dejavnosti, kaj od nje pričakujejo in kako so z njo zadovoljni. Za pojasnjevanje ozadja so uporabili teoretično deskriptivno metodo.

Rezultati: Izbrana RA izpolnjuje pričakovanja vprašanih uporabnikov glede podajanja oz. pridobivanja informacij o zdravem načinu življenja. Analiza vprašalnikov je pokazala, da RA po mnenju vprašanih bistveno pripomore k promociji ključnih dejavnikov zdravega načina življenja.

Diskusija in zaključki: Na primeru izbrane referenčne ambulate je bilo ugotovljeno, da imajo uporabniki pozitiven odnos do RA. To je lahko eden od kazalnikov pri oceni zvišanja stopnje kakovostne obravnave bolnikov in povečanja zadovoljstva uporabnikov na primarnem nivoju.

Ključne besede: kronične bolezni, presejanje, preventiva, življenjski slog, referenčna ambulanta.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases represent an important cause of morbidity and mortality in developed countries. Financial burden on the health systems is therewith adequately high. Most efficient prevention can be achieved with healthy lifestyle. Nurse-led clinics differentiate from standard clinics. Nurse-led clinics employ registered nurses, who partly take over doctors assignments, therewith taking part of their burden off them. They play

an important role in treatment of cronical patients and in prevention activities also. Nurse-led clinics are an important step forward in team care for patients in family medicine clinics. Authors of the article were checking patients satisfaction with the model in their local area. Methods: Authors designed a survey and invited the patients to participate. The main questions were whether the patients are familiar with the significance of the referential clinic and its activities, what do they expect from it and what is their satisfaction level. To explain background, theoretical descriptive method was used.

Results: The chosen nurse-led clinic meets the patients criteria as regards providing them with information about healthy lifestyle. The survey analysis showed that patients believe the nurse-led clinic to be helpful as regards promoting key factors in healthy lifestyle.

Discussion and conclusions: It can be concluded, based on the chosen nurse-led clinic patients survey, that the patients grow positive attitude towards the nurse-led clinic, which could be one of the indicators in determining improvement in quality patients care and growth of patient satisfaction on primary health care level.

Keywords: chronic diseases, sifting, prevention, lifestyle, survey.

Uvod

Bolezni srca in ožilja so še vedno pomemben vzrok obolenosti in umrljivosti v razvitem svetu in tudi pri nas. So najpogostejši vzrok smrti v Evropski uniji (EU), saj zaradi njih umre približno dva milijona prebivalcev na leto, kar predstavlja 40 % vseh umrlih. Finančna obremenitev zdravstvenih sistemov znotraj EU predstavlja z naslova teh bolezni pribl. 10 % vseh stroškov za zdravstvo. Poleg tega so te bolezni med glavnimi vzroki dolgotrajne nezmožnosti za delo. V starosti od 54 do 64 let kar 1/3 Slovencev in 1/10 Slovenk umre za posledicami tovrstnih obolenj. Bolezni srca in ožilja so povezane s posameznikovim vedenjem in načinom življenja. Učinkovite strategije preprečevanja se zato osredotočajo na ključne dejavnike, kot so kajenje, prehrana in telesna dejavnost, uživanje alkohola ter psihosocialne obremenitve.

V spremljanje parametrov nekaterih kroničnih bolezni in preventivne aktivnosti so z aprilom 2011 v naš zdravstveni sistem stopile t. i. *referenčne ambulate*. Le-te predstavljajo pomemben napredek v timski obravnavi pacientov v ambulantni družinske medicine. V okviru Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem je referenčna ambulanta v Zdravstveni postaji na Prevaljah.

Prispevek opisuje pomen referenčne ambulate in dela diplomirane medicinske sestre v obravnavi pacientov z boleznimi srca in ožilja ter na lokalni ravni preverja, kako so pacienti oz. uporabniki s tovrstnim modelom zadovoljni v praksi.

Metode

V raziskavi smo za prikaz ozadja uporabili teoretično deskriptivno, t. j. opisno metodo, v okviru katere smo študirali in interpretirali že napisano literaturo s področja bolezni srca in ožilja ter referenčnih ambulant.

Uporabili smo tudi teoretično kavzalno metodo, izbrano orodje je bil pri tem vprašalnik. Oblikovali smo anketni vprašalnik in uporabnike RA prosili, da ga izpolnijo. Zanimalo nas je predvsem, v kakšni meri vprašani poznajo namen RA in njene dejavnosti, kaj od nje pričakujejo in kako so z njo zadovoljni.

Vzorec je zajemal 20 oseb, starih nad 21 let. To pomeni, da je anketo v RA izpolnilo 20 uporabnikov, 9 moških in 11 žensk. Večina je bila stara med 41 in 70 let. V RA na Prevaljah je skupno vodenih 92 pacientov, vzorec torej predstavlja 22 % vseh pacientov.

Pričakovali smo pozitiven odnos uporabnikov do referenčne ambulante.

Teoretični del

Bolezni srca in ožilja

Bolezni srca in ožilja so v razvitem svetu in tudi pri nas kljub poudarkom, ki jih zahodni svet v zadnjem obdobju daje preventivnim dejavnostim, pomemben vzrok obolevnosti in umrljivosti. V Evropski uniji (EU) zaradi njih umre približno dva milijona prebivalcev na leto, t. j. 40 % vseh umrlih. Kar 10 % vseh stroškov za zdravstvo znotraj EU nastane kot posledica omenjenih bolezni. Poleg tega so bolezni srca in ožilja med glavnimi vzroki dolgotrajne nezmožnosti za delo (Bolezni srca in ožilja, 2011). V starosti od 54 do 64 let 1/3 Slovencev in 1/10 Slovenk umre za posledicami tovrstnih obolenj (Accetto, Bulc, 2008).

Bolezni srca in ožilja so tesno povezane s posameznikovim vedenjem in načinom življenja. Učinkovite strategije tako temeljijo na ključnih dejavnikih preprečevanja bolezni, kot so opustitev kajenja, ustrezna prehrana in telesna dejavnost, omejitev uživanja alkohola ter psihosocialni dejavniki. *Dejavniki tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni* so raznoliki in obširni. Številne študije opredeljujejo dejavnike tveganja, ki močno povečujejo možnosti za nastanek srčno-žilnih dogodkov. Danes poznamo prek 300 različnih dejavnikov, ki vplivajo na hitrejšo napredovanje ateroskleroze. Niso pa vsi dejavniki tveganja enako pomembni, saj nekateri bolj, drugi pa manj izrazito pospešujejo razvoj aterosklerotičnih sprememb in s tem tudi zapletov. Zanimivo je, da se nekateri dejavniki tveganja med seboj »združujejo«. Najbolj tipično povezovanje dejavnikov tveganja je vidno npr. pri presnovnem sindromu, kjer so sočasno prisotni povišan krvni tlak, znižana raven zaščitnega HDL-holesterola, trebušna debelost in zvišan krvni sladkor. Med zelo pomembne ali tako imenovane klasične dejavnike tveganja štejemo t. i. *nespremenljive dejavnike tveganja* (moški spol, starost, družinska obremenjenost – dednost) ter t. i. *spremenljive dejavnike tveganja*, kot so zvišana raven holesterola, znižana raven HDL-holesterola, sladkorna bolezen tip 2 (»starostna« ali dedna), povišan krvni tlak, kajenje, čezmerna prehranjenost in debelost ter telesna nedejavnost.

Bolezni srca in ožilja ali kardiovaskularne bolezni se delijo na dve vrsti: bolezni srca (kardio) in bolezni ožilja (vaskularne). Srčni infarkt je, na primer, bolezen srca, možganska kap pa je bolezen ožilja (Miller, 2009). V nadaljevanju navajamo in na kratko opisujemo *nekaj najpogostejših primerov bolezni srca in ožilja* (Berkow, 2002).

- *Ateroskleroza*. Je počasi napredujoč proces kopičenja holesterola iz krvi v stenah žil odvodnic (arterij), ki povzroči, da se žilna svetlina zoži ali celo zamaši.
- *Visok krvni tlak*. O njem govorimo, kadar je višji kot 140/90 mmHg, bodisi da gre le za večje vrednosti sistoličnega krvnega tlaka oz. diastoličnega krvnega tlaka ali pa za povečanje obeh.

Tabela 1: Orientacijske vrednosti krvnega tlaka.

Optimalen krvni tlak	Visoko-normalen krvni tlak	Hipertenzija 1. stopnje	Hipertenzija 2. stopnje	Hipertenzija 3. stopnje
manj kot 120/80	130/85 do 139/89	140/90 do 159/99	160/100 do 179/109	več kot 180/110

- *Presnovni sindrom*. Je skupina dejavnikov, ki kažejo na motnje presnove.
- *Periferna arterijska bolezen nog*. Kadar se v procesu, ki mu pravimo ateroskleroza, začnejo v stenah arterij kopičiti maščoba, kalcij, vnetne celice in druge snovi, postaja svetlina arterij vse manjša. Krvni pretok se zaradi zožitve žilne svetline sprva upočasni, če bolezen napreduje, pa se lahko popolnoma ustavi. Kadar so prizadete arterije spodnjih ali zgornjih okončin (prizadetost zgornjih okončin je veliko redkejša), govorimo o periferni arterijski bolezni (PAB).
- *Srčno popuščanje*. Pojavi se, ko srce ne zmore črpati krvi dovolj hitro in učinkovito ter tako zagotoviti telesu zadostnega dotoka kisika in hranljivih snovi.
- *Srčni infarkt*. Je stanje, ki nastane, ko se zamaši ena izmed arterij, ki prehranjujejo srce. Najpogostejši vzrok nenadnega zaprtja žile je ateroskleroza.

Referenčne ambulate

Zaradi demografskih sprememb, kot je npr. staranje prebivalstva, se število kroničnih bolnikov večja. V informacijski dobi postajajo pacienti čedalje bolj izobraženi, vedo vedno več in zaradi tega postajajo zahtevnejši. Po drugi strani se večja števila pacientov na zdravnika, medicinske smernice in priporočila se skokovito razvijajo, določene regije so izjemno slabo pokrite z zdravniki, obenem pa se vedno manj študentov odloča za specializacijo iz družinske medicine. Ti in številni drugi dejavniki zahtevajo nujne spremembe na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Enega izmed modelov sprememb predstavljajo t. i. referenčne ambulate.

Referenčne ambulate so obstoječe ambulate, v katerih že dela zdravnik družinske medicine, v katerih pa se delo vsebinsko nadgradi v skladu s priporočili na nivoju:

- protokolov vodenja kroničnih pacientov,
- vodenja registrov kroničnih pacientov,
- širše preventive (dana orodja, določena ciljna populacija),
- doseganja kazalnikov kakovosti,
- opravljanja možnih posegov na primarni ravni.

Cilji tovrstnega modela (povzeto po "Referenčne ambulate družinske medicine, 2011")

- Omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarni nivo, z ustrezno kadrovsko-vsebinsko-finančno strukturo.
- Povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave pacientov.
- Povečati zadovoljstvo pacientov in zaposlenih na primarnem nivoju.
- Določene aktivnosti v referenčni ambulanti v skladu s svojimi pristojnostmi izvajati in zanje odgovarjati diplomirana medicinska sestra (DMS).

Vloga referenčnih ambulant in diplomiranih medicinskih sester pri boleznih srca in ožilja

Referenčne ambulate se od običajnih razlikujejo v tem, da v njih delajo diplomirane medicinske sestre, ki prevzemajo del nalog zdravnikov in jih tako razbremenijo. Pomembno nalogo imajo tudi pri obravnavi kroničnih pacientov in preventivnih aktivnosti.

DMS v RA praviloma vodijo stabilne kronične paciente z astmo, sladkorno boleznijo in kronično obstruktivno boleznijo pljuč. Pri preventivi pa nosijo pomembno vlogo pri *presejanju populacije za srčno-žilne bolezni*. Sistematično presejanje za ugotavljanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni pri opredeljenih osebah po 30. letu je ukrep, katerega cilj je opuščanje oziroma spreminjanje zdravju škodljivih vedenj. Preiskovanec pred obiskom referenčne ambulate opravi laboratorijske preiskave, skupaj z DMS selektivno izpolni presejalne vprašalnike in opravi meritve (telesna višina, teža, krvni tlak, periferni pulzi ...). Glede na rezultat ga DMS usmeri v dodatno laboratorijsko in funkcionalno diagnostiko/ga napoti v preventivni center/ga glede na stopnjo ogroženosti naroči na pregled k zdravniku. Delo poteka po načelu dispanzerske metode dela; to je aktivno vabljenje populacije po 30. letu s pisnimi vabili na dom ali osebni dogovor za presejalni pregled pri obisku ambulate.

DMS naj bi v vprašalniki in določenimi testi spremljale stabilnost kronične bolezni, ob morebitnem odstopanju od običajnih parametrov vodenja bolezni pa pacienta napotijo k zdravniku. Tudi sicer naj bi kronični vsaj enkrat letno obiskali zdravnika glede svoje kronične bolezni (Referenčne ambulate dužinske medicine, 2011). Rezultati raziskav učinkovitosti RA¹ iz tujine so spodbudni.

- V študiji, ki je vključevala 19 splošnih ambulant na severovzhodnem Škotskem (1173 pacientov, mlajših od 80 let, z delovno diagnozo srčno-žilne bolezni), so ugotovili, da so referenčne ambulate učinkovito zvišale uspešnost sekundarnega preprečevanja srčno-žilnih bolezni. Pozitivni učinki bi za preiskovano množico lahko pomenili zmanjšanje rizika srčno-žilnih bolezni in s tem povezane umrljivosti do tretjine (Campbell, Ritchie, Thain, Deans, Rawles, Squair, 1998).
- V raziskavi, ki so jo v enoletni odprti raziskavi na vzorcu 200 pacientov z diabetesom tipa 2 opravili na Irskem, so strokovnjaki ugotovili, da je referenčna ambulanta pri zmanjševanju tveganja za srčno-žilne bolezni pri obravnavani populaciji uspešnejša od standardne oblike obravnave pacientov z diabetesom (MacMahon Tone, Agha, Sherlock, Finucane, Tormey, Thompson, 2009).

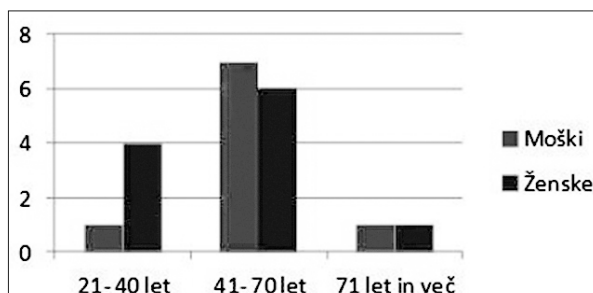
Zasnovani so bili tudi številni protokoli za spremljanje dejavnosti referenčnih ambulant, preko katerih raziskovalci preverjajo njihovo učinkovitost v povezavi z različnimi stanji in dejavniki: npr. učinkovitost RA pri preprečevanju oz. zniževanju depresije pri pacientih s srčnimi obolenji in diabetesom (Morgan et al. 2009), učinkovitost telefonske (referenčne) podpore pacientom, ki so bili po kapi ali prehodnem ishemičnem napadu pred kratkim odpušteni iz bolnišnične oskrbe (Kerry et al. 2008), ali npr. splošno učinkovitost RA na področju kontrole srčno-žilnih bolezni (Koelewijn-van Loon et al., 2008).

1 Primerljive ambulate so v angleškem jeziku zvečine poimenovane *nurse-led clinics*, kar bi v slovenščino dobesedno prevajali kot *ambulate, ki jih vodijo medicinske sestre, ali sestrsko vodene ambulate*.

Rezultati empiričnega dela

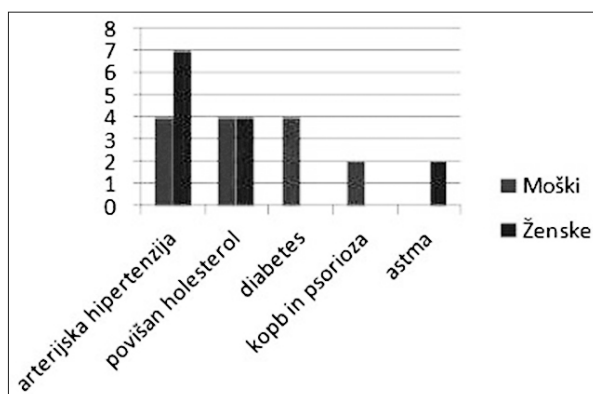
Preverjanje pomena referenčne ambulante za uporabnike na lokalni ravni (ZP Prevalje)

Avtorji prispevka smo se v mini raziskavi spraševali po pomenu RA za njene uporabnike. Za uporabnike smo zasnovali vprašalnik in jih spraševali v decembru 2012. Slika 1 prikazuje porazdelitev števila vprašanih oseb glede na spol in starost.



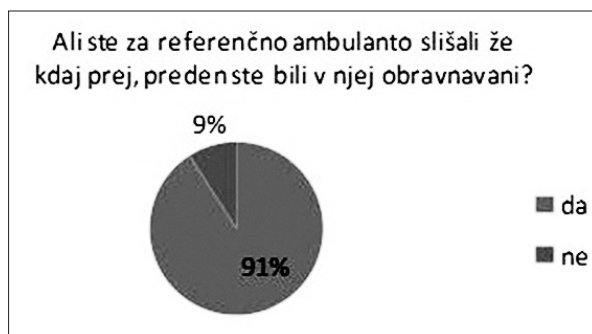
Slika 1: Vprašani po starosti in spolu.

Najprej nas je zanimalo, zaradi katere kronične bolezni prihajajo v RA. *Največ vprašanih se zdravi zaradi arterijske hipertenzije (visokega krvnega tlaka): 7 žensk in 4 moški (skupaj 11).* Zaradi povišanega holesterola se zdravijo 4 vprašane ženske in 4 vprašani moški (skupaj 8). Zaradi diabetesa se zdravijo 4 vprašani moški. 2 vprašani ženski se zdravita za astmo, 2 vprašana moška pa se zdravita za kronično obstruktivno pljučno boleznijo in psoriozo. Slika 2 prikazuje pogostnost diagnoz pri vprašanih (nekateri vprašani imajo več diagnoz).

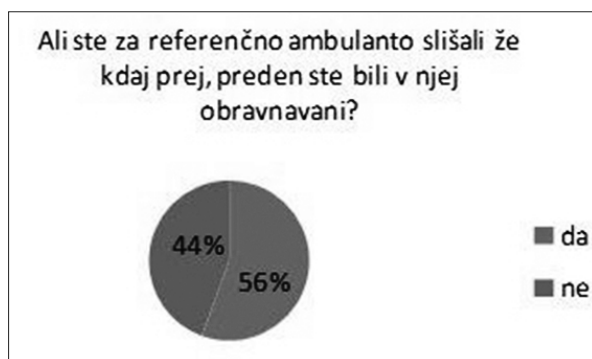


Slika 2: Pogostost diagnoz v vzorcu po spolu.

V nadaljevanju smo želeli preveriti, koliko pacienti RA sploh poznajo. *Za RA je pred tem, da so bili v njej obravnavani, slišalo 15 vprašanih (75 %), 10 žensk (91 % vprašanih žensk) in 5 moških (56 % vprašanih moških).* RA pred napotitvijo ni poznalo 5 vprašanih (25 %), 1 ženska in 4 moški. Sliki 3 in 4 prikazujeta seznanjenost vprašanih z RA pred obravnavo v njej, glede na spol.

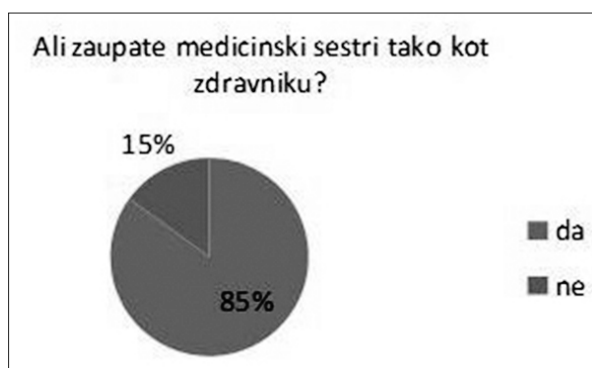


Slika 3: Seznanjenost z RA pred obravnavo, ženske.



Slika 4: Seznanjenost z RA pred obravnavo, moški.

Zanimalo nas je tudi, če pacienti diplomirani *medicinski sestre v RA kot članici tima zaupajo v enaki meri kot zdravniku*. Pritrdilno je odgovorilo 17 vprašanih, 3 so odgovorili nikalno. Za zaupljivejše so se izrekle ženske, saj medicinski sestre enako kot zdravniku zaupa kar 10 od 11 (ali 91 %) vprašanih žensk in 'zgolj' 7 od 9 (ali 78 %) vprašanih moških. Slika 5 prikazuje omenjeno stopnjo zaupanja, moški in ženske skupaj.



Slika 5: Stopnja zaupanja medicinski sestre.

Za konec smo spraševali po tem, če (vprašanim) v RA *podajo dovolj informacij (o zdravem načinu življenja)*. Pritrdilno je odgovorilo vseh 20 vprašanih (100 %).

Diskusija in zaključki

Na lokalni ravni, v referenčni ambulanti družinske medicine na Prevaljah, smo preverjali, kako so pacienti oz. uporabniki zadovoljni s tovrstnim modelom obravnave določenih kroničnih bolezni in preventive. Med vprašanimi je bilo največ takih, ki se zdravijo zaradi arterijske hipertenzije (visokega krvnega tlaka). Ugotovili smo, da RA popolnoma izpolnjuje pričakovanja vprašanih uporabnikov glede podajanja oz. pridobivanja informacij o zdravem načinu življenja. Pri pričakovanjih uporabnikov ni prihajalo do razlik glede na spol vprašanih. S prenosom nekaterih pooblastil in odgovornosti na diplomirano medicinsko sestro stopnja zaupanja pacientov ni zelo okrnjena, saj sestri večina pacientov popolnoma zaupa. Ženske so se tu izkazale za nekoliko bolj zaupljive. Morda bi lahko to dejstvo povezali s tem, da so glede na dobljene odgovore ženske (že pred obravnavo) bolje seznanjene z RA ter njenimi dejavnostmi in pomenom. Dejstvo, da so z RA pred obravnavo slabše seznanjeni moški kot ženske, pa je svojevrstna zanimivost, ki bi jo kazalo obdelati v posebni raziskavi. Na podlagi analize vprašalnikov lahko sklepamo tudi, da RA bistveno pripomore k promociji ključnih dejavnikov zdravega načina življenja. Po našem mnenju bi morala RA edino nekoliko več narediti na prepoznavnosti med populacijo, ki (še) ni neposredno vključena v obravnavo v njej. Na primarni in sekundarni ravni bi lahko bile v čakalnicah dostopne informativne ilustrirane zloženke, dobrodošle so objave v medijih, kjer se predstavi namen in prednosti teh ambulant, referenčne ambulate bi lahko predstavili tudi na delavnicah za zdrav življenjski slog.

Na primeru izbrane RA lahko rečemo, da po oceni pacientov izpolnjuje cilja modela RA: omogočiti in povečati kakovostno obravnavo pacientov ter povečati zadovoljstvo pacientov na primarnem nivoju. *Naše pričakovanje, da je referenčna ambulanta za paciente dobrodošla in koristna oblika modela skrbi za zdravje na primarni ravni, se je na nivoju kratke lokalne preverbe uresničilo.* Kazalci kakovosti v RA pa so številni: za nadaljnjo oceno bi bilo potrebno preveriti različne deleže (ne)obravnavanih skupin, odzivnost napotenih (po dejavniki tveganja oz. intervencijah), uspešnost intervencij ipd. (Bulc, 2011), in to na precej večjem vzorcu. Zadovoljstvo udeležencev je zgolj eden od kazalnikov.

Gotovo bi bilo zanimivo preveriti in primerjati tudi stroškovno učinkovitost obravnave pacientov v RA (in vpliv na zdravstveni proračun) ter zadovoljstvo zaposlenih na primarnem nivoju, a je tudi to tema za morebitne prihodnje raziskave.

Literatura

- Accetto R, Bulc M. Nevarnosti za srce in ožilje. Slovensko zdravniško društvo, Krka; 2008.
- Berkow R, eds. Veliki zdravstveni priročnik. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2002: 67–141.
- Bolezni srca in ožilja. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_sl.htm (10. 12. 2011).
- Bulc M. Preventiva bolezni in promocija zdravja v referenčnih ambulantah. Dostopno na: <http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/ReferencneAmbulante/Preventiva-bolezni-in-promocija-zdravja-v-RA-Mateja-Bulc.pdf> (16. 12. 2011).
- Campbell N C, Ritchie L D, Thain J, Deans H G, Rawles J M, Squair J L. Secondary prevention in coronary heart disease: a randomised trial of nurse led clinics in primary care. Dostopno na: heart.bmj.com (4. 4. 2012).

- Kapš P. Bolezni srca in žilja. Novo mesto: Grafika Tomi; 2009.
- Kerry S, Markus H, Khong T, Doshi R, Conroy R, Oakeshott P. Community based trial of home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support in patients with stroke or transient ischaemic attack recently discharged from hospital. Dostopno na: <http://www.trialsjournal.com/content/9/1/15> (4. 4. 2012).
- Koelewijn-van Loon M S, van Steenkiste B, Ronda G, Wensing M, Stoffers H E, Elwyn G, Grol R, van der Weijden T. Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPA-LA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/9> (4. 4. 2012).
- Kritična ishemija: zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje za žilne bolezni, Slovensko zdravniško društvo; 2010.
- MacMahon J, Agha A, Sherlock M, Finucane F, Tormey W, Thompson CJ. An intensive nurse-led, multi-interventional clinic is more successful in achieving vascular risk reduction targets than standard diabetes care. Royal Academy of Medicine in Ireland; 2009.
- Miller B. Prikriti morilci: Skrite nevarnosti v našem telesu. Ljubljana: Tuma; 2009.
- Morgan M, Dunbar J, Reddy P, Coates M, Leahy R. The TrueBlue study: Is practice nurse-led collaborative care effective in the management of depression for patients with heart disease or diabetes? Dostopno na: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0> (8. 4. 2012).
- Referenčne ambulate družinske medicine. Dostopno na: <http://www.referencna-ambulanta.si/> (10. 12. 2011).

Vloga zdravstvenih delavcev pri vzgoji za kakovostno staranje

The Role of Health Workers in Education for Quality Ageing

Dunja Verbič, Vesna Zupancič

Povzetek

V Sloveniji se tako kot v razvitem svetu srečujemo z vprašanji, ki jih postavlja izrazito povečan delež starejših v celotnem prebivalstvu. Z razvojem medicine in zdravstvene stroke se je življenjska doba podaljšala, vendar v starosti postopoma opešajo življenjske moči. Tako lahko star človek zaradi bolezni ali starostne oslabelosti postane odvisen od drugih ljudi. Svetovna zdravstvena organizacija si je v strategiji "Zdravje za vse v 21. stoletju" za enega izmed ciljev postavila prizadevanja za zdravo staranje, s čimer poskušajo povečati delež starejših, ki imajo dejavno družbeno vlogo in uživajo poln zdravstveni potencial, ter povečati delež starejših, ki so sposobni ostati čim dlje samostojni in živeti v domačem okolju. Pri uresničevanju postavljenih ciljev imajo pomembno vlogo tudi zdravstveni delavci. Z zdravstveno-vzgojnim delovanjem delujejo preventivno za vzdrževanje zdravja in preprečevanje razvoja bolezni v vseh življenjskih obdobjih – za aktivno starost, pri tem pa posamezniku ne odvzamejo odgovornosti za lastno zdravje. Zdravstveni delavci, predvsem pa diplomirane medicinske sestre, se pripravljajo na kompetentno kakovostno delovanje v promociji zdravja že v času izobraževanja.

Glavne besede: staranje, zdravstvena vzgoja, promocija zdravja.

Abstract

In Slovenia as in the developed world, we are faced with the questions posed by the significantly increased proportion of the elderly in the total population. The development of medicine and the medical profession has affected the life expectancy, but vitality gradually decreases with age. Therefore, older people become dependent on others due to illness or infirmity. As one of the goals in its policy "Health for All in the 21st Century", the World Health Organisation strives to promote healthy ageing, thereby increasing the share of older people who play an active role in the society and enjoy full health potential as well as increasing the share of older people who are able to remain independent as long as possible and live in the home environment. In achieving the set goals, health professionals play an important role. The activities related to health and education have a preventive effect on health maintenance and the development of disease at all stages of life and ensure an active old age, whereas the individual still assumes responsibility for their own health. Health profession-

als, especially registered nurses, prepare for competent and high-quality work in health promotion during training.

Key words: ageing, health education, health promotion.

Uvod

“Čaša tvoja je – življenje tvoje! Sam napolni z večnosti jo lekom!” je zapisal Anton Aškerc v svoji Čaši nesmrtnosti in s tem simbolično izrazil odgovornost vsakega posameznika za lastno zdravje. Za zdravje je predvsem odgovoren vsak posameznik, država pa je odgovorna za ustvarjanje pogojev, v katerih posamezniki s pomočjo različnih strokovnjakov kakovostno skrbijo za svoje zdravje. Zdravje zato tudi ne more biti samo skrb strokovnjakov s področja zdravstva, ampak posega tudi na področje dela drugih strok. Odgovornost za zdravje postaja pravica posameznika, da si ohranja svoje zdravje, posredno pa tudi dolžnost, da vpliva na dejavnike, ki so pomembni za zdravje ljudi. Torej tu ne gre več samo za posameznika, ampak za njegov odnos do družbe in okolja, pa tudi obratno: za odnos in delovanje družbenega okolja do posameznika.

Svetovna zdravstvena organizacija si je v strategiji »Zdravje za vse v 21. stoletju« za enega izmed ciljev do leta 2020 postavila prizadevanja za zdravo staranje, kar pomeni povečati delež oseb, starejših od 65 let, ki igrajo dejavno družbeno vlogo in imajo priložnost uživati poln zdravstveni potencial, za 20 %. Hkrati pa želijo povečati delež oseb nad 80 let, ki bodo živele v domačem okolju ter ohranile samostojnost in položaj v družbi za 50 % (Cijan, Cijan, 2003). Navajajo tudi, da je pot za doseg te ciljev ustrezna javna in zdravstvena politika ter, kar je za zdravstvene delavce zelo pomembno, omogočen dostop do primerne zdravstvenega varstva ter drugih storitev, pripomočkov in pomoči. Poseben poudarek je na aktivnostih zdravstvene vzgoje, ki se uvršča na področje javnega zdravstva in si prizadeva, da bi vsi posamezniki, pa tudi družba, sprejeli zdravje za največjo vrednoto, izoblikovali pozitivna stališča do zdravja in jih v življenju tudi uresničili (Hoyer, 2005). Voljč (2012) navaja, da dolgo, zdravo, aktivno in samostojno starost lahko pričakujemo le, če upoštevamo načelo zdravega in aktivnega staranja skozi vsa starostna obdobja. To omenja kot »najprimernejše varčevanje za starost«, kar lahko zdravstveni delavci, posebno pa še medicinske sestre, uporabijo v gospodarski krizi kot motivator v skrbi za aktivno in bolj zdravo starost, saj je za veliko ljudi v času gospodarske krize in visoke stopnje brezposelnosti, to edina sploh možna oblika varčevanja.

Staranje in kakovost življenja

Staranje prebivalstva je tesno povezano s kakovostjo življenja ljudi, ki postaja osrednja družbena vrednota (Lah, Pahor, Hlebec, 2008). Staranje je fiziološki proces, ki doleti vsakega posameznika tako kronološko kot biološko. Skladnost med tema dvema pojavoma pa ni nujna. Pogosto lahko vidimo osebe, ki kljub svoji kronološki starosti izžarevajo ogromno energije in nam s svojo podobo predstavljajo pojem kakovostnega staranja. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije je starostnik oseba po dopolnjenem 65. letu starosti, ko se pričnejo izražati biološki, psihološki ali družbeni vidiki staranja. Staranje prevzame človeka v celoti, saj pride poleg sprememb zunanjega videza tudi do spremenjene samopodobe ter družbenega položaja in vloge posameznika. Nekoč delovno aktivne osebe se upokojijo, ter s tem izgubijo družbeno vlogo, ki je bila več desetletij del njih. Posledično se nemalokrat počutijo izgubljene in ob prisotnosti pogostih dogodkov v tem življenjskem obdobju, kot

so ovdovelost, ločitev, akutna somatska bolezen, bolezen bližnje osebe, nenadno brezdomstvo ali selitev v institucijo, velike finančne težave, težavni odnosi v družini ali s prijatelji lahko vodijo v depresivno vedenje (Rudolf, 2004), depresijo ali celo samomor, kar predstavlja v Sloveniji pereč problem.

Staranje je interakcija okolja in genoma v dednem zapisu. S staranjem dednega materiala in škodljivimi vplivi zunanjega okolja lahko pride do razvoja patološkega staranja, ki lahko vodi v razvoj bolezni, kar močno vpliva na posameznikovo kakovost življenja. Razvoj teh bolezni je močno povezan z nezdravim življenjskim slogom, kot je nezdrava prehrana, premalo telesne aktivnosti, kajenje, uživanje drog in stres ter mnogi drugi dejavniki. Staranja organizma žal ni mogoče preprečiti, strokovnjaki pa dokazujejo, da ga je možno upočasniti predvsem z odstranjevanjem škodljivih dejavnikov, ki povzročajo bolezensko stanje. Podaljševanje življenja ni smiselno samo po sebi, vrednost dobi šele ob skrbi za kakovostno starost. Kakovost življenja je odvisna ne le od telesnih funkcij, ampak tudi od duševnih in socialnih. Upad duševnih in telesnih funkcij vodi posameznika v odvisnost od okolice. Ivanuša (2012) navaja, da je »zdravje dragocena popotnica, na katero poleg bioloških lastnosti posameznika vplivajo tudi okoliščine v katerih ljudje odrasčajo, živijo, delajo in se starajo, ter sistemov, ki so namenjeni obvladovanju bolezni«. Evropska socialna listina Sveta Evrope (1999) je prinesla pozitivne spremembe na področje pravic starejših do socialnega varstva. Spremembe spodbujajo ukrepe, ki omogočajo starejšim, da s primerno pomočjo ostanejo polnopravni člani družbe tako dolgo, dokler je to mogoče. Starostnike spodbuja k življenju v domačem okolju, dokler to želijo, ob potrebni pomoči. Nudena jim je tudi zdravstvena pomoč na domu. K izpolnjevanju teh ukrepov je zavezana država. Demografska in socio-demografska struktura kaže na vse večji delež starejše populacije, kar zahteva spremembe na področju zdravstvenega varstva in dolgotrajne nege, socialne in ekonomske politike ter medgeneracijskih odnosov. Starejšim cilji dolgotrajne nege prinašajo zagotavljanje zdravstvenega varstva v skladu z njihovimi potrebami ter tesnejše povezovanje zdravstvene službe, bolnišnic, specializiranih institucij in socialnih služb ter zagotavljanje paliativne oskrbe.

Zdravstvena vzgoja za »aktivno in bolj zdravo starost«

Zdravstvena vzgoja je ena izmed načinov preventivnega delovanja za pospeševanje ali vzdrževanje zdravja, za preprečevanje razvoja bolezni oziroma njenega napredovanja in je temeljna naloga vsake medicinske sestre, kar opredeljuje prvi člen Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2006). Zdravstvena vzgoja je pomemben element promocije zdravja. Njen namen je spodbuditi posameznika (individualni pristop) in skupine prebivalcev (skupinski pristop), da bi skrbeli za ohranjanje lastnega zdravja oziroma da ohranjajo aktivno skrb za svoje zdravje v vseh življenjskih obdobjih. Zdravstvenovzgojni programi pomagajo posamezniku oblikovati znanje, stališča in vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomaga spreminjati življenjski slog. Glavni promotorji zdravja v lokalnem okolju so nedvomno medicinske sestre (Hoyer, 2005). V praksi zdravstvene vzgoje pojma izobraževanje in vzgajanje težko ločujemo. Pri vzgoji gre za socialno delovanje, pri katerem je poudarek na učenju kulturnega in civilizacijskega življenja in delovanja (Kvas, 2003). Z zdravstvenovzgojnim delom ozaveščamo starostnika o procesu staranja ter dejavnikih tveganja za nastanek določenih bolezni ter ga v primeru izražene bolezni učimo živeti z boleznijo. Sicer pa se zdravstvenovzgojno delo za aktivno in zdravo starost začne že

v mladosti, saj gre za proces, s katerim poskušamo osebam čim prej privzgojiti zdrav odnos do telesnega, duševnega in socialnega zdravja.

Gre torej za zelo široko področje dela, ki ga strokovnjak s področja zdravstvene nege težko časovno, organizacijsko, obenem pa visoko strokovno in kakovostno sam obvladuje; potrebno je timsko delo in sodelovanje različnih strokovnjakov. Vsi trije procesi: izobraževanje, vzgoja in svetovanje se enakomerno prepletajo in pomembno dvigajo kulturo zdravstvene vzgoje, če so le dovolj razviti. Po Strmčniku (Kvas, 2003) se vzgajanje in izobraževanje dopolnjujeta in obe dejavnosti sodita v prizadevanje za razvijanje osebnosti. Kaučič (2005) navaja, da je vzgoja v širšem pomenu besede celo nadrejena izobraževanju. Tudi svetovalno delo se v zdravstvu postopoma razvija. Nekateri večji zdravstveno vzgojni centri (Vidnar, 2007) uvajajo svetovalno mentorstvo, kot poimenujejo pogovor, pri katerem gradijo enakovreden odnos med vodjo in svetovancem. Na ta način pomagajo posameznikom, da pridejo do novih spoznanj oz. rešitve problemov, ki jih v bistvu nosijo v sebi, vendar do njih sami ne pridejo. V priporočilih in ukrepih za zdravo starost je navedeno (Krampač et al., 2012), da je starejšim pomemben občutek pripadnosti in občutek, da niso osamljeni, kar vpliva tudi na njihovo zdravje. Socialna mreža se z leti krči, zato so v okviru zdravstvene vzgoje potrebni ukrepi za njeno ohranjanje in krepitev.

Kakovostno staranje pomeni uspešno usklajevanje in enakomerno razvijanje telesne, duševne in socialne kondicije, kar predstavlja tri temelje. Osebe, ki se zdravo prehranjujejo in dovolj gibljejo, zlasti pa, če pričnejo s tem dovolj zgodaj v mladosti, lahko izboljšajo svoje zdravje v starosti. Velja pa tudi obratno. Nezdrav življenjski slog lahko v poznih letih močno načne zdravje starostnika in posledično zmanjša kakovost življenja. Tudi duševnost potrebuje prav toliko nege in skrbi kot telo. Trud za ohranjanje jasnega mišljenja, spomina in čustvene stabilnosti ter široke razgledanosti je tista naložba, ki lahko starejšim predstavlja kakovost življenja tudi takrat, ko telesno opešajo. To pa upočasni tudi napredovanje morebitne demence, ki se kot simptom različnih bolezni vse pogostejše pojavlja pri starejših. Za učenje in s tem bogatenje osebnosti v tretjem življenjskem obdobju so ustanovljeni posebni programi, ki so čedalje bolj priljubljeni.

Zdravstveni delavci in zdravstvena vzgoja

Cilji dejavnosti javnega zdravstva so pozitivni odnos do zdravja na osnovi daljše pričakovane življenjske dobe, zmanjševanje zdravstvene neenakosti med prebivalstvom, izboljšanje zdravja ljudi, promocija in razvoj socialnega kapitala ter vključevanje posameznikov, družin in skupnosti v odločanje o organizaciji in vsebini zdravstvene službe (Royal College of Nursing, 2007 cit. po Lubi, Fras, Eder, 2012). Leta 2001 je Ministrstvo za zdravstvo dopolnilo Navodilo za izvajanje zdravstvenega varstva na primarni ravni, znotraj katerega so bili v okviru nacionalnega programa izvajanja preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu izoblikovani posebni zdravstveno vzgojni programi. Preventivno delovanje se tako izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Aktivnosti na primarni ravni so namenjene zdravim ljudem in vključujejo ozaveščanje ter preprečevanje dejavnikov tveganja za razvoj bolezni. Pogosto se ljudje vključijo v program v srednjih letih življenja, ko zdravnik opazi posameznikov nezdrav življenjski slog in mu priporoči udeležbo na zdravstveno-vzgojnih delavnicah znotraj ustanove. Kot primer navajamo Zdravstveni dom Novo mesto, ki ima v okviru preventivnega delovanja z namenom prevzgoje nezdravih navad in ozaveščanja naslednje delavnice: »Ohranjanje zdravja«, »Dejavniki tveganja«, »Zdrava prehra-

na«, »Telesna dejavnost-gibanje«, »Test hoje«, »Individualno svetovanje za posameznike, ki želijo opustiti kajenje«, in delavnico »Da, opuščam kajenje« (<http://www.zd-nm.si/delavnice>). Sekundarni nivo preventivnega delovanja je namenjen odkrivanju dejavnikov tveganja za zgodnejše diagnosticiranje bolezni. Primer takega preventivnega delovanja so tudi presejalni testi, kot so bris materničnega vratu, mamografija in odvzem blata za prikrite krvavitve v okviru programov Dora, Zora, Svit. V okviru teh preventivnih programov so posamezniki pisno povabljeni k sodelovanju, ko dopolnijo določeno starost, v kateri pogostost teh bolezenskih pojavov strmo naraste. Če je bolezen že prisotna, pa se izvaja terciarna preventiva, ki je usmerjena v preprečevanje poslabšanj ali ponovitev bolezni. Zdravstveni delavci pacientu svetujejo, kako živeti z boleznijo in hkrati ohranjati kakovost življenja.

Zdravstvena vzgoja, ki pripomore h kakovostnemu staranju, poteka prek vseh življenjskih obdobij v obliki splošne vzgoje in pomembno prispeva k oblikovanju zdravstvene kulture. Zdravstveni delavci se trudijo posredovati znanje, ki se nanaša na problematiko zdravja, in posameznike naučiti vedenja, ki zagotavlja zdravstveno varnost in kakovost življenja na mentalnem, fizičnem in socialnem področju. Ukrepi, ki jih izvajajo zdravstveni delavci pri vzgoji starostnikov, so usmerjeni v cilje, kot so: obdržati vitalnost in delovanje vseh organskih sistemov, preprečevanje osamitve pacienta od družine in vzdrževanje samostojnosti. V ta namen se izvajajo svetovanja o zdravem načinu življenja, ki vključuje fizično aktivnost, zdravo prehrano ter prizadevanja za odsotnost kajenja in drugih nezdravih razvad. Pomembno je tudi izvajanje periodičnih sistematskih pregledov ter izvajanje ukrepov za zgodnje odkrivanje bolezni in patoloških znakov ter preprečevanje nezgod. Zdravstveni delavci so usposobljeni za ugotavljanje in ukrepanje ob potrebah starostnikov, ki presegajo telesne potrebe, in za posledično povezovanje s pristojnimi službami.

Z zdravstveno vzgojo starejših se ukvarjajo različne organizacije: zavodi za zdravstveno varstvo, zdravstveni domovi, nevladne organizacije in drugi, ki zaposlujejo za izvajanje promocije zdravja ali usposabljanje prostovoljcev strokovnjake različnih profilov. Diplomirane medicinske sestre so na podlagi pridobljenega znanja v času izobraževanja na diplomski in podiplomski stopnji visoko usposobljene za delo na področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja.

Medicinske sestre se vsakodnevno pri opravljanju dela na vseh nivojih srečujejo s starostniki. Preventivno delovanje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva starejših oseb zajema preventivne zdravniške preglede in zdravljenje, ki vključuje tudi zdravstveno nego na domu. Pogosto je povezovanje zdravnika s patronažno službo. Patronažna medicinska sestra izvaja na domu pacienta vzporedno z drugimi aktivnostmi tudi zdravstveno vzgojno delo in preventivo. Patronažna medicinska sestra je tista, ki velikokrat prva zazna potrebe po pomoči tudi drugih služb. Zelo pomembno je sodelovanje med zdravnikom in medicinskimi sestrami, ki vodijo zdravstveno vzgojne delavnice. Zdravnik je tisti, ki lahko svoje paciente usmeri k udeležbi na delavnicah, ko zazna določeno problematiko. Obstajajo pa tudi oblike kontinuirane zdravstvene oskrbe, v katere so zelo pogosto vključeni starostniki z diabetesom ali tisti, ki potrebujejo antikoagulantno terapijo ali imajo drugo kronično nenalezljivo bolezen. V referenčnih ambulantah so najpomembnejše naloge diplomirane medicinske sestre zgodnje odkrivanje kroničnih bolezni, vodenje pacientov z urejeno in napredovano kronično boleznijo in vodenje različnih evidenc, pri tem pa ta deluje zdravstveno vzgojno.

Izobraževanje študentov zdravstvene nege za zdravstveno- -vzgojno delovanje

Kot primer dobre prakse izpostavljamo primer medpredmetnega povezovanja didaktike in zdravstvene vzgoje pri izobraževanju bodočih diplomiranih medicinskih sester na prvi bolonjski stopnji ter izražene pozitivne posledice tovrstnega povezovanja. Pravzaprav imamo študenti na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto že v prvem letu šolanja aktivno pripravo na zdravstvenovzgojno delo, to je t. i. »didaktika v promociji zdravja«. Pa tudi v nadaljnjih letih študija na podlagi dejstva, da je naloga zdravstvene nege reševati obstoječe probleme, preprečevati grozeče in razmišljati o domnevnih problemih v smeri promocije zdravja, v preprečevanju bolezni in skrbi za obolele, invalidne in umirajoče, se področju zdravstvene vzgoje in promocije zdravja zelo veliko posvečamo. Na seminarских vajah smo izjemno aktivni, pri tem pa si pridobimo prepotrebno samozavest za delo na tem področju. Dodatno znanje pridobimo tudi na klinični praksi, kjer analiziramo posamezne učne enote, ki jih diplomirane medicinske sestre izvajajo v okviru vsebin zdravstvenovzgojnega dela. Tako smo študenti zdravstvene nege že v prvem letniku pripravili aktivne delavnice, ki so obsegale pisanje priprave na vzgojnoizobraževalni proces z upoštevanjem vseh didaktičnih načel in izvedbo delavnic v obliki igranja vlog. Pri tem smo uporabili različne didaktične pripomočke in metode ter oblike dela. Pripravili smo vabilo za udeležence na delavnicah, ustrezno gradivo in zloženke. Nekateri pa tudi plakat in videoposnetek. Na podlagi povratne informacije visokošolskega učitelja pri izvedbi delavnice v simuliranih pogojih smo lahko svoje delavnice tako vsebinsko kot izvedbeno še izboljšali in ob dogovoru na klinični praksi tudi ponovno izvedli. Letos smo v okviru prireditve »1. regijskega festivala za Te – znanje aktivira te« v organizaciji Razvojno izobraževalnega centra Novo mesto v marcu 2012 izvedli delavnico »Ali pijemo dovolj« in s tem dejansko že kot študenti zdravstvene nege prispevali k motu letošnjega leta »Za aktivno in bolj zdravo starost«. Načrtujemo pa tudi nadaljnje aktivnosti pri sodelovanju z lokalno skupnostjo in tako na učinkovit in koristen način povezujemo teorijo s prakso.

Zaključek

Število starejših in upokojenih v Evropi narašča, kar predstavlja velik izziv na številnih življenjskih področjih. Z namenom aktivnega vključevanja in izobraževanja starostnikov ter vedno bolj nujne potrebe po vseživljenjskem učenju so bile izoblikovane inštitucije, ki so odgovorne za izobraževanje starejših odraslih oseb (Kump in Jelenc Kraševac, 2006). Prednosti vključevanja starejših v tako imenovane univerze za tretje življenjsko obdobje ter društva upokojencev se izražajo tako pri posamezniku kot v širši družbi; ne gre le za pridobivanje znanja, ampak tudi za obliko druženja oseb, ki so iste starosti s podobnimi življenjskimi izkušnjami. Pogosto imajo starostniki odpor do vključevanja v različne krožke, saj nekateri težje navezujejo socialne stike in imajo strah pred nečim novim. Vloga zdravstvenih delavcev je tudi v takih primerih zelo pomembna. Pri starejših, ki so v obravnavi, moramo prepoznati znake osamljenosti in pomanjkanja samozavesti ter jih glede na njihove različne interese spodbuditi k včlanitvi v različna društva, da spoznajo nove prijatelje ali izpopolnijo znanje s področja, ki jih veseli, saj morda prej za te želje ni bilo ne priložnosti ne časa, da bi se jim posvetili. Organizirane oblike izobraževanja starejših so prilagojene na njim specifičen način, zato je strah pred nezmožnostjo sledenja ali prezahtevnostjo nepotre-

ben. Pozitiven vpliv aktivnosti pa se kaže na osebnem, čustvenem in duhovnem področju. Starejši tako lažje razumejo svoj položaj v družbi ter poskušajo biti še naprej čim bolj družbeno aktivni, hkrati pa se učijo samostojnosti v družbi, ki je polna tehnoloških sprememb. Zdravstveni delavci, predvsem pa medicinske sestre in tudi študenti zdravstvene nege, se moramo aktivno vključevati v aktivnosti za zdravo staranje, ne samo z lastnim zgledom, temveč tudi z aktivnim udejstvovanjem pri promociji zdravega življenjskega sloga v okviru zdravstvenih institucij ter v delovnem okolju, vzgojno izobraževalnih institucijah od vrtca naprej in lokalni skupnosti; tudi v smeri prostovoljnega dela in medgeneracijskega sodelovanja.

Literatura

- Delavnice. Zdravstveni dom Novo mesto. 2012. Dostopno na: <http://www.zd-nm.si/delavnice> (8. 4. 2012).
- Cijan V, Cijan R. Zdravstveni, socialni in pravni vidiki starostnikov. Maribor: Visoka šola za zdravstvo; 2003.
- Evropska socialna listina Sveta Evrope. 1999. Dostopno na: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-socialna-listina/> (5. 4. 2012).
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za Zdravstvo; 2005.
- Ivanuš M. Več zdravja za bolj polno življenje. In: Završnik J, Ivanuš M. Za aktivno in bolj zdravo starost: svetovni dan zdravja 2012. Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja, Maribor, 6. april 2012. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2012: 5–8.
- Kaučič B M. Management v izobraževanju – stališča medicinskih sester do vseživljenjskega učenja v Zdravstvenem domu Maribor. Obzor Zdr N. 2005; 39 (2): 153–162.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006.
- Krampač I, Stonojević Jerković O, Krampač L. Skrb za zdravo staranje v Mariboru – projekt »New age«. In: Završnik J, Ivanuš M. Za aktivno in bolj zdravo starost: svetovni dan zdravja 2012. Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja, Maribor, 6. april 2012. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2012: 27–34.
- Kump S, Jelenc Krašovec S. Vseživljenjsko učenje – izobraževanje starejših odraslih. Ljubljana: Pedagoški inštitut; 2009.
- Kvas A. Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. Obzor Zdr N. 2003; 37 (1): 23–7.
- Lah I, Pahor M, Hlebec V. Zdravje starejših ljudi kot element kakovosti življenja v Evropi. Obzor Zdr N. 2008; 42 (2): 87–97.
- Lubi T, Fras D, Eder J. Primarno zdravstveno varstvo v skrbi za zdrave in bolne starostnike. In: Završnik J, Ivanuš M. Za aktivno in bolj zdravo starost: svetovni dan zdravja 2012. Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja, Maribor, 6. april 2012. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2012: 63–72.

- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013. 2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava> (9. 4. 2009).
- Rudolf M. Depresija v starosti. In Pišljarič M., ed. Obravnava bolnikov z demenco in starostno depresijo. Idrija: Psihiatrična bolnišnica; 2004: 39–45.
- Vidnar N. Zadovoljstvo pacientov v delavnicah promocije zdravja. In: Čemažar M., eds. ALPE-Adria: Knjiga povzetkov kongresa zdravstvene nege, Portorož, oktober 2007. Visoka šola za zdravstvo Izola; 2007.
- Voljč B. Starost in izziv dolgoživosti. In: Završnik J, Ivanuša M., eds. Za aktivno in bolj zdravo starost: svetovni dan zdravja 2012. Zbornik predavanj ob svetovnem dnevu zdravja, Maribor, 6. april 2012. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Kola-
borativni center SZO za primarno zdravstveno nego; 2012: 21–5.

Sekcija 5

Izkušnje študentov

Znanje študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice o nedovoljenih drogah in odvisnosti od interneta

Knowledge of the student's from College of Nursing Jesenice about illegal drugs and internet addiction

Barbara Blažević, Miha Požek, Maja Čurguz, Tilen Zupanc,
Marko Mustar, Mateja Tavčar, Sedina Kalender Smajlović

Povzetek

Izhodišča: Uporaba prepovedanih drog predstavlja velik javnozdravstveni problem v slovenskem prostoru, kot tudi drugod po svetu. Mladi, med katere spadajo tudi študenti, lahko zaradi različnih vzrokov pričnejo uživati nedovoljene droge. Študenti preživijo velik del časa ob računalniku. Pričujoča raziskava predstavlja opis stanja na tem področju pri študentih VŠZNJ.

Metode: Izbrali smo izbrali neeksperimentalno opisno kvantitativno raziskovalno metodo. Raziskava na vzorcu 60-ih študentov 1. letnika rednega študija je bila akcijske narave in usmerjena v dejansko problemsko stanje na področju odvisnosti od nedovoljenih drog ter odvisnosti od interneta pri študentih Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ). Podatke smo zbrali s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vseboval tehniko kombiniranih vprašanj ter trditve stališč. Zbrane podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS 16.00.

Rezultati: Študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ imajo ustrezno znanje o škodljivih posledicah uporabe nedovoljenih drog ($PV=4,75$; $SD=0,473$). Menijo, da so nedovoljene droge lahko dostopne mladim ($PV=4,50$; $SD=0,462$). Raziskava poda statistično pomembno negativno povezavo med uporabo interneta za premagovanje dolgčasa ter igranjem igrice na spletu ($r=-0,382$, $p=0,001$) ter uporabo elektronske pošte in igranjem igrice na spletu ($r=-0,401$, $p=0,001$).

Diskusija in zaključki: Rezultati raziskave o znanju študentov 1. letnika rednega študija na VŠZNJ o nedovoljenih drogah ter o odvisnosti od interneta podajo podobne rezultate, kot jih navajajo v domačem ter v tujem okolju.

Ključne besede: študenti zdravstvene nege, odvisnost, ozaveščenost.

Abstract

Introduction: Use of illegal drugs is a major public health problem in the Slovenian territory, as well as elsewhere in the world. Young people, also students, for various reasons can begin to enjoy drugs. Students spend a great part time at the computer.

Methods: We have chosen selected research method with a descriptive category of research. Survey on a sample of 60 - s students of 1 year full - time study was action - oriented nature and the actual problem situation in the field of addiction to illegal drugs and internet addiction in students of the College of Nursing Jesenice. We collected data through a survey questionnaire, which contained a combined technique issues and scale positions. The collected data were processed by a computer program SPSS 16.00.

Results: Nursing students have knowledge about the harmful consequences of illegal drug use (average value=4.75; standard deviation=0.473), they believe that illegal drugs are easily available to young people (average value=4.50; standard deviation=0.462). Study provide a statistically negative significant correlation between the use of the internet to overcome boredom and playing games online ($r=-0.382$; $p=0.001$) and using e - mail, playing online games ($r=-0.401$; $p=0.001$).

Discussion and conclusions: Results of survey on students on illegal drugs and the dependence on the internet give similar results as those of the domestic and foreign environment.

Keywords: students of nursing, addiction, awareness.

Uvod

Z izrazom droga poimenujemo določene rastlinske surovine, rastlinske snovi, sintetična, polysintetična zdravila in druge kemijske snovi, ki spreminjajo človeško duševno stanje in s tem ogrožajo normalno delovanje in obnašanje ljudi (Dvoršek, 2003). Uporaba drog med mladimi se širi, a nikakor ne moremo govoriti o epidemiji. Prav tako drog ne uporabljajo kar vsi mladostniki, temveč le manjši del. Večji del mladostnikov pa drogo poskusi le enkrat in nikoli več. Nič bolj ne drži trditev, da droge uporabljajo zgolj vedenjsko ali kako drugače problematični mladostniki in da je marihuana vstopna droga v svet hujših drog (Hočvar, 2006). Obstaja malo dokazov o stališčih študentov zdravstvene nege do uživanja nedovoljenih drog. Negativen odnos in pomanjkanje znanja o nedovoljenih drogah lahko pri študentih zdravstvene nege povzroči izvajanje manj kakovostne zdravstvene oskrbe pri osebah, ki uživajo nedovoljene droge (Rassool et al., 2006). Znano je, da nekaj študentov zdravstvene nege prizna uživanje marihuane (Toure et al., 2009). Poleg nedovoljenih drog, lahko tudi pretirana uporaba interneta povzroča nastanek odvisnosti. Uporaba interneta in drugih komunikacijskih tehnologij, kot so mobilni telefoni, v Evropski uniji še vedno narašča in ponuja vsem državljanom velike priložnosti, kot so udeležba, interaktivnost in ustvarjalnost (Pirnat, Skela Savič, 2011). Tehnološki razvoj družbe nima le pozitivnih ekonomskih in socialnih posledic, ampak tudi nekatere negativne vplive (Sigmund et al., 2002). Eden od teh je, da mladi vse več časa namenijo dejavnostim, pri katerih so telesno nedejavni. Računalniki so postali pomemben del njihovega življenja (Subrahmanyam, 2001). Raziskava iz leta 2004 navaja, da so študenti zdravstvene nege redki uporabniki interneta (Bond, 2010) ter, da svoje spretnosti za iskanje preko interneta ocenjujejo kot slabe. Znanje o nedovoljenih drogah ter o možnosti nastanka odvisnosti od interneta je za študente zdravstvene nege zelo pomembno, saj so kot mladi ogroženi za stik z nedovoljeno drogo, izobraževanje zahteva pogosto uporabo računalnika za pisanje seminarskih nalog,

iskanje učnih gradiv, prijave v Študentsko – informacijski sistem in podobno. Poleg naštetih dejavnikov, študenti zdravstvene nege lahko pridejo v stik z osebo, ki jemlje nedovoljeno drogo, ali je odvisna od interneta tudi kliničnem okolju zdravstvenih ustanov. V današnjem času uporaba interneta strmo narašča, nedovoljene droge so mladim lahko dostopne, zaradi tega smo želeli ugotoviti znanje študentov 1. letnika rednega študija na VŠZNJ o nedovoljenih drogah ter o odvisnosti od interneta. V okviru raziskave smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ poznajo nedovoljene droge, faze odvisnosti in najbolj pogoste težave, ki se pojavijo po zaužitju nedovoljene droge;
- V kolikšni meri se študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ zavedajo posledic nedovoljenih drog;
- Kakšna je povezava med količino/pogostnostjo uporabe interneta ter namenom uporabe interneta pri študentih 1. letnika rednega študija na VŠZNJ obstaja.

Metode

Za proučevanje nedovoljenih drog ter odvisnosti od interneta smo izbrali neekspirimentalno opisno kvantitativno raziskovalno metodo. Raziskava je bila usmerjena v dejansko problemsko stanje na področju odvisnosti od nedovoljenih drog ter odvisnosti od interneta. Za teoretični del raziskave smo uporabili pregled strokovne in znanstvene literature v podatkovnih bazah Cobiss, Cinahl ter PubMed, v času januar 2012 – februar 2012. Iskanje literature ni bilo omejeno na letnico izdaje člankov. V Cobiss – u smo iskali s pomočjo ključnih besed« nedovoljene droge, študenti zdravstvene nege, internet«. V podatkovni bazi Cinahl ter PubMed smo iskali na osnovi kombinacij vseh ključnih besed.

Pripomočki

Anketni vprašalnik je vseboval 21 vprašanj, 17 vprašanj je bilo zaprtega tipa, 1 vprašanje pa je bilo odprtega tipa. Oblikovali smo trditve v obliki stališč, do katerih so se anketiranci lahko opredelili s pomočjo Likertove lestvice, pri čemer je ocena 1 pomenila najmanj se strinjam, 5 pa največ. Vprašalnik je vseboval tri sklope vprašanj in trditev in sicer: socialno demografski podatki, sklop o poznavanju nedovoljenih drog in sklop o odvisnosti od interneta. Koeficient Cronbach alfa je za celoten vprašalnik znašal 0,73, kar pomeni, da je bil zanesljiv.

Opis vzorca

Celotna populacija študentov 1. letnika rednega študija na VŠZNJ šteje 89 študentov. Namenski vzorec je zajemal 60 študentov 1. letnika, redni študij, kar je predstavljalo 67,4% celotne populacije. Starost anketirancev smo razdelili v 4 skupine, 32 anketirancev (53,3%) je bilo v starostni skupini od 18–19 let, 21 anketirancev (35%) v starostni skupini od 20–21 let, 5 anketirancev (8,3%) je bilo v starostni skupini od 22–23 let in 2 anketiranca (3,3%) sta bila stara 24 let in več. 83,3 % anketirancev je imelo predhodno izobrazbo zdravstveni tehnik in 11,7% odstotkov anketirancev je imelo zaključeno gimnazijo.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Anketne vprašalnike so anketirancem razdelili študenti 3. letnika rednega študija – izvajalci razvojnega projekta Spodbujanje zdravega življenjskega sloga pri študentih VŠ-

ZNJ. S strani VŠZNJ smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave. Anketiranje je bilo enkratno, anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost, v raziskavi so prostovoljno sodelovali. Anketiranje je bilo izvedeno na VŠZNJ, v času informativnih vaj.

Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS 16.00. Uporabili smo metodo opisne in univariatne statistike. Raziskovalna vprašanja, ki so se nanašala na povezavo med trditvami, smo potrjevali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Rezultati

Večina anketirancev – študentov VŠZNJ (80 %), meni, da med nedovoljene droge spadajo kokain, heroin, dietilamid lisergična kislina (LSD), gama hidroksibarbiturat (GHB), ekstazi, marihuana in speed. 13, 3 % anketirancev je odgovorilo, da med nedovoljene droge spada samo kokain, heroin, ekstazi in speed, medtem, ko je 6,7 % anketirancev podalo odgovor, da med tovrstne droge spada kokain, heroin, LSD, ekstazi in marihuana. Na vprašanje, katere faze spadajo v faze odvisnosti od nedovoljenih drog, je večina anketirancev odgovorila, da spadajo kompulzivna, barbituratna in habitualna faza (26,7 %), sledi faza eksperimentiranja (15 %), nato faza eksperimentiranja in habitualna faza (10 %). Najmanj anketirancev je odgovorilo, da v faze odvisnosti spadajo samo kompulzivna faza (8,3 %), nato habitualna faza (6,7 %), faze osamosvojitve, eksperimentiranja, kompulzivna in habitualna faza (6,7 %) ter samo barbituratna faza (3,3 %). Anketiranci v 70 % navajajo, da med najbolj pogoste težave po zaužitju drog spadajo halucinacije, sledi pojav odvisnosti 15% ter prisotnost agresije v 10 %. 14 anketirancev (23,7%) je že poskusilo eno izmed nedovoljenih drog, najbolj pogosta droga, ki so jo prvič uporabili pa je marihuana. Največji odstotek anketirancev (57,1 %) je prvič poskusilo drogo v starosti od 17–18 let.

Tabela 1: Ozaveščenost anketirancev o nedovoljenih drogah.

TRDITEV	N	PV	SD
Poznam škodljive posledice nedovoljenih drog.	60	4,75	0,473
Nedovoljene droge so lahko dostopne mladim.	60	4,50	0,462
Uživanje marihuane pri mladih poveča verjetnost prehoda k drugim nedovoljenim drogam.	60	3,10	0,824

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 = nikakor se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SD = standardna deviacija.

Trditvi »*Poznam škodljive posledice nedovoljenih drog*« in »*Nedovoljene droge so lahko dostopne mladim*« sta trditvi, ki kažeta zavedanje anketirancev o škodljivosti nedovoljenih drog ter na njihovo mnenje o lahki dostopnosti drog (tabela 1). Z obema trditvama se anketiranci v visoki meri strinjajo (PV=4,75; SD= 0,473 in PV=4,50; SD=0,426). Pri trditvi »*Uživanje marihuane poveča verjetnost prehoda k drugim nedovoljenim drogam*« pa so bili anketiranci neopredeljeni (niso se strinjali, niti se niso ne strinjali). Odgovori so bili najmanj razpršeni v prvih dveh trditvah (znanje o škodljivih posledicah ter dostopnost mladim), medtem, ko so bili odgovori anketirancev o verjetnosti prehoda od marihuane k drugim nedovoljenim drogam najbolj razpršeni (najbolj so variirali).

Tabela 2: Korelacijska analiza za neodvisne spremenljivke pri odvisnosti od interneta.

Trditve (N=60)	1	2	3	4	5
1– internet kot navada	1	0,012	0,071	0,018	-0,192
2 – internet za študij	0,012	1	0,072	-0,162	0,160
3– internet za premagovanje dolgčasa	0,071	0,072	1	-0,162	-0,382 ^{**}
4– internet za uporabo e – pošte	0,018	-0,162	0,162	1	-0,401 ^{**}
5– internet za igranje spletnih igrice	-0,192	-0,160	-0,382 ^{**}	-0,401 ^{**}	1

Legenda: $p = 0,01$ (**), $p = 0,05$ (*), N = število anketirancev.

Pri odgovoru anketirancev o namenu uporabe interneta smo s pomočjo korelacijske analize (Pearsonov koeficient korelacije) ugotovili statistično pomembno negativno povezavo med uporabo interneta za premagovanje dolgčasa ter uporabo igrice na spletu ($r = -0,382$; $p = 0,001$) (tabela 2). Ugotovili smo tudi statistično pomembno negativno povezavo med uporabo interneta za storitev elektronske pošte in omogočanjem spletnih igrice ($r = -0,401$; $p = 0,001$), kar pomeni, da z naraščanjem uporabe interneta za igranje spletnih igrice upada uporaba elektronske pošte. Korelaciji za obe spremenljivki sta srednje močni. Med ostalimi spremenljivkami statistično pomembnih povezav nismo odkrili.

Razprava

Večina ljudi je mnenja, da se zasvojenost nanaša le na droge, alkohol in podobne substance, vendar obstaja še mnogo oblik zasvojenosti (Vrbajnščak, 2008). Med odvisnosti spadajo vsekakor nedovoljene droge, ter v novejšem času odvisnost od interneta. Izvedena raziskava nam poda rezultate, da študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ ocenjujejo, da poznajo škodljive posledice nedovoljenih drog in da so jim le te lahko dostopne. Preverjali smo tudi faze odvisnosti, pri čemer smo ugotovili, da študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ na tem področju nimajo dovolj znanja, saj v večji meri niso podali ustreznih odgovorov. Na osnovi pregledane literature ugotavljamo, da se med mladimi v sodobnem svetu pojavljajo različne oblike zasvojenosti, ter da uporaba drog med mladimi narašča. Mladi dobijo droge iz različnih virov, od prijateljev, preko interneta, trgovcev nedovoljenih drog (Appa – Hall, Schwartz – Bloom, McConnells, 2008). Menimo, da dostopnost lahko vpliva na verjetnost večje uporabe nedovoljenih drog. Kastelic in Mikulan (2004) ugotavljata, da so pričakovanja mladih v zvezi z drogami povezana z večjim občutkom samozavesti. Mladostnik se za drogo običajno odloči zavestno. Med pogostejšimi uživalci so tisti, ki imajo v osebnostnem razvoju več šibkih točk, kar je odvisno od življenja v družini, odnosov, ki vladajo v njej in pozitivnih potrditev v širšem socialnem okolju. Raziskava (Rassool et al., 2006) navaja, da obstaja zelo malo dokazov o zlorabah marihuane pri dodiplomskih študentih zdravstvene nege. Avtorji ugotavljajo tudi, da je izredno pomembno ugotoviti znanje in odnos študentov zdravstvene nege do nedovoljenih drog. Vsebine je potrebno podati in predstaviti v učnih predmetih, ki obravnavajo odvisnosti od nedovoljenih drog.

Študenti so v izvedeni raziskavi v zvezi s trditvijo, da uživanje marihuane povzroča prehod k drugim nedovoljenim drogam neopredeljeni. Odvisnost lahko opredelimo kot kronično bolezen, ki vpliva oziroma spremeni človekovo počutje, mišljenje in vedenje (Kastelic, Mikulan, 2004; povz. po Bregar, 2008, 21). Marihuana je najpogostejše uporabljena

prepovedana droga. Njena uporaba se smatra kot težnja mladostnika po odraščanju oziroma kot del radovednosti (Engels, Ter Bogt, 2001).

Izvedenih je bilo nekaj raziskav, ki odkrivajo, da so študenti najbolj rizična skupina za nastanek odvisnosti od interneta, saj večino staršev študentov ne nadzira več, zato imajo več svobode, kontrole nad samim seboj ter nad svojim početjem (Friedenberg, 2000; Moharan –Martin 1999; Hall in Parsons, 2001; Griffiths, Niemz, Banyard, 2005). Vrbajnsčak (2008) na osnovi izvedene raziskave pri 135 študentih navaja, da študenti postanejo depresivni, razdražljivi in slabe volje, ko ne uporabljajo internet. Na osnovi raziskave ugotovimo, da pri študentih VŠZNJ obstaja negativna povezava med uporabo interneta za premagovanje dolgčasa, uporabo elektronske pošte ter igranjem spletnih iger. Z naraščanjem uporabe interneta za igranje spletnih iger upada uporaba interneta za uporabo e – pošte. Jeriček Klanšček, Lavtar in Pokrajac (2007) v raziskavi Health behavior in school - aged children iz leta 2006 ugotavljajo, da priljubljenost elektronske pošte, kot enega možnih načinov druženja, narašča s starostjo. Gros (2004) navaja, da se mladostniki s svojimi prijatelji ne družijo samo neposredno, ampak pogosto tudi po elektronski pošti. Pri mladih uporabnikih interneta je veliko večja verjetnost za nastop odvisnosti, denimo od računalniških iger ali spletnih iger na srečo (Pirnat, Skela Savič, 2011). Nizozemska raziskava, fokusirana na računalniške igre, je preverjala stanje z longitudinalno raziskavo na dveh velikih skupinah šolskih otrok oz. mladostnikov v starosti med 13 in 16 let – kompulzivna raba interneta, tedensko število ur internetnega igranja iger in psihosocialne spremenljivke. Ta študija potrjuje obstoj manjše skupine zasvojenih spletnih igralcev (3 %), kar predstavlja 1,5 % vseh nizozemskih otrok v tej starostni skupini. Kljub simptomom odvisnosti pa so bili rezultati zmanjšane psihosocialne stanja manj razvidni (Van Rooij et al., 2010). Znanje in starost za uporabo interneta nista povezana (Bond, 2010).

Zaključki

Z raziskavo smo ugotovili, da študenti 1. letnika rednega študija na VŠZNJ dobro poznajo nedovoljene droge in imajo znanje o posledicah uživanja le teh. Šibko točko so pokazali pri poznavanju razvoja odvisnosti glede na faze. Priporočamo bolj koristno uporabo interneta v študijske namene, oziroma razporejanje prostega časa na gibalne aktivnosti in posledično prispevek k zdravemu in bolj kakovostnemu načinu življenja. Priporočamo nadaljnje raziskave o stališčih študentov zdravstvene nege do oseb, ki uživajo nedovoljene droge ter raziskavo o uporabi interneta ter drugih elektronskih računalniških naprav.

Literatura

- Apa - Hall P, Schwartz-Bloom RD, McConnell ES. The current state of teenage drug abuse: trend toward prescription drugs. *J Sch Nurs*. 2008; 14: 1–14.
- Bond CS. Surfing or still drowning? Student nurses' Internet skills. *Nurs Educ Today*. 2010 5 (30): 485–88.
- Bregar B. Odvisnost od prepovedanih drog – teorija in praksa. In: Možgan B, eds. *Obravnavna bolnika odvisnega od prepovedanih drog*, Ljubljana, 18. April 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2008.
- Dvoršek A. *Kriminalistična metodika*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve; 2003.

- Friedenberg M. Internet addiction become problem for college students. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Friedenberg%20M.%20Internet%20addiction%20become%20problem%20for%20college%20students> (18. 3. 2012).
- Engels RCME, Ter Bogt T. Influences of risk behaviors on the quality of peer relations in adolescence. *J Youth Adolesc.* 2001; 30: 675–95.
- Griffiths M, Niemz K, Banyard P. Prevalence of pathological internet use among university students and correlations with self esteem, the general health questionnaire and disinhibition. *Cyberpsychol Behav.* 2005; 8 (6): 562–70.
- Gros EF. Adolescent internet use: What we expect, what teens report. *Appl Dev Psychol.* 2004; 25: 633–49.
- Hall A, Parsons J. Internet addiction: College students case study using best practices in cognitive behavior therapy. Dostopno na: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hall AParsonJInternetaddiction:Collegestudentscasestudyusingbestpracticesincognitivebehaviortherapy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hall%20A%20Parson%20Internet%20addiction%20College%20students%20case%20study%20using%20best%20practices%20in%20cognitive%20behavior%20therapy). (20. 3. 2012).
- Hočevar A. O drogah drugače: priročnik za starše in druge odrasle, ki so v stiku z mladimi. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
- Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju : HBSC Slovenija 2006 [raziskovalno poročilo]. Ljubljana, Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
- Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga : priročnik za starše in učitelje. Ljubljana: Prohealth; 2004.
- Moharan-Martin J. The relationship between loneliness and internet use and abuse. *Cyberpsychol Behav.* 1999; 2 (5): 431–9.
- Sigmund E, Frömel K, Neuls F, Skalik K, Groffik D. Inactivity in the Life Style of Adolescent Girls Classified According to the Level of Their Body Weight. Czech Republic: Kinanthropology research center, Faculty of physical culture, Palacky University. 2002; 32 (1): 17–25.
- Rassool GH, Villar-Luis M, Carraro TE, Lopes G. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006; 13 (1): 85–9.
- Subrahmanyam K, Greenfield P, Krauf R, Gross E. The impact of computer use on children's and adolescent's development. *Appl Dev Psychol.* 2001; 22: 7–30.
- Pirnat J, Skela Savič B. Vpliv interneta na mlade in vzgoja za zdravje v osnovnem zdravstvenem varstvu. In: Lahe M, Lovrenčič A, eds. Zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15. september 2011. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 212–20.
- Van Rooij AJ, Schoenmakers TM, Vermulst AA, Van den Eijnden RJJM, Van de Mheen D. Online video game addiction: identification of addicted adolescent gamers. *Addiction.* 2010; 106 (1): 205–12.
- Vrbajnsčak K. Zasvojenost z internetom. Dostopno na: <http://uploadi.www.ris.org/editor/1237379814VrbajnsckKatja.pdf>. (06. 04. 2012).
- Toure NO, Dia Kane Y, Diatta A, Ndiaye EM, Thiam K, Mbaye FB, Hanne AA. Smoking among students at the School of Health and Social Development and the Health Service Institute in Senegal. *Rev Mal Respir.* 2009; 26 (1): 21–8.

Življenjski slog študentov Students' lifestyle

Veronika Ivartnik, Milica Lahe, Metka Harih

Povzetek

Izhodišča: Zdrav življenjski slog se v današnjem času, ko ljudje nimajo več časa za telesno aktivnost in zdravo prehrano, zanemarja. Zanemarjanje zdravega življenjskega sloga pa za seboj pušča posledice na vseh področjih, še posebej pa so posledice vidne tako na telesnem kot na duševnem zdravju. Z raziskavo smo želeli ugotoviti prehrabene navade, telesno aktivnost in razvade študentov.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metodologija. Podatki so bili zbrani s pomočjo preventivnega zdravstvenega kartona I. sistematičnega pregleda študentov, ki ga uporabljajo v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, v Dispanzerju za zdravstveno varstvo študentov Maribor na sistematičnih pregledih leta 2011. Dobljeni podatki so bili analizirani in statistično obdelani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel 2007. Raziskovalni vzorec je zajemal 125 študentov in študentk 1. letnika dodiplomskega študijskega programa na Univerzi v Mariboru.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da študentke ne uživajo bolj zdrave prehrane kot študenti. Anketirani študenti in študentke posegajo namreč po zelo podobni prehrani, saj se jih večina prehranjuje v identičnih študentskih restavracijah. Razvidno je tudi, da so študentke manj telesno aktivne kot študenti, saj se več kot polovica anketiranih študentk s športom ne ukvarja več kot štiri ure tedensko. Vrste razvad, ki se kažejo pri študentih in študentkah, se v večini med seboj ne razlikujejo, večina jih posega po cigaretah, manj po alkoholu, najmanj pa jih ima izkušnje z drogami.

Diskusija in zaključek: Odnosi do zdravega načina življenja so predvsem med mladimi zelo slabi, zato bo potrebno na tem področju še marsikaj spremeniti. Pot do zdravega sloga življenja se oblikuje že v otroštvu, zato je potrebno v tem obdobju otroke poučiti, kaj je zdrav življenjski slog in kako vpliva na naše zdravje in počutje.

Ključne besede: odnos do zdravja, zdravje, študent, medicinska sestra.

Abstract

Backgrounds: In today's time, healthy lifestyle is neglected because people don't have time for physical activity and healthy eating. The neglecting of healthy lifestyle leaves many con-

sequences on physical and mental health of one's life. The present study was to determine dietary habits, physical activity and student's bad habits.

Methods: The study used qualitative methodology. Data were collected using the preventive health board I. systematic review of students, which they use it in a health center dr. Adolfa Drolca in Maribor, the Dispensary for healthcare students in examinations of Maribor in 2011. The resulting data were analysed and statistically treated by a computer program Microsoft Excel 2007. The research sample included 125 students first year of graduate study program at the University of Maribor.

Results: Research has shown, that female students do not eat more or less healthy food than male students and that they encroach on the similar food because most of them eat in the same student cafeteria. We also received information that the female students are less physically active than male students. As more than half on surveyed female students are not involved with the sports more than 4 hours a week. Kinds of habits which takes place in both genders are not mutually differ, most of them encroach to cigarettes, less to alcohol and at least is the experience with drugs.

Discussion and conclusion: Attitudes to healthy lifestyle among young people are mostly very poor, that is why changes on this subject are crucial and necessary. The right way to healthy way of living is formed in early childhood, that is why teaching children at this stage of development what is and how healthy lifestyle affect our health and being is crucial.

Keywords: relationship to health, health, student, nurse.

Uvod

Večina mladostnikov se sreča s problemi telesnega, duševnega in družbenega dozorevanja, ki jih lahko vodijo v za zdravje tvegana vedenja in zdravstvene težave. Tuje študije kažejo, da se približno ena tretjina mladih sreča z blagimi težavami odrasčanja. Ena tretjina se spoprijema z večjimi težavami ali pretresi in večinoma ob pomoči staršev in/ali poklicnih svetovalcev najde ravnotežje in pravo pot iz stiske. Od 20 do 30 % mladih pa zabrede v hude in trajne težave ter potrebuje resno strokovno pomoč. Na osnovi teh dognanj je težko sprejeti trditev, da so mladi zdrava populacija. Res pa je, da so zdravstvene težave, s katerimi se srečujejo mladostniki, povsem drugačne kot težave odraslih, starostnikov ali drugih starostnih skupin. Zato so za spremljanje zdravja mladostnikov v uporabi drugi kazalniki, tudi reševanja težav se lotimo na drugačen način, predvsem s spodbujanjem zdravega načina življenja, z ozaveščanjem mladih o zdravju in z rednimi preventivnimi dejavnostmi (Brcar, 2005, 7).

Težko je razumeti, zakaj med mladino z leti usahne želja po telesni aktivnosti, saj je potreba po aktivnosti nekaj prvobitnega. Mladim ljudem se priporoča, da so zmerno telesno dejavni eno uro na dan vsaj pet dni v tednu. Tudi preživljanje prostega časa postaja s starostjo vse bolj zdravo in nekreativno. Vrstniško druženje predstavlja pomemben vir podpore mladim, čeprav se sočasno z naraščanjem časa, ki ga preživijo mladi skupaj, večja tudi njihovo tvegano vedenje (Brcar, 2005, 9–10).

V prehrani mladostnika je premalo sadja in zelenjave, sestavljenih ogljikovih hidratov in balastnih snovi, preveč pa je maščob, predvsem nasičenih, sladkarij in sladkih pijač. Hrana je zelo kalorična, razdeljena včasih samo na dva obroka. Kot velik problem se pojavlja tudi nezadostno uživanje tekočine kot tudi dejstvo, da mladi veliko raje posegajo po sladkih in gaziranih napitkih kot po vodi (Brcar, 2005, 9).

Življenjski slog študentov

Za zdrav življenjski slog je značilno zmerno in preudarno vdajanje užitek ter slabe navade zamenjati z dobrimi. Vsak človek postane tak, kakršen želi biti, zato mora vse slabe navade, ki jih je kopičil vse življenje, počasi ter temeljito odpraviti. V to človeka prej ali slej prisilijo raznovrstne težave in nenazadnje tudi bolezen. Zato je prvi korak k zdravju ta, da se človek znebi napačnih nadzorov in pogledov na svoje telo, zdravje, staranje in bolezen ter jih zamenja s pravilnimi (Amaletti, 2007, 32).

Življenjski slog se oblikuje pod vplivom izkušenj in življenjskih razmer od ranega otroštva naprej. Med pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na oblikovanje življenjskega sloga, so obnašanje staršev in ožje družinske razmere. Vplivajo pa tudi izobraževanje, zdravstveno varstvo ter drugi socialni in okoljski dejavniki. Širši fizični, socialni, okoljski, ekonomski in kulturni dejavniki, ki vplivajo in pogojujejo izbire posameznikov, skupin oziroma skupnosti, so pogosto odločilnejši kot družinski (UKC Ljubljana, 2007).

Dejavnike, povezane z zdravjem ljudi oziroma študentov, delimo na tri skupine:

- dejavniki notranjega okolja,
- dejavniki družabnega okolja in
- dejavniki naravnega okolja (Zaletel Kragelj, Eržen, Premik, 2007, 62).

Vzrok za številna nenalezljiva kronična obolenja je pogosto v nezdravem življenjskem slogu. Dejavniki nezdravega življenjskega sloga so nezdrav način prehranjevanja, telesna ne-dejavnost, kajenje, droge, prekomerno pitje alkoholnih pijač in stresni način življenja (Br-car, 2005, 7).

Merljak in Koman (2009, 23) navajata, da so v številnih raziskavah dokazali, da nezdrav življenjski slog pripomore k nastanku številnih bolezni. Z bolj zdravim načinom življenja lahko preprečimo nastanek bolezni oziroma ublažimo njihov potek, npr. znižamo visok krvni tlak ali zmanjšamo nivo holesterola v krvi.

Vloga medicinske sestre pri izboljšanju življenjskega sloga študentov

Da bi posameznik pridobil potrebno znanje o zdravem načinu življenja, je pomembno, da mu medicinska sestra postreže z nujnimi informacijami. Kljub temu pa pogosto za učinkovito pomoč pri spreminjanju navad to ne zadostuje. Ključnega pomena je izbor k pacientu usmerjenega pristopa. Le-ta omogoča posamezniku nadzor nad pogovorom in postopkom sprejemanja posameznih odločitev. Medicinska sestra je v vlogi svetovalca, ki vodi posameznika skozi proces s strokovnim znanjem (CINDI Slovenija, 2000, 20).

Pri zdravstvenemu vzgajanju in poučevanju je pomembno informiranje, učenje, vzgoja in cilji. Informiranje se v zdravstvu uporablja predvsem kot enosmerna komunikacija, ko se ljudem dajejo različna navodila. Učenje temelji na vzajemni komunikaciji. Usmerjeno je v proces spreminjanja razmišljanja posameznika, v pridobivanje znanja, spretnosti in veščin. Vzgoja je stalen proces oblikovanja in sooblikovanja človekove osebnosti. Glavne posledice vzgoje so stališča, vrednote, motivacija in vzorci obnašanja, ki vplivajo na vedenje posameznika. Cilji zdravstvene vzgoje so dejavni posamezniki ali skupnost, ki pozna zdravje, dejavnike tveganja posameznika in okolja ter zna in si želi prizadevati za lastno zdravje (Hoyer, 2005, 1–4).

Z zdravstvenim vzgajanjem mora medicinska sestra pričeti zgodaj. Predvsem mladim je potrebno govoriti o zdravem načinu življenja, spolni vzgoji in zlorabljanju opojnih snovi

ter jim tako omogočiti, da izbirajo in se odločijo potem, ko so o neki stvari poučeni. Prihodnost se zdi daleč, mladi pa živijo predvsem v sedanjosti in se za dolgoročne posledice svoji dejanj sploh ne zmenijo (Kalčič, 1997, 93).

Metode

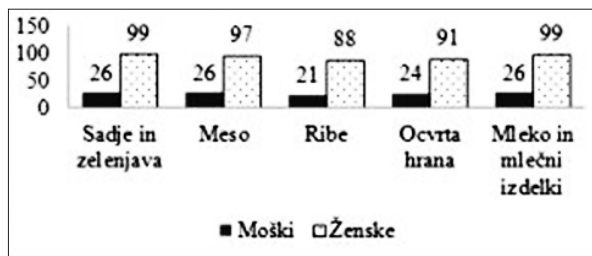
Analiza domače in tuje literature je omogočila opredelitev teoretičnih izhodišč. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. V raziskavo je bilo vključenih 125 študentov in študentk, med katerimi je bilo 99 (79,2 %) preventivnih zdravstvenih kartonov študentk in 26 (20,8 %) preventivnih zdravstvenih kartonov študentov dodiplomskega študijskega programa na Univerzi v Mariboru. Dobljene kvantitativne podatke smo analizirali in statistično obdelali. Namen raziskave je bil ugotoviti prehrabne navade, telesno aktivnost in razvade študentov 1. letnikov dodiplomskih študijskih programov na Univerzi v Mariboru.

V ta namen smo si zastavili tri raziskovalna vprašanja:

- Ali se študentke prehranjujejo bolj zdravo kot študenti?
- Katere vrste razvad so najpogostejše prisotne med študenti in študentkami?
- Ali so študenti telesno bolj aktivni kot študentke?

Rezultati

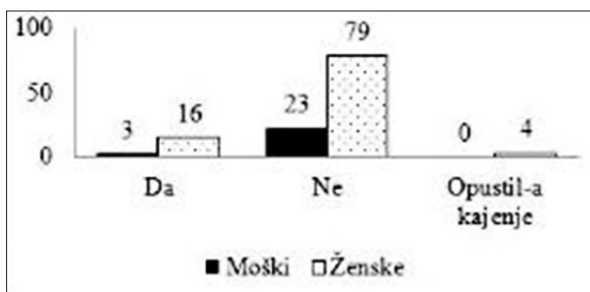
V raziskavi je sodelovalo 125 študentov dodiplomskega študija na Univerzi v Mariboru, od tega je bilo 99 študentk in 26 študentov.



Slika 1: Vrsta zaužite hrane.

Rezultati so nam pokazali, da tako študenti kot študentke uživajo dovolj pestro prehrano. V svojo prehrano vključujejo raznovrstna živila. Večjih odstopanj v prehranjevanju med študenti in študentkami ni. Študentke se ne prehranjujejo bolj zdravo kot študenti. Velik vpliv na način prehranjevanja študentov in študentk ima tudi okolje, v katerem biva v času študija.

Najpogostejša razvada med študenti in študentkami je kajenje, saj kadi 13,0 % študentov in 16,2 % študentk.



Slika 2: Kajenje študentov in študentk.



Slika 3: Ukvarjanje s športom.

V raziskavi smo dobili podatke, da je več kot polovica študentov redno telesno aktivnih, medtem ko je več kot polovica študentk takšnih, ki telesno niso aktivne; iz tega lahko zaključimo, da je potrebno študentke aktivirati in spodbujati k temu, da postanejo telesno bolj aktivne.

Razprava

Na možnost, da se nekdo poda v vedenje, ki je zanj škodljivo in ogroža njegovo zdravje, vplivajo dejavniki, ki so prisotni in uravnavajo njegovo življenje že davno pred tem, ko se je za tako vedenje odločil. Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja se zastavijo zelo zgodaj v življenju, v družini – okolju, ki predstavlja bivanjsko in čustveno dogajanje otroka (Bevc Stankovič, 2003, 27).

Študentje morajo med študijem osvojiti veliko znanja, k študijskemu uspehu pa pripomore tudi prehrana. Gre za segment prebivalstva, ki je glede kakovosti prehrane zelo zahteven in ranljiv in ki mu je zaradi velikosti in nacionalne pomembnosti treba posvečati posebno pozornost (Salobir, 1999, 1–4).

Na vprašanje, kakšno vrsto hrane uživajo študenti in študentke, so lahko odgovorili z več možnimi odgovori. Pri tem vprašanju nas je predvsem zanimalo, ali študenti in študentke uživajo dovolj pestro hrano, ki je pomembna za zdravje. Študenti in študentke so odgovorili, da dnevno uživajo sadje in zelenjavo ter mleko in mlečne izdelke. To pomeni, da študentje kljub vsemu jedo zdravo prehrano in uživajo veliko sadja in zelenjave. Pričakovali smo, da ne bodo vsi dnevno uživali sadja, zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov, saj se običajno premalo ljudi odloča za tovrstno prehrano. Tudi meso in ribe uživa večina anketiranih. Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da skoraj vsi posegajo po ocvrti prehrani, ki vodi v debelost.

Rezultati nam povedo, da je večina (88,5 %) študentov in 79,8 % študentk nekadilcev. Razberemo tudi, da v povprečju kadi več žensk. Mladi so v današnjem času dovolj pouče-

ni o škodljivosti kajenja in prav zaradi tega število kadilcev tudi med študenti upada. Ključni razlog je morda tudi visoka cena cigaret, saj si jih zato marsikateri študent ne more privoščiti.

Ugotovili smo, da se mladi premalo ukvarjajo s športom, in to predvsem zaradi študijskih obveznosti. Večina fakultet v svojem učnem programu nima vključene telesne aktivnosti. Več kot štiri ure na teden je aktivnih 69,2 % študentov, ostalih 30,8 % je manj aktivnih. Med preostalimi študentkami je več (75,8 %) takšnih, ki se ne ukvarjajo s športom, in le 24,2 % je takšnih, ki so aktivne več kot štiri ure tedensko. Posebej zaskrbljujoč je podatek za študentke, saj jih več kot polovica ni dnevno dovolj telesno aktivnih.

Na podlagi rezultatov iz raziskave smo dobili odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja. Tako študenti kot študentke uživajo dovolj pestro prehrano, študentje so bolj telesno aktivni od študentk, najpogostejšo razvado med študenti in študentkami predstavlja kajenje.

Zaključki

Vsak posameznik mora sam prispevati svoj delež, da bo njegov življenjski slog zdrav. Res je, da se že kot otroci učimo in pridobivamo vzorce, ki jih upoštevamo v nadaljnjem življenju, zato je zelo pomembno, da so vzorci, ki jih pridobimo v otroštvu, usmerjeni k zdravemu načinu življenja, saj so ravno vzorci oziroma navade iz otroštva v nas globoko zakoreninjene. Veliko vlogo pri navajanju k zdravemu načinu življenja imajo torej starši, vzgojitelji in seveda tudi medicinske sestre.

Vse ljudi, ne samo mlade oziroma študente, čaka še dolga pot in veliko truda, da se naučijo in spoznajo kaj je zdravo življenje, kako zdravo življenje vpliva na zdravje in počutje. Ljudi je potrebno motivirati, da bodo imeli voljo, da bodo znali vztrajati in se spoprijemati s težavami, ki jim bodo stale na poti do zdravega življenja. Ljudi je potrebno poučiti, da zdrav življenjski slog niso diete in pretirani treningi, pač pa da je zdrav življenjski slog način življenja, ki ga bodo z veseljem živeli.

Zdravje je izbira posameznika, toda vsi vedo, da ima zdrav človek nešteto želja, ciljev in možnosti za doseg le-teh, bolan človek pa ima le eno željo – ozdraveti.

Literatura

- Amalietti P. Na zdravje – kaj lahko za svoje zdravje naredite sami. Ljubljana: Amalietti & Amalietti; 2007.
- Bevc Stankovič M. Preprečimo odvisnost od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije; 2003.
- Brcar P. Zdravje mladostnikov. In: Kostanjevec, S, Gregor, T, Gregorčič, eds. Zdrav življenjski slog srednješolcev. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005: 7–12.
- CINDI Slovenija. Uravnavanje telesne teže. Ljubljana: CINDI Slovenija; 2000.
- Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005: 26–27.
- Kalčič D. Proti zlorabi opojnih snovi pri mladih. Obzor Zdr N. 1997; 31: 89–96.
- Merljak M, Koman M. Zdravje je naša odločitev. Ljubljana: Prešernova družba; 2009.
- Salobir K. Načela zdrave prehrane študentov. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze v Ljubljani; 1999.

Zaletel Kragelj L, Eržen I, Premik M. Uvod v javno zdravje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje; 2007.

UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa. Za zdravo življenje. 2007. Dostopno na: <http://www.cilizadelo.si/default-30100.html> (05. 10. 2011).

Mnenje študentov fizioterapije o spoštovanju pacientovih pravic Physiotherapy students' opinion about respecting patients' rights

Aleksander Jokić, Danica Železnik

Povzetek

Izhodišča: Vsak človek se rodi z dostojanstvom in pravicami. Za profesionalen odnos pri delu z ljudmi je potrebno upoštevati vse njegove pravice in izhajati iz avtonomije posameznika, kot ene izmed ključnih pravic. Namen prispevka je predstaviti mnenje študentov fizioterapije o spoštovanju in upoštevanju pacientovih pravic.

Metode: Uporabljena je opisna kvantitativna metoda. Podatke smo zbirali z anketnim vprašalnikom, ki je bil oblikovan za potrebe raziskave. Raziskovalni vzorec je bil neslučajnostni, namenski in je zaobjel študente fizioterapije na Evropskem središču Maribor.

Rezultati: Rezultati raziskave kažejo, da študentje fizioterapije dobro poznajo pravico pacientov do proste izbire izvajalca zdravstvenih storitev in so primerno seznanjeni s pravilnim odnosom fizioterapevta do pacienta, slabše pa poznajo pravico do spoštovanja pacientovega časa in pravico do pridobitve drugega mnenja.

Diskusija in zaključki: Spoštovanje pacientovih pravic je izjemnega pomena pri delu fizioterapevta. Tako kot ostale poklicne skupine v zdravstvu mora tudi fizioterapevt poznati te pravice in obravnavati pacienta v skladu s slednjimi.

Ključne besede: študenti, fizioterapevt, avtonomija pacientov, pravice pacientov.

Abstract

Introduction: Every man is born with dignity and rights. For a successful professional relationship in working with people it is necessary to consider all of their rights deriving from autonomy of the individual as one of the fundamental rights within integrated treatment of the individual. The purpose of article is to present an opinion on compliance with physiotherapy students and the patients' rights.

Methods: Data was analysed using a descriptive qualitative method. Data was collected using a questionnaire, designed for this study. The research sample was random, dedicated and included physiotherapy students at the European Centre of Maribor.

Results: The survey results show that physiotherapy students are familiar with the basic patients' right to choose their health services and the relationship between patient and physiotherapist, but have an insufficient knowledge of the right to respect patients' time and the right to acquire a second health opinion.

Discussion and Conclusions: Respect for patients' rights is of crucial importance in the work of a physiotherapist. Physiotherapist must be acquainted with the patients' rights and address the patient in accordance with his rights.

Key words: students, physiotherapist, patient, patients' autonomy, patients' rights.

Uvod

Fizioterapevti se pri vsakdanjem delu srečujejo z različnimi situacijami, povezanimi z zdravstvenim stanjem posameznega pacienta. V izobraževalnem procesu si študenti fizioterapije pridobijo sposobnost uporabe teoretičnih znanj pri vzdrževanju in obnovi gibanja ter funkcijskih sposobnosti zdravih ljudi, v vseh starostnih obdobjih, z namenom ohranjanja in krepitve zdravja ter preprečevanja nastanka bolezni in poškodb, prav tako si pridobijo sposobnost uporabe teoretičnih znanj pri razvijanju, vzdrževanju in obnovi gibanja ter funkcijskih sposobnosti ljudi z omejenim, prizadetim ali okvarjenim gibanjem in/ali sposobnostjo zaradi bolezni ali poškodbe, v vseh starostih obdobjih. Pri obravnavi takšnih pacientov ima spoštovanje pacientovih pravic ključno vlogo.

Pri delu s pacienti morajo fizioterapevti ravnati v skladu z načeli profesionalne etike, etičnim kodeksom fizioterapevtov in temeljnimi standardi fizioterapevske prakse. Kodeks fizioterapevtov določa pomen in vlogo fizioterapevtov v zdravstvu in družbi in je namenjen pravilnemu usmerjanju in opravljanju fizioterapevske dejavnosti v odnosu z ostalimi dejavnostmi v zdravstvu. Kodeks opredeljuje poklic in delo fizioterapevta, njegovo odgovornost in neodvisnost pri izvajanju zdravstvenih storitev, dolžnosti do pacientov, sodelavcev in družbe ter usmerja sodoben razvoj stroke.

Osnovna naloga fizioterapevta je skrb za ohranjanje, izboljševanje in obnavljanje zdravja pacienta. Pri opravljanju fizioterapevtskih storitev mora biti profesionalen, upoštevati dostojanstvo pacienta in vse ostale pravice. Fizioterapevt je pri svojem delu samostojen, vendar odgovoren zdravniku, pacientu, svoji vesti in družbi. V mejah svoje strokovnosti mora preprečevati izvajanje napačne terapije in jo lahko v korist bolnika tudi odkloni. Fizioterapevt ima pravico in dolžnost, da si preko stanovskih organizacij in na druge načine prizadeva za ustrezno vrednotenje in ugled svojega dela, poklica ter institucije, kjer je zaposlen. S stalnim izobraževanjem ohranja in izboljšuje nivo svojega strokovnega znanja ter izvajanja terapevtskih storitev. Nadgradnja znanja je v današnjem času zelo pomembna, saj se načini terapije kot tudi način dela zelo hitro spreminjajo. V kolikor fizioterapevt želi slediti napredku na področju fizioterapije, je primoran h konstantnem učenju in nadgrajevanju znanja, s tem da tudi sodeluje v organizacijah, ki skrbijo za napredek in razvoj stroke.

Fizioterapevt je dolžan pomagati vsakemu človeku, ki potrebuje nujno medicinsko pomoč. V okviru *pravice do enakopravne obravnave* je pacientu dolžan nuditi terapijo ne glede na njegovo narodnost, raso, versko prepričanje, politično pripadnost ter druge razlike in posebnosti. Fizioterapevt je v skladu s *pacientovo pravico do obveščenosti* dolžan bolnika obveščati o poteku, učinkih, cilju in stroških zdravljenja. Podatke sme uporabljati le v bolnikovo korist, sicer pa jih varuje pred javnostjo. Fizioterapevt se pri svojem delu drži usmeritve na najboljši način pomagati pacientu, pri tem pa mu zagotoviti vse pravice, ki mu pripadajo. Fizioterapevt se mora zavedati, da ima pacient *pravico do samostojnega odločanja*, kar pomeni, da se lahko odloči tudi za prekinitev že začete terapije, kar mora fizioterapevt spoštovati. Fizioterapevt ima dolžnost, da na svoje stanovske kolege in ostale sodelavce prenaša pridobljena znanja in izkušnje ter se zavzema za medsebojno spoštovanje načel osebne

in poklicne etike. Fizioterapevt z namenom ohranjanja zdravja in preventivo sodeluje v dejavnostih in programih, namenjenih obveščanju in osveščanju javnosti (Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije, 2002).

Etično načelo spoštovanja avtonomije

V skladu s pravicami, ki jih ima, je pacient popolnoma avtonomen pri odločanju. Etično načelo spoštovanja avtonomije posameznika je eno izmed štirih vodilnih etičnih načel in se razume kot spoštovanje pravice posameznika, da odloča o sebi. Izraz avtonomija je grškega izvora in pomeni sposobnost samostojnega delovanja oziroma pristojnost samonadzora, pa tudi spoštovanje avtonomije in ne vmešavanje v osebni nadzor nad življenja drugih (Košir, 2004). Avtonomnost pomeni samoodločanje, pravico do neodvisne odločitve, ki je povezana z življenjem posameznika. Posameznik je avtonomen toliko, kolikor je zmožen nadzirati svoje lastno življenje z uporabo lastnih sposobnosti, tako da sprejema lastne odločitve, neodvisno izbira in odloča, razume svoj položaj v družbi, je sposoben spremljati pravila in vrednote ter oblikovati in dosegati zastavljene cilje (Klemenc, 2004).

Za avtonomno odločanje posameznika morajo biti izpolnjeni pogoji: dostopnost primerne informacije kot podlage odločitve posameznika o sebi, razumevanje informacije, sprejetje informacije, sposobnost za razumen razmislek o izbiri, odsotnost pritiskov pri izbiri ter zmožnost izpeljave odločitve. Kadar se posameznik pravici do avtonomnega odločanja odreče, gre za prostovoljno omejitev avtonomije. Kadar zaradi bolezni ali mladosti posameznik ni sposoben za polno avtonomno odločitev, pa govorimo o neizbežni omejitvi avtonomije. Kadar posameznik ob času odločitve ni sposoben avtonomnega odločanja, se ravnamo po vnaprejšnjem ali nadomestnem odločanju. Pri slednjem se odločanje sklicuje na preostala etična načela: dobrotelost, ne škodovanje in pravičnost (Zwitter, 2005).

Na načelu avtonomije temelji pravica pacienta *do samostojnega odločanja o zdravljenju*. Za opravljanje medicinskega posega oz. zdravstvene storitve je od pacienta, ki je sposoben odločanja o sebi, potrebno pridobiti poprejšnji svoboden in zavesten pristanek, dovoljenje oz. privolitev. Privolitev je lahko ustna, za operativni ali drug medicinski poseg z večjim večjega tveganjem pa obvezno pisno dokumentirana na posebnem privolitvenem obrazcu, ki ga podpiše pacient. Pacienti, ki je sposoben odločanja o sebi, ima prav tako pravico do zavrnitve predlaganega medicinskega posega oz. zdravstvene oskrbe, razen kadar bi ta odločitev ogrozila življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih ljudi (Takač, 2010, Šmitek, 1998, ZPacP, 2008). V okviru načela avtonomije pacienta je zajeta tudi pravica pacienta do postavitve svojega zdravstvenega pooblaščenca, ki bo v primeru in za čas pacientove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni oskrbi ter pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje glede njegove bodoče zdravstvene oskrbe, če takrat ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve (ZPacP, 2008). Med pravicami, ki izhajajo iz etičnega načela avtonomije pacienta sta tudi *pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov* (Zwitter, 2005).

Pacientove pravice

Področje pacientovih pravic je v Sloveniji pravno urejeno preko Zakona o pacientovih pravicah iz leta 2008. Zakon določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev, postopke uveljavljanja teh pravic (kadar so kršene) in s temi pravicami povezane dolžnosti. Namen zakona je omogočiti enakopravno,

primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem.

Zakon opredeljuje 14 pacientovih pravic in sicer pravico do: (1) zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev, (2) enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, (3) proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, (4) primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, (5) spoštovanja pacientovega časa, (6) obveščenosti in sodelovanja, (7) samostojnega odločanja o zdravljenju, (8) upoštevanja vnaprej izražene volje, (9) preprečevanja in lajšanja trpljenja, (10) drugega mnenja, (11) seznanitve z zdravstveno dokumentacijo, (12) varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov, (13) obravnave kršitev pacientovih pravic in (14) brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic (ZPa-cP, 2008).

Ena temeljnih pacientovih pravic je *pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev*, kateremu bo pacient zaupal svoje zdravljenje v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja. V okviru *pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe* je pacient upravičen do medicinskega posega oz. zdravstvene oskrbe, ki se opravlja na račun javnih sredstev, če je oskrba po pravilih medicinske stroke potrebna, se v skladu z medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bo pacientu koristna in so pričakovane koristi za pacienta večje od tveganj. V okviru *pravice do spoštovanja pacientovega časa* se za izvedbo zdravstvene storitve (razen, ko gre za nujno medicinsko pomoč) pacienta uvrsti na čakalni seznam. V kolikor pacient ne pride na naročeno zdravstveno storitev in svoj izostanek v 14. dneh ne opraviči, ga izvajalec zdravstvene storitve črta s čakalnega seznama. Pacient ima pravico do seznanitve zgolj z nekaterimi podatki iz čakalnega seznama, in sicer: zaporedna številka vpisa, datum in ura vpisa, ZZZS številka zavarovalne osebe, predvideni datum izvedbe zdravstvene storitve, datum izvedene zdravstvene storitve, šifra programa oz. zdravstvene storitve, stopnja nujnosti in podatke izvajalca, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam. V kolikor pacient pri zdravljenju na sekundarni in terciarni ravni ni zadovoljen s pridobljeno oceno zdravstvenega stanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev, lahko največ enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja uveljavlja *pravico do pridobitve drugega mnenja*. Pacient pravico izrazi pri izvajalcu zdravstvenih storitev, pri kateremu se zdravi, ta pa mu uveljavitev pravice zagotovi v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe v razumnem času (ZPa-cP, 2008).

Sodelovanje fizioterapevta s pacientom

Odnos fizioterapevta s pacientom pri opravljanju fizioterapevtske storitve mora biti strokoven in profesionalen. Odnos med drugim opredeljuje *pravica pacienta do obveščenosti in sodelovanja*, pri tem pa je pomembno še upoštevanje standardov fizioterapevtske prakse, ki opredeljujejo medsebojno sodelovanje fizioterapevta in pacienta: spoštovanje posameznika, seznanjanje in soglašanje s postopki ter zaupnost informacij.

Spoštovanje pacienta kot posameznika se kaže v vseh vidikih fizioterapevtskega odnosa in sicer tako, da se fizioterapevt odziva na pacientov slog življenja, kulturna prepričanja in izkušnje, da je vključen in obziren. Fizioterapevt naslavlja pacienta z imenom, ki ga pacient izbere sam. Pacient izkaže spoštovanje do fizioterapevta tako, da spozna ime fizioterapevta, ki je odgovoren zanj ter je obveščen o njegovi vlogi v okviru fizioterapevtske storitve. Pri seznanjanju in soglašanju s postopki gre za pravico, da je pacient seznanjen z vsemi predlaganimi postopki in se z njimi strinja preden, da izjavo o polni obveščenosti. Pri tem

je potrebno upoštevati pacientovo starost ter čustveno in mentalno sposobnost za privolitve ob polni obveščenosti. Izjava pacienta o polni obveščenosti se pridobi od pacienta pred vsakim fizioterapevtskim postopkom, pacient pa ima pri tem možnost, da dobi vsa potrebna pojasnila glede morebitnih nejasnosti (DFS, 2007).

Varstvo zasebnosti in varstvo osebnih podatkov je ena od pomembnejših pacientovih pravic. Informacije, ki jih fizioterapevt pridobi pri opravljanju zdravstvene storitve od pacienta, mora obravnavati kot strogo zaupne; gre za t.i. varovanje poklicne skrivnosti. S pacientovimi zdravstvenimi in osebnimi podatki mora fizioterapevt ravnati s skladu z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Fizioterapevt lahko pacientove zdravstvene in osebne podatke posreduje izven postopkov zdravstvene oskrbe (npr. drugim zdravstvenim delavcem) zgolj s pacientovo privolitvijo oz. privolitvijo oseb, ki imajo pravico do privolitve v terapevtski poseg ali zdravstveno oskrbo (ZPacP, 2008).

Metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi. Sekundarni viri so bili pridobljeni s pregledom strokovne in znanstvene literature, ki se je nanašala na raziskovalni problem. Primarni viri so bili pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je bil sestavljen iz osemnajstih vprašanj, od tega so prva štiri zajemala demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovna doba), deset vprašanj je bilo zaprtega tipa, od tega je bilo za štiri vprašanja možno odgovoriti po Likertovi lestvici (z ocenami od 1 do 5), dve vprašanji sta bila kombiniranega tipa (zaprta in odprta odgovori) in dve vprašanji v celoti odprtega tipa.

Vzorec raziskave je bil namenski, neslučajnostni, ciljna skupina anketirancev so bili študentje prvega in drugega letnika programa fizioterapije na Almi Mater Europaea, Evropskega središča Maribor. Preden smo razdelili vprašalnike smo študente zaprosili za sodelovanje, ki je bilo prostovoljno in anonimno. Za samo izvedbo raziskave smo zaprosili tudi vodstvo visokošolskega zavoda. Namen raziskave je bilo ugotoviti mnenje študentov fizioterapije o spoštovanju in upoštevanju pacientovih pravic.

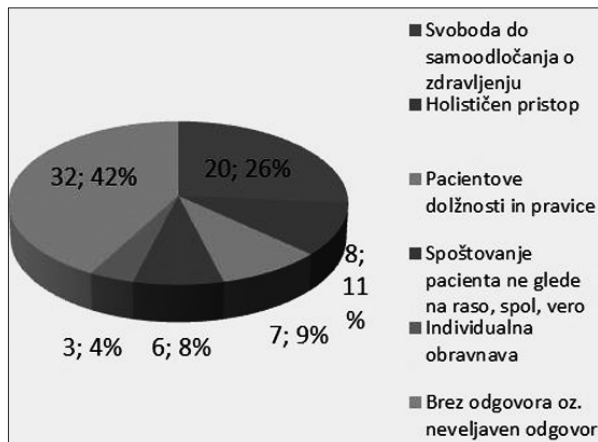
Rezultati

Od skupaj razdeljenih 96 vprašalnikov je bilo vrnjenih 76 izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 79,2 %. Med vrnjenimi vprašalniki je bilo pri zaprtih in kombiniranih tipih vprašanj zaznati veliko odzivnost anketirancev (v povprečju je bilo izpolnjenih 98 % vseh odgovorov), prav nasprotno pa pri obeh odprtih vprašanjih, kjer je bilo v povprečju odgovorjenih zgolj slabih 37 % vprašanj. Povprečna starost anketirancev, pri katerih je večina imela srednješolsko izobrazbo in v povprečju 4,5 let delovne dobe, je bila 26 let. Med anketiranci je prevladovala ženska populacija z 61 % vseh anketiranih.

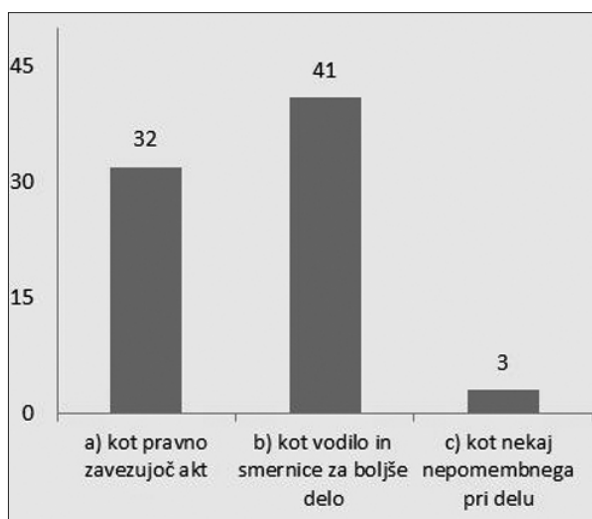
Na odprto vprašanje »Kaj si predstavljate pod pojmom avtonomnost pacienta?« sem prejete odgovore razvrstil v kategorije, prikazane na Sliki 1. Na zaprto vprašanje »Kako gledate fizioterapevti na vaš kodeks etike?« so odgovori prikazani na Sliki 2.

Pojem avtonomnost pacienta (Slika 1) si 20 anketirancev (26 %) predstavlja kot svobodo do samoodločanja o zdravljenju, 8 anketirancev (11 %) meni, da je to celotna oz. holiistična obravnava pacienta, za 7 anketirancev je to upoštevanje pacientovih pravic in dolžnosti, 6 jih meni, da je to spoštovanje pacienta ne glede na raso, spol in vero, 3 anketiranci pa avtonomijo pacienta vidijo kot individualno obravnavo in upoštevanje pacientove identite-

te. Etični kodeks fizioterapevtov (Slika 2) si največ (53,9 %) anketirancev razlaga kot vodilo in smernice za boljše delo, nekoliko manj (42,1 %) pa kot pravno zavezujoč akt.



Slika 1: Pojem avtonomnost pacienta.

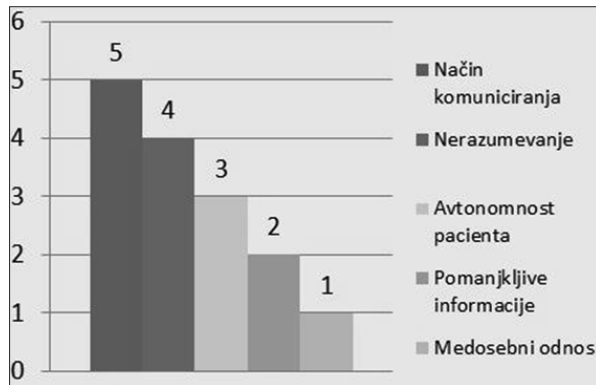


Slika 2: Pojem kodeks etike fizioterapevtov.

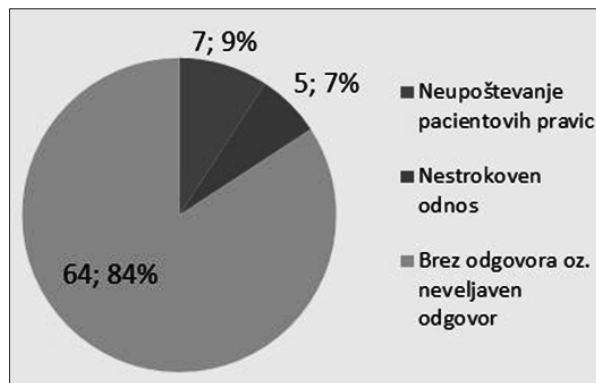
Najpogostejše vzroke za nastanek konflikta med pacientom in fizioterapevtom (Slika 3) so anketiranci razvrstili po Likartovi lestvici (z ocenami od 1 do 5).

Obdelani podatki na Sliki 3 kažejo, da predstavlja najpogostejši vzrok način komuniciranja (ocena 5), sledi nerazumevanje (ocena 4), avtonomnost pacienta (ocena 3) in drugo. Na odprto vprašanje »Opredelite neetičen odnos fizioterapevta do pacienta« (Slika 4) je odgovorila zgolj dobra šestina vseh anketirancev. Odgovori so razvrščeni v dve kategoriji, od tega 9 % anketiranih pojem interpretira kot neupoštevanje pacientovih pravic, ostali (7 %) pa navajajo nestrokovni odnos. V okviru poznavanja pravice do spoštovanja pacientovega časa smo preverjali poznavanje anketirancev glede seznanitve pacienta s podatki iz čakalnega seznama izvajalca zdravstvenih storitev fizioterapije (Slika 5) in poznavanje po-

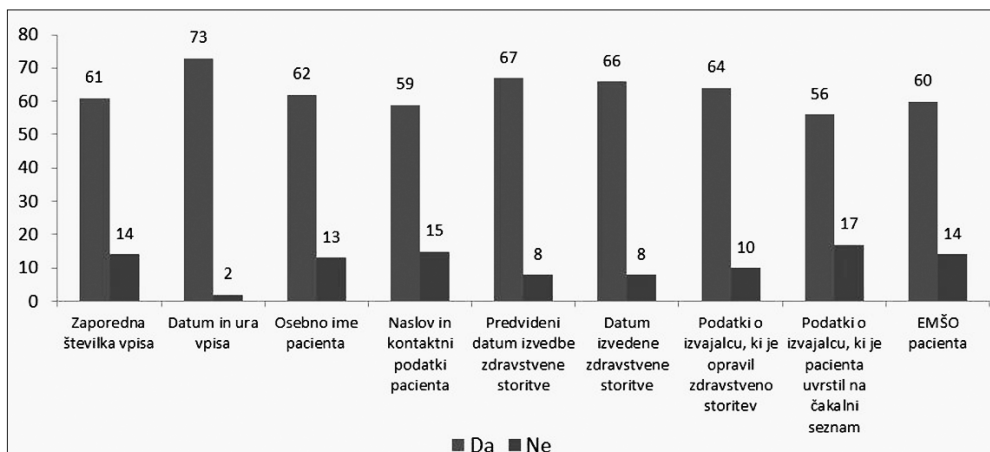
stopka ukrepanja fizioterapevta, kadar na čakalni seznam uvrščen pacient v predvidenem terminu ne pride na izvedbo storitve fizioterapevtskega posega ter v predpisanem roku po terminu svojega izostanka niti ne opraviči (Slika 6).



Slika 3: Vzroki za konflikt med pacientom in fizioterapevtom.



Slika 4: Neetičen odnos fizioterapevta s pacientom.

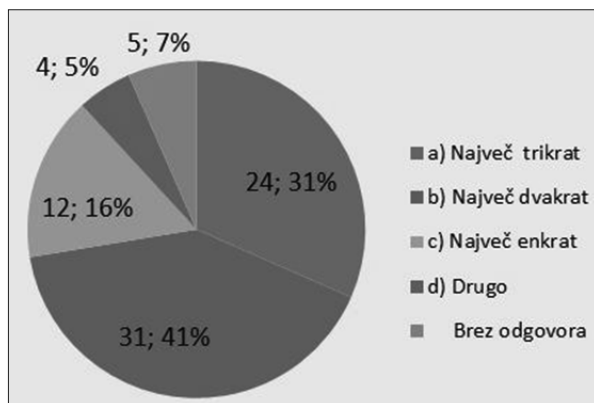


Slika 5: Pravica do seznanitve podatkov iz čakalnega seznama izvajalca zdravstvene storitve.

Iz prejetih odgovorov izhaja, da velika večina anketirancev (v povprečju 85 % anketirancev) meni, da ima pacient pravico do seznanitve (vpogled, prepis ali kopija) vseh podatkov iz čakalnega seznama. V povprečju je le dobrih 17 % anketirancev vedelo, da osebni podatki o pacientih iz čakalnega seznama (osebno ime, EMŠO, naslov in kontaktni podatki) ter podatki o izvajalcu, ki je opravil zdravstveno storitev, niso javno dostopni.



Slika 6: Ukrepanje fizioterapevta, kadar pacient ne pride na izvedbo naročene storitve in svojega izostanka v roku ne opraviči.



Slika 7: Uveljavljanje pravice do drugega mnenja.

Pravilen postopek ukrepanja fizioterapevta, kadar na čakalni seznam uvrščen pacient v 14 dneh ne opraviči svoje neudeležbe za naročeno izvedbo storitve fizioterapevtskega posega (Slika 6), je poznalo zgolj 25 % anketirancev. Še slabše poznavanje se je pokazalo glede pacientove pravice do drugega mnenja (Slika 7), kjer je le 16 % anketirancev odgovorilo pravilno, namreč da se ta pravica lahko uveljavi največ enkrat za oceno istega zdravstvenega stanja.

Diskusija

Z opravljeno raziskavo smo preverjali seznanjenost študentov fizioterapije s pojmom avtonomija pacienta, poznavanjem odnosa med fizioterapevtom in pacientom ter možne vzroke za nastanek medsebojnega konflikta ter poznavanje temeljnih pacientovih pravic.

Raziskava je pokazala slabo odzivnost na oba odprta vprašanja, kar je moč pripisati nepoznavanju problematike anketirancev, zahtevnosti vprašanj, precejšnji dolžini vprašalnika in morebiti pomanjkanju časa pri izpolnjevanju. Glede na to, da na etičnem načelu spoštovanja avtonomije temelji osnovna pacientova pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju, s katero se fizioterapevti dnevno srečujejo pri svojem delu, je bilo pričakovati večjo odzivnost anketirancev na tozadevno odprto vprašanje. Vendar je bilo kar 42 % vseh vrnjenih vprašalnikov neodgovorjenih oz. s podanimi nezadovoljnimi odgovori, kar je skrb vzbujajoče. Pravilnemu definiranju pojma se je približalo zgolj 26 %. Boljše je bilo poznavanje te pravice pri zaprtem vprašanju glede potrebnosti pridobitve predhodne privolitve pacienta za fizioterapevtski poseg, saj je 55 % anketirancev podalo pravilen odgovor.

Nasprotno je bilo opaziti precejšnjo odzivnost pri ostalih vprašanjih, ki so bila predvsem zaprtega tipa, saj se bilo prejetih v povprečju kar 98 % vseh odgovorov. Zaprt tip vprašanj je torej za študente bolj zanimiv in lažji za odgovarjanje.

Najboljše so študentje seznanjeni z odnosom fizioterapevta do pacienta med terapevtskim posegom in pravice do proste izbire izvajalca zdravstvenih storitev (za oba vprašanja prejetih 85 % pravih odgovorov), upravičenosti do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (v povprečju 79 % pravih odgovorov). Dobro je tudi njihovo poznavanje fizioterapevtskega kodeksa etike (dobra polovica pravih odgovorov) ter vzrokov, ki lahko privedejo do konflikta med pacientom in fizioterapevtom.

Slabše in ne dovolj dobro pa je poznavanje študentov fizioterapije glede pravice do spoštovanja pacientovega časa (25 % pravih odgovorov glede pravilnega ukrepanja fizioterapevta na neudeležbo za naročeno storitev in 17 % pravih odgovorov glede seznanitve s podatki iz čakalnega seznama) in pravice do drugega mnenja (16 % pravih odgovorov) ter poznavanja neetičnega odnosa fizioterapevta s pacientom (16 % pravih odgovorov).

Zaključek

Vsi ljudje se rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo in enake pravice, obdarjeni so z razumom in vestjo, po kateri bi morali drug z drugim ravnati. Hitre in obsežne spremembe, ki jih doživljamo v sodobnem času, nas pogosto navdajajo z mislijo, da moramo zaradi pomanjkanja časa obravnavo pacientov »pospešiti«, nekaj tudi improvizirati. Pri takšni obravnavi se pogosto pozabi na vse pacientove pravice in na celostno obravnavo. Kako pomembne so pravice posameznika, pravice pacienta se posebej izpostavlja v času izobraževanja, žal pa se v praksi pogosto dela drugače.

Literatura

- DFS – Društvo fizioterapevtov Slovenije. Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso; 2007. Dostopno na: http://www.dfs.si/uploads/dfs/news/attachment_129.pdf (31. 3. 2011).
- Košir A. Spoštovanje etičnega načela avtonomije – temelj obravnave bolnika kot subjekta v zdravstveni negi. Obzornik Zdravstvene nege. 2004; 38.

- Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. *Obzor Zdr N.* 2004; 38.
- Šmitek J. Filozofija, morala in etika v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 1998; 32.
- Takač K. Pojasnilna dolžnost, odločanje o zdravljenju in vnaprej izražena volja v procesu zdravstvene oskrbe pacienta. Diplomsko delo, Univerza v Mariboru: Pravna fakulteta; 2010.
- Zbornica fizioterapevtov Slovenije. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije. Uradni list RS št. 6/2002. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=20026&stevilka=280> (30. 3. 2011).
- ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (24. 3. 2011)
- Zwitter M. Etnično načelo spoštovanja avtonomije in njegove omejitve. *Medic Meseč 1.* Dostopno na: http://www.medicinski-mesecnik.com/MM_05_01/MM_05_01%20eticno%20nacelo%20spostovanja.pdf (26. 3. 2011).

Uporaba alkohola in tobaka med študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice

Alcohol and tobacco use in students of the College of Nursing Jesenice

Andreja Knavs, Živa Škudnik, Viktorija Špenger, Tjaša Rozman,
Špela Pogačnik, Sanela Pivač

Povzetek

Izhodišča: Uporaba alkohola in tobaka je med mladimi zelo razširjena. V času adolescence mladi izoblikujejo svojo samopodobo in zato v tem času veliko eksperimentirajo in poskušajo različne stvari.

Metode: Kvantitativna raziskava je bila izvedena s pomočjo anketnega vprašalnika, ki je vseboval kombinirana vprašanja. Raziskava je bila izvedena na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice med študenti 1. letnika rednega študija. Uporabljen je bil namenski vzorec. Podatki so analizirani s pomočjo programa SPSS 16.00.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da študenti 1. letnika rednega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice najpogosteje uživajo alkohol ob posebnih priložnostih, največ študentov spije 5–7 meric alkoholnih pijač. Ugotavljamo statistično pomembno negativno povezavo med pogostnostjo uživanja alkohola ter med popito količino alkohola v mericah ($r = -0,329$; $p = 0,01$). Ugotavljamo tudi, da je med študenti več nekadilcev.

Diskusija in zaključki: Naša raziskava pokaže, da veliko študentov 1. letnika uživa alkohol. Med študenti 1. letnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice prevladuje več nekadilcev. Na osnovi tega sklepamo, da se študentje zavedajo škodljivosti, ki jih povzroča kajenje.

Ključne besede: študenti, alkoholne pijače, kajenje.

Abstract

Background: Alcohol and tobacco use is widespread in youth. Adolescence is the period when young people develop their self-esteem and are open to experimenting and trying different things.

Method: Quantitative research design was undertaken and a questionnaire with both closed- and open-ended questions was employed. The research was conducted at the College of Nursing Jesenice among first year full-time students. A purposive sample was used. Collected data was analyzed with SPSS software ver. 16.00.

Results: Research results have shown that first year students of the College of Nursing Jesenice most often consume alcohol on special occasions; the majority of respondents indicated that they drink between 5 and 7 units of alcoholic beverages. A statistically significant negative correlation was established between the frequency of alcohol consumption and the

amount of alcohol units consumed ($r=-0,329$; $p=0,01$). We also found that the number of non-smoking students exceeded the number of smoking students.

Discussion and conclusions: Research has revealed that the majority of first year students at College of Nursing Jesenice consume alcohol. However, we were positively surprised that the majority of students do not smoke. We therefore conclude that students are aware of harmful effects caused by smoking. Nevertheless, students could be educated further on the dangers of alcohol and tobacco use.

Key words: students, alcoholic beverages, smoking.

Uvod

V času adolescence so mladostniki podvrženi vplivom svojim vrstnikom in s tem prilagodijo svoj način obnašanja njihovem obnašanju. Zato je to eden glavnih vzrokov za uživanje alkoholne pijače in kajenja tobaka, čeprav jim mogoče le – ta ne ustreza (Kastelic, Mikulan, 2004).

V interesu vsake družbe je, da posamezniki optimalno izkoristijo svoje potenciale v vseh obdobjih njihovega življenja, zato se izkazuje potreba po večji družbeni skrbi in vlaganju v ohranjanje in krepitev zdravega načina življenja, v osveščanje in v razvijanje vzorcev delovanja, ki omogočajo produktivno in polno življenje mladih, njihovo socialno vključevanje ter navsezadnje vključevanje na trg delovne sile (Zalta et al., 2008).

Zdravje študentske populacije je pomembno, ker imajo nezdrave življenjske navade lahko resne posledice za zdravje v poznejšem življenju ter tudi v profesionalnem razvoju (Watson et al., 2006).

Alkohol in tobak med mladimi

Po podatkih WHO (2000) predstavlja zloraba alkohola enega vodilnih preprečljivih vzrokov smrti, bolezni in poškodb v mnogih deželah sveta. Brujin (2008) navaja, da se starostna meja zlorabe alkohola niža in se pojavlja pri vedno mlajši populaciji. Prav tako tudi Hovnik Keršmanc (2010) ugotavlja, da je alkohol najbolj razširjena droga med mladimi ter da poseganje po alkoholu narašča. Ramovš in Ramovš (2007) ugotavljata, da je za družbo mladih značilno, da se sprostijo in zabavajo pod vplivom alkohola. Dokler še niso omamljeni, so praviloma zadržani. Ko pa se opijejo, postanejo bolj odprti in sproščeni in se radi širokoustijo o svojih uspehih. Opijanje v družbi torej sprosti zavore za dejanja, ki jih v treznem stanju ti mladi ne bi počeli.

Kajenje je zelo razširjena oblika zasvojenosti. V mnogih državah je povprečna starost, ob začetku kajenja pod 15 let, redno začnejo kaditi pred starostjo 21 let. Začetek kajenja pri mlajših ne le povečuje nevarnost smrti s kajenjem povezanimi vzroki, ampak je tudi težko prenehati kaditi. Pri preprečevanju kajenja imajo pomembno vlogo zdravniki, pediatri ter medicinske sestre z zdravstveno vzgojo mladih ter staršev. Medtem, ko mladi začnejo z uporabo tobaka, zaradi socialnih in psiholoških razlogov, fizični učinek nikotina kmalu sproži proces odvisnosti (WHO, 2001).

Avtorja Kaya in Unalan (2010) sta v raziskavi ugotavljala da znanje, vedenje in odnos mladostnikov do kajenja in prepričanj mladostnikov vpliva da ostanejo nekadilci. Ugotovili so, da so izkušnje kajenja mladostnikov povezane z nižjo izobrazbo staršev, da se zavedajo nevarnosti kajenja za zdravje.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti razširjenost in uporabo alkohola in tobaka med študenti 1. letnika rednega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ). Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pogosto študenti 1. letnika VŠZNJ uživajo alkoholne pijače in v kakšnih količinah?
2. Ali obstaja povezava med pogostostjo uživanja alkohola in količino zaužitega alkohola v mericah?
3. Kateri dejavniki vplivajo na začetek kajenja študentov?
4. Ali študenti VŠZNJ, ki so aktivni kadilci, želijo opustiti kajenje?

Metoda in potek raziskave

Za teoretični del raziskave smo vključili pregled znanstvene literature, ki je potekala od meseca januarja 2011 do marca 2012. Uporabili smo vzajemno bibliografsko – kataložno bazo podatkov (COBIB.SI) ter podatkovne baze Cinahl in Springer Link. Empirični del temelji na kvantitativni deskriptivni metodi dela, kjer smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik. Raziskava je potekala na VŠZNJ. Izvedena je bila med rednimi študenti 1. letnika visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega, v mesecu marcu 2012. S strani VŠZNJ smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave. Anketne vprašalnike smo študentom razdelili med opravljanjem informativnih vaj. Vprašalnik so študenti izpolnjevali prostovoljno in anonimno v prisotnosti enega izmed raziskovalcev.

Pripomočki

Uporabili smo kvantitativno metodo dela zbiranja podatkov s tehniko kombiniranih vprašanj. Anketni vprašalnik smo sestavili na osnovi pregleda znanstvene literature. Prvi del anketnega vprašalnika je obsegal demografske podatke (starost, spol), drugi del pa se je nanašal na uživanje alkohola in kajenje. Uporabili smo vprašanja tipa ponujenih odgovorov.

Opis vzorca

Namenski vzorec je zajemal 61 rednih študentov 1. letnika VŠZNJ, kar predstavlja 68,9 % populacije rednih študentov vpisanih v prvi letnik VŠZNJ. V vzorcu je bilo 85,2 % študentov ženskega spola. Starost anketirancev smo razdelili v štiri skupine. V starosti od 18–19 let je bilo 34 (55,7 %) anketirancev, od 20–21 let 20 (32,8 %) anketirancev, 22–23 let 5 anketirancev (8,2 %) in v starostni skupini 24 let in več, sta bila 2 anketiranca (3,3 %). Koeficient Cronbach alfa je za celoten vprašalnik znašal 0,75.

Obdelava podatkov

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo opisne statistike (število in delež). Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS 16.00. Raziskovalna vprašanja, ki so se nanašale na povezavo med trditvami, smo potrjevali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Za statistično pomembne podatke so bile upoštevane razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 % tveganja in manj.

Rezultati

Tabela 1: Pogostnost uživanja alkoholnih pijač med študenti 1. letnika rednega študija.

Pogostnost	Število (N)	Delež (%)
nikoli	3	4,9
enkrat tedensko	11	18,0
večkrat tedensko	3	4,9
enkrat mesečno	6	9,8
večkrat mesečno	12	19,7
ob posebnih priložnostih	26	42,6
SKUPAJ	61	100,0

Iz Tabele 1 je razvidno, da študenti 1. letnika rednega študija najbolj pogosto uživajo alkohol ob posebnih priložnostih (42,6 %), sledi večkrat mesečno (19,7 %). 18 % študentov uživa alkohol enkrat tedensko. Najmanj študentov uživa alkohol enkrat mesečno (9,8 %), večkrat tedensko pa 4,9 % študentov.

Tabela 2: Število meric alkoholnih pijač med študenti 1. letnika rednega študija.

Merice alkohola	Število (N)	Delež (%)
nič	3	4,9
1–2	11	18
3–4	19	31,1
5–7	21	34,4
več kot 8	7	11,5
SKUPAJ	61	100,0

Tabela 2 je pokazala, da največ študentov (34,4 %) 1. letnika rednega študija navaja, da spijejo 5–7 meric alkoholnih pijač, sledijo študenti, ki spijejo 3–4 alkoholnih meric (31,1 %), 1–2 alkoholnih meric spije 18 % študentov, več kot 8 meric alkohola pa spije 11,5 %. Samo 4,9 % študentov navaja, da ne spije nič alkoholnih meric.

Študenti 1. letnika rednega študija najbolj pogosto posegajo po vinu (27,9 %), sledijo alkopops pijače – ustekleničene pijače s približno 5% vsebnostjo alkohola – npr.: Bandidos, Bacardi Breezer (24,6 %), nato žganje (18 %) ter pivo (8,2 %). Pri kombinaciji mešanih pijač študenti navajajo, da najbolj pogosto izberejo vino in žganje (8,2 %), sledijo pa alkopops pijače v kombinaciji s samim vinom (4,9 %).

Tabela 3: Korelacijska analiza med pogostnostjo uživanja alkohola ter med količino popitga alkohola v mericah.

Trditve (N=61)	pogostost uživanja alkohola	merice alkohola
pogostnost uživanja alkohola	1	-,329**
merice alkohola	-,329**	1

Legenda: p = 0,01 (**), N = število anketirancev.

Tabela 3 poda rezultate, da je pri študentih 1. letnika rednega študija statistično pomembna negativna povezava ($r = -0,329$; $p = 0,01$) med pogostnostjo uživanja alkohola ter med popito količino alkohola v mericah.

Odgovori študentov 1. letnika rednega študija o kajenju podajo rezultate, da je 31,1 % anketirancev aktivnih kadilcev, 68,9 % anketirancev pa je nekadilcev. Največ anketirancev je pričelo s kajenjem v starosti 18–19 let (55,7 %), sledijo anketiranci v starosti 20–21 let (32,2 %), nato v starosti 22–23 let (8,2 %) ter anketiranci v starosti več kot 23 let (3,3 %). Polovica (52,6 %) anketiranih kadilcev navaja, da so pričeli kaditi zaradi vpliva družbe, 42,1 % anketirancev trdi, da so se za kajenje odločili sami. Zaradi želje po dobrem počutju po kajenju, pa se je za škodljivo razvado odločilo 5,3 % anketirancev. 14,8 % anketirancev navaja, da so poskusili opustiti kajenje, vendar jim ni uspelo, medtem, ko 85,2 % anketirancev trenutno še ne razmišlja o opustitvi kajenja.

Diskusija

Alkohol in kajenje sta med mladimi dokaj razširjeni razvadi. V raziskavi smo želeli ugotoviti odnos in mnenja študentov zdravstvene nege prvega letnika rednega študija, na prvi stopnji študijskega programa VŠZNJ, do alkoholne problematike in razširjenosti kajenja. Ugotovili smo, da študenti največ alkohola spiijejo ob posebnih priložnostih. Watson et al. (2006) v raziskavi ugotavljajo, da je prisotnost tako alkohola kot tudi kajenja pri študentih zdravstvene nege v povprečju višja kot pri ostali populaciji. Prav tako ugotavljajo, da študenti zdravstvene nege in babištva največ alkohola popijejo med vikendom. Več kot polovica študentov zdravstvene nege in babištva uživa alkohol redno, kar kaže na to, da je alkohol med njimi zelo razširjen. To predstavlja tveganje za zdravje, je dejavnik, ki preprečuje študentu doseganje uspehov, vpliva pa tudi na njihovo bodočo vlogo pri razvoju profesije in širjenju promocije zdravja širši populaciji.

V naši raziskavi smo ugotovili, da sta najbolj priljubljeni alkoholni pijači med anketiranimi študenti vino in alkoholne pijače. Po podatkih raziskave Health behavior in school-aged children iz leta 2006, pa najbolj priljubljeni alkoholni pijači pri slovenskih mladostnikih predstavljata pivo in vino (Jeriček, Lavtar, Pokrajac, 2007).

V izvedeni raziskavi ugotavljamo, da več kot četrtina anketiranih študentov popije ob posebnih priložnostih 5–7 alkoholnih meric. Lahko rečemo, da je prisotnost alkohola pri študentih visoka, kar posledično lahko vodi v opitost. Menimo, da na količino popitih alkoholnih pijač vpliva tudi to, da je alkohol lahko dostopen. Ugotavljamo, da bi lahko na študentskih zabavah, ki jih organizirajo študentske organizacije sponzorirali nealkoholne pijače in jih ponujali na bolj atraktiven način, kot so npr. brezalkoholni koktejli, ali v bolj zanimivih in privlačnih embalažah.

Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2007 je ugotovila, da je polovica oseb, ki so v zadnjem letu pred anketiranjem vsaj nekajkrat pile alkoholne pijače in ob eni priložnosti popili manj kot šest meric (enot) pijače (Božič, Zupančič, 2009).

Rassol (2007) ugotavlja, da uživanje alkohola predstavlja velik zdravstveni problem, s katerimi se mladi soočajo. V raziskavi ugotavlja, da ne glede na to, da so zaradi poklicne usmeritve – zdravstveni delavci, seznanjeni z dejavniki tveganja in škodljivimi vplivi na zdravje, mladi še vedno posegajo po alkoholu.

V naši raziskavi ugotavljamo, da je med študenti prvega letnika, rednega študija več kot četrtina aktivnih kadilcev. S kajenjem jih je največ pričelo med 18. in 19. letom starosti.

Do podobnih ugotovitev je prišel tudi avtor Durkin (2007), ki navaja, da je več kot četrtna mladih odraslih, starih med 18. in 24. letom kadilcev, kar vodi v povečanje razširjenosti kajenja cigaret med študenti.

V raziskavi, ki smo jo izvedli med rednimi študenti 1. letnika VŠZNJ ugotavljamo, da polovica anketiranih študentov navaja kot glavni razlog za kajenje vpliv družbe. Avtorji Von Ah et al., (2004) ugotavljajo, da na uživanje alkohola in kajenja mladih pomembno vplivata stres in pomanjkanje samozavesti.

Kot pomemben dejavnik zlorabe alkohola med mladimi predstavljata pasivno preživljanje prostega časa in pomanjkanje gibalne aktivnosti (Zalta et al., 2008).

V naši raziskavi ugotavljamo, da velik delež študentov, aktivnih kadilcev ne razmišlja o opustitvi kajenja. Menimo, da je zdravstveno vzgojno delo na področju zmanjševanja uporabe tobaka med mladimi zelo pomemben dejavnik. S promocijo zdravega načina življenja mladih pa je pomembno začeti že dovolj zgodaj. Glede na to, da smo v naši raziskavi ugotovili, da se večina študentov prvega letnika VŠZNJ odločilo za kajenje zaradi vpliva družbe, menimo da bi morali v šolah organizirati delavnice na področju kakovostnega osebnega razvoja (npr. povečanje samopodobe, samozaupanja). Avtorja Staten in Ridner (2007) prav tako navajata, da je študente s preventivnimi aktivnostmi potrebno spodbujati k opustitvi kajenja. Azuri (2009) ugotavlja, da so pri opuščanju kajenja uspešne skupine za odvajanje od kajenja, ki naj bi že s pogovori opogumljali kadilce k opustitvi kajenja.

V raziskavi smo se omejili le na prve letnike rednega študija VŠZNJ. Raziskavo bi lahko razširili med vse letnike rednega študija ali na še kakšno drugo visoko šolo za zdravstvo.

Zaključki

Ugotovili smo, da je med študenti, bodočimi zdravstvenimi delavci več kot četrtna kadilcev ter da med njimi prevladuje uživanje alkohola ob posebnih priložnostih.

Tekom študijskega leta 2011/12 sta na VŠZNJ potekala vzporedna projekta z naslovom »Spodbujanje zdravega življenjskega sloga mladih« in »Alkohol in mladi – ozaveščanje mladih o tveganem pitju alkohola«. V okviru navedenih projektov smo skupina študentov 3. letnika – izvajalcev projekta izvedli med učenci, dijaki in študenti učne delavnice o dejavnikih, ki vplivajo na zdrav življenjski slog. Izvedli smo zdravstveno vzgojne delavnice z naslovom »Zamenjaj cigareto za sok«, ki je imela zelo dober odziv s strani študentov 1. letnika in jo priporočamo za nadaljnjo uporabo za promocijo zdravega načina življenja med mladimi. Prav tako smo učencem (od 1. do 4. razreda izbranih osnovnih šol) v obliki prirejene poučne igre »Dogodek na gozdni jasi«, avtorice J. Mesarič, predstavili preventivne aktivnosti o nevarnostih kajenja. Izvedli smo tudi zdravstveno vzgojno delo med dijaki srednjih šol. Nad izvedbo projekta »Spodbujanje zdravega življenjskega sloga mladih« in »Alkohol in mladi – ozaveščanje mladih o tveganem pitju alkohola« smo izredno zadovoljni, saj je bil odziv s strani udeležencev pozitiven. Zaradi dobrih izkušenj izvedenega projekta, priporočamo nadaljnjo zdravstveno vzgojno delo na celotni (večji) družbi in ne le na posameznikih. Zanimiva tema za raziskovanje in izvajanje projekta bi bila tema ugotavljanja odnosa mladih do vožnje pod vplivom alkohola.

Literatura

Azuri J, Peled S, Kitai E, Vinker S. Smoking prevention and primary physician's and patient's characteristics. *Am J Health Behav.* 2009; 33 (6): 710–17.

- Božič A, Zupančič T. Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji. Ljubljana: Statistični urad republike Slovenije; 2009: 57.
- Brujin A. No reason for optimism: the expected impact of commitments in the European Commission's Alcohol and Health Forum. *Addiction*. 2008; 103: 1588–92.
- Durkin A. Promoting smoking cessation among nursing students: how faculty can help. *Nurs Educ Perspect*. 2007; 28 (3): 150–4.
- Hovnik Keršmanc M. Epidemiologija rabe alkohola v Sloveniji. In: Avberšek Lužnik I, Kaučič B M, Hvalič Touzery S, eds. Sindrom odvisnosti od alkohola – diagnostični in terapevtski vidiki – Zbornik prispevkov z recenzijo, Bled, 13. Oktober 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010.
- Jeriček Klanšček H, Lavtar D, Pokrajac T. Z zdravjem povezano vedenje šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006 [raziskovalno poročilo]. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2007.
- Kastelic A, Mikulan M. Mladostnik in droga. Ljubljana: Prohealth; 2004.
- Kaya C A, Unalan P C. Factors associated with adolescents' smoking experience and staying tobacco free. *Ment Health Fam Med*. 2010; 7 (3): 145–53.
- Ramovš J, Ramovš K. Pitje mladih. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje; 2007.
- Rassool GH. International perspectives: the educational experiences and previous orientation of undergraduate nursing students in alcohol and drug: the English context. *J Addict Nurs*. 2007; 18 (1): 47–52.
- Staten R R, Ridner S L. College students' perspective on smoking cessation: »If the message doesn't speak to me, I don't hear it«. *Issues Ment Health Nurs*. 2007; 28 (1): 101–15.
- Von Ah D, Ebert S, Ngamvitroj A, Park N, Kang D H. Predictors of health behaviours in college students. *J Advance Nurs*. 2004; 48 (5): 463–473.
- Watson H, Whyte R, Schartau E, Jamieson E. Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. *British J Nurs*. 2006; 10 (22): 1212–6.
- World health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Geneva: World Health Organization; 2000: 3–18.
- World health organization Geneva. Encouraging people to stop smoking; 2001. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/media/en/encouragin_people_to_stop_smoking.pdf (5. 4. 2012).
- Zalta A, Kralj A, Zurc J, Lenarčič B, Medarič Z, Simčič B. Mladi in alkohol v Sloveniji. Zaključno poročilo ciljno-raziskovalnega projekta. Koper: Univerza na Primorskem; Znanstveno-raziskovalno središče; 2008. Dostopno na http://www.zrs-kp.si/SL/Vabila_aktualno/Mladi_in_alkohol_v_Sloveniji.pdf (2008).

Klinično usposabljanje v domu starejših občanov: ocena študentov

Clinical training in nursing homes: students' perspective

Miha Požek, Mateja Tavčar, Ljiljana Leskovic

Povzetek

Izhodišča: Klinično usposabljanje je za študente na Visokošolskem strokovnem študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega pomemben in obvezen del učnega procesa v obsegu 2300 ur, namenjenih pridobivanju in razvijanju splošnih in specialnih strokovnih kompetenc. Uspešnost zagotavljanja izvedbe kliničnega usposabljanja je kompleksna in odvisna od številnih dejavnikov, ki kreirajo izobraževalni proces.

Metode: Kvantitativna raziskava je bila izvedena ob uporabi opisno-ne eksperimentalnega pristopa. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je vseboval dvanajst vprašanj zaprtega tipa, dve odprtega tipa, pri dveh vprašanjih pa so študenti izrazili svoje stališče do trditev s pet-stopenjsko Likertovo lestvico. V raziskavo so bili vključeni študenti 2. in 3. letnika ter absolventi Visoke šole za zdravstveno nego. Pri obdelavi podatkov je bila uporabljena opisna statistika s pomočjo statističnega programa SPSS.

Rezultati: Študenti v (PV=8,68; SD=0,340) se strinjajo in zelo se strinjajo, da niso motivirani za izvajanje kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane. S trditvijo, da program ne zagotavlja zadostnega znanja na področju zdravstvene nege starostnika se strinja (PV=7,90; SD=0,421) študentov. Raziskava poda statistično pomembno negativno povezavo med nemotiviranostjo študentov za izvajanje kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege starostnika ($r=-0,585$, $p=0,000$) ter programom kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane ($r=-0,790$, $p=0,001$).

Diskusija in zaključki: Na osnovi pridobljenih rezultatov raziskave smo ugotovili, da študenti Visoke šole za zdravstveno nego niso zadovoljni in motivirani za opravljanje kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane. Ravno tako v drugih evropskih državah navedajo, da je na osnovi zadnjih izvedenih raziskav značilen trend upada zanimanja študentov za delo na geriatričnih oddelkih, kot posledica zahtevne temeljne zdravstvene nege starostnika in vse pogostejših stereotipov o starejših.

Ključne besede: klinično usposabljanje, domovi za starejše občane, študenti zdravstvene nege.

Abstract

Introduction: For nursing students in higher education, clinical training (clinical practice) is an important and compulsory part of the learning process, aimed at the acquisition and

development of general and specialized technical competences. The success of implemented clinical training is complex and depends on many factors which make up the learning process.

Methods: Descriptive non-experimental quantitative research design was undertaken. Data was gathered using a structured questionnaire. Respondents included second and third year full-time and part-time students of the College of Nursing Jesenice who reported their opinions of clinical practice in nursing homes. They were asked to complete fourteen questions and indicate their agreement with the statements on a five-point Likert-type scale. Descriptive statistics and statistical software SPSS 17.00 were used to process the data. Results: Students in the (PV=8,68; SD=0,340) agree and strongly agree that they are not motivated to carry out clinical training in the elderly. By arguing that the program does not provide sufficient knowledge of nursing the elderly shares (PV=704, SD=0,421) students. Study provide a statistically significant negative relationship between demotivation students to carry out clinical training in nursing of the elderly ($r=-0,585$, $p=0,000$) and clinical training programs in the elderly ($r=-0,790$, $p=0,001$).

Discussion and conclusions: Results of research including second and third year full-time and part-time students of the College of Nursing Jesenice have revealed that participating students were not satisfied with or motivated to conduct clinical practice in nursing homes. Similarly, other European studies have noted a decline in student interest for work in geriatric wards as a result of demanding basic nursing care required by the elderly and growing stereotypes about the elderly.

Key words: clinical training, nursing homes, nursing students.

Uvod

Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program prve stopnje Zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice (VŠZNJ) je usklajen z določili Evropske unije (77/453/EEC, 1977) o poklicni kvalifikaciji, zato je zelo pomemben del študija klinično usposabljanje, kjer študentje pridobivajo in razvijajo splošne in specialne kompetence. Kompetence so opisali (Lofmark et al., 2001 cit. po Skela Savič, Filej, 2009), kot učni rezultat izvajanja zdravstvene nege za poklic diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik.

V času, ko se naša družba nezadržno stara in delež starih ljudi postaja vse večji, je domsko varstvo nujna oziroma potreba, ki jo narekuje sam proces staranja in podaljševanje povprečne življenjske dobe. Domske varstvo je trenutno najbolj razširjena oblika organiziranega varstva starih ljudi. Obstoječa mreža domov za starejše ljudi v Sloveniji ima skupno kapaciteto 20.000 posteljnih kapacitet (Leskovic, 2007). Zagotavljanje primerne delovnega (kliničnega) okolja omogoča uspešno izvajanje zdravstvenih postopkov, s poudarkom na kakovosti in varnosti, pomeni osredotočenje na pacienta, zdravstveno prakso, podprto z dokazi in pravili stroke (Čuk, Hvala, 2009). V svetu in pri nas so predvidevanja, da bo zaradi naraščanja deleža starejšega prebivalstva nad 65 let, večina medicinskih sester in študentov zdravstvene nege sodelovalo predvsem na področju zdravstvene nege starostnika. Gerontološka zdravstvena nega postaja, glede demografske napovedi starajoče si družbe, vse pomembnejša, zato je nujno, da domovi za starejše občane prisluhnejo potrebam izobraževalnega procesa. Smotno je opozoriti ustrezna ministrstva, da je za potrebe izvajanja kliničnega usposabljanja in upoštevanja strokovnih smernic na področju zdravstvene

nege starostnika, nujna sprememba kadrovskih normativov (Leskovic, 2009a). Nedopustno je, da za oskrbo 20.000 starostnikov v domovih za ostarele, skrbi 361 diplomiranih medicinskih sester, kar ne zadošča za kakovostno opravljanje vseh aktivnosti zdravstvene nege (Leskovic, 2008). Pri izvajanju intervencij zdravstvene nege za posamezne življenjske aktivnosti, so starejši v domovih vedno bolj odvisni od zdravstvenega, predvsem negovalnega osebja (Habjanič, 2011). Ugotovljeno je, da se aktivnosti zdravstvene nege v domovih za starejše ne izvajajo po priporočenih standardih in sicer zaradi neustrezne kadrovske politike in pomanjkanja finančnih sredstev, kar se kaže v nezadostnem številu in neustreznem strokovnem nivoju izobrazbe zaposlenih (Leskovic, 2009b). Robinson in Cubit (2007) navajata, da zadnje raziskave kažejo upad zanimanja študentov za delo na geriatričnih oddelkih kot posledica zahtevne temeljne zdravstvene nege starostnika in vse pogostejših stereotipov o starejših.

Metode

Opis problema

Klinično usposabljanje na področju Zdravstvene nege starostnika poteka na v drugem letniku Visokošolskega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega in je organizirano v domovih za starejše občane.

Z raziskavo smo želeli pridobiti stališča izrednih in rednih študentov 2. in 3. letnik ter absolventov na VŠZNJ do kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane. Za potrebe raziskave smo zastavili sledeče cilje:

- Ugotoviti stopnjo vključevanja študentov v proces kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege starostnika;
- Ugotoviti stopnjo sodelovanja med kliničnimi mentorji in študenti VŠZNJ;
- Preučiti zagotavljanje pripomočkov študentom za izvajanje negovalnih intervencij v domovih za starejše občane.

Metoda in potek raziskave

Izvedli smo sistematični pregled literature ob uporabi tujih podatkovnih baz Cobiss, Cinahl ter Springerlink, ki je vključevala iskanje literature v mednarodni bazi podatkov in izbor primernih člankov po določenih kriterijih izbora. Ključne besede, ki smo jih uporabili, so bile: clinical training, the home of the elderly, assessment of students, old people. Pri iskanju domače literature s pomočjo Googla smo omejili zadetke na slovenski jezik. Ključna besedna zveza je bila klinična praksa v domovih za starejše občane.

Pripomočki

Pri raziskavi smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga pripravili za namen naše raziskave (na osnovi povzete literature (Čuk, 2008; Leskovic, 2008; Habjanič, 2011)). Vprašalnik je vseboval 12 vprašanj zaprtega tipa in 2 vprašanji odprtega tipa. Za potrebe raziskovanja smo uporabili 2 trditvi, do katerih so se anketiranci opredelili s pomočjo 5 – stopenjske Likertove lestvice stališč, ovrednotene od 1 do 5, pri tem je pomenilo: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – neopredeljen, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam). Vprašalnik je vseboval tri sklope in sicer: sklop o socialno demografskih podatkih, sklop vprašanj o kliničnem usposabljanju v DSO ter sklop vprašanj o pogostosti izvajanja intervencij zdravstvene nege. Zanesljivost vprašalnika je bila po Koeficientu Cronbach alfa 0,79.

Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni redni in izredni študenti 2. in 3. letnika ter absolventi VŠZNJ. Raziskava je potekala od 25. do 28. marca 2012, anketirancem smo posredovali anketni vprašalnik preko elektronske pošte. S strani Komisije za znanstveno raziskovalno delo in mednarodno sodelovanje VŠZNJ smo pridobili soglasje za izvedbo raziskave med študenti. Anketiranje je bilo enkratno, študenti so prostovoljno pristopili k reševanju anketnega vprašalnika, zagotovljena jim je bila anonimnost. Anketni vprašalnik je bil posredovan 320 študentom, pravilno izpolnjenih in vrnjenih anketnih vprašalnikov primernih za statistično obdelavo je bilo 61, kar pomeni 19,1 % realizacijo vzorca. Med anketiranci je bilo 9 študentov (15 %) moškega spola in 52 študentov (85 %) ženskega spola. Glede na letnik študija je bilo zajetih 14 (23 %) študentov 2. letnika, 29 (47,5 %) študentov 3. letnika in 18 (29,5 %) študentov z absolventskim stažem. Študentov izrednega študija je bilo 16 (26,2 %), rednega študija pa 45 (73,8 %).

Obdelava podatkov

Podatki so bili obdelani v statističnem računalniškem programu SPSS 17.0. Uporabljena je bila opisna statistična metoda.

Rezultati

Tabela 1: Stališča študentov VŠZNJ do kliničnega usposabljanja v domovih starejših občanov.

	se sploh ne strinjam	se ne strinjam	neopredeljen	se strinjam	se zelo strinjam	število (N) / delež (%)
Študenti niso motivirani za izvajanje kliničnega usposabljanja v domovih starejših občanov.	8 13 %	7 12 %	11 17 %	23 38 %	12 20 %	61 100 %
Program ne zagotavlja zadostnega znanja.	5 8 %	7 12 %	15 25 %	21 34 %	13 21 %	61 100 %
Študenti imajo le premalo ur kliničnega usposabljanja v domovih starejših občanov.	31 51 %	17 28 %	9 15 %	4 6 %	0.0 0 %	61 100 %
Mentorji premalo usmerjajo študente za reševanje težav na kliničnem usposabljanju.	9 15 %	13 21 %	24 39 %	12 20 %	3 5 %	61 100 %

Legenda: N = število, (%) delež odgovorov v odstotkih.

Iz Tabele 1 je razvidno, da so študenti 2. in 3. letnika ter absolventi rednega in izrednega študija VŠZNJ podali odgovore v večjem deležu odstotkov, da se strinjajo in se zelo strinjajo, da študenti niso motivirani za izvajanje kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane. Kot ovire, ki preprečujejo zadovoljstvo in motiviranost študentov v 55 % navajajo, da učni program ne zagotavlja specifičnih vsebin iz zdravstvene nege starostnika za pridobivanje zadostnega znanja na tem področju. Nadalje študenti v 6 % navajajo nezadostno število ur kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane

Tabela 2: Povprečne vrednosti odgovorov študentov na oceno kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane.

	N	PV	SD
Študenti niso motivirani za izvajanje kliničnega usposabljanja v domovih starejših občanov	61	8,68	,340
Program ne zagotavlja zadostnega znanja	61	7,04	,459

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 = sploh se ne strinjam, 5 zelo se strinjam), SD standardna deviacija.

Trditvi »Študenti niso motivirani za izvajanje kliničnega usposabljanja v domovih starejših občanov in Program ne zagotavlja zadostnega znanja na področju zdravstvene nege starostnika« sta trditvi, ki kažeta na to, da študenti niso zadovoljni s potekom kliničnega usposabljanja (tabela 1). Z obema trditvama se študenti v visoki meri strinjajo (PV = 7,90; SD = 0,421 PV = 7,90; SD = 0,421). Odgovori so bili najmanj razpršeni v prvih dveh trditvah (motiviranost študentov in program izvajanja), odgovori na trditev, da je premalo ur kliničnega usposabljanja v domovih za starejše občane so razpršeni.

Diskusija

V raziskavi na namenskem vzorcu študentov smo ugotavljali, kakšno je zadovoljstvo študentov VŠZNJ s kliničnim usposabljanjem na področju zdravstvene nege starostnika. Rezultati kažejo, da je stopnja zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem v domovih za starejše občane nizka. Nizke povprečne ocene so po vsej verjetnosti posledica nezagotavljanja zadostne količine materiala za kvalitetno izvedbo intervencij zdravstvene nege, s tem se strinja približno tri četrtine anketiranih študentov. Prav tako je zaskrbljujoče dejstvo, da kar dve tretjini študentov trdi, da v času kliničnega usposabljanja ni izvajalo intervencij zdravstvene nege, ki so v domeni diplomiranih medicinskih sester oz. diplomiranih zdravstvenikov. Lee (2007) opisuje vlogo kliničnega mentorja, ki s spretnostmi veščinami, izkušnjami, znanjem in etičnimi vrednotami vpliva na odzivanje in vrednotenja študenta v kliničnem okolju. Prav tako Mullen in Murray (2002) navajata, da na učinkovitost učnega okolja vpliva interakcija med študenti in zdravstvenim osebjem, pri tem je ključnega pomena zgled in vpliv kliničnega mentorja. Spodbudno je, da se več kot polovica študentov strinja, da vključevanje predavateljev iz kliničnega okolja izboljša vpogled študentov na delo s pacientom. Manj kot polovica študentov se strinja s trditvijo, da je vključevanje študentov v raziskovanje na področju kliničnega usposabljanja v času študija pomembno, ker povezuje teorijo in prasko. Vključevanje študentov v klinično raziskovanje na področju dela s starostniki so raziskovalci v raziskavi, ki je potekala na Danskem, prepoznali kot dobro pedagoško metodo dela v kliničnem okolju. Z omenjeno raziskavo so tudi ugotovili, da je sodelovanje študentov in starostnikov pri načrtovanju dnevnih aktivnosti dober način učenja, ki je podprt z učnim načrtom. Neposredno delo študentov ob starostniku je oporekalo študentovim negativnim stališčem in vrednotam, glede na starost in staranje, na kliničnem usposabljanju v domovih starejših občanov (Brunborg, 2009).

Zaključek

Domovi za starejše občane so pri izvedbi kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege starostnika, postavljeni pred zelo zahtevno in odgovorno nalogo. Ustrezno

vodenje kliničnega usposabljanja in izvajanje kliničnega mentorstva pomembno vpliva na kakovost izobraževanja študentov in kakovost oskrbe starostnika. V domovih za starejše občane zaposlenim primanjkuje časa za vključevanje v proces dela s študenti. Zato je prisotnost mentorja s strani šole zaželena in nujno potrebna. Glede na to, da domovi starejših občanov nimajo dolgoletne tradicije na področju izvajanja mentorstva in vključevanja v delo s študenti, je s strani visokošolskih zavodov, ki izvajajo študijske programe prve stopnje Zdravstvena nega naloga, da jim nudijo podporo pri zagotavljanju kvalitetnega kliničnega okolja. Slednje bi študente motiviralo za izvajanje kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege starostnika. Nesporno študenti pridobijo na kliničnem usposabljanju v domovih za starejše občane specifična znanja o prepletanju in delovanju socialno zdravstvenega sistema na področju varstva starejših (Elliot, Wall, 2008).

Literatura

- Brunborg B. Education In Old Age, Home Nursing, Professional, Students, Nursing Klin-ska Sygepleje 2009; 23 (2): 24–33.
- Čuk V, Hvala N. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s prakso zdravstvene nege. In: Skela Savič B, Kaučič B M, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 17.–18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009: 177–84.
- Leskovic L. Povezovanje in vključevanje domov za ostarele v vlogi izvajalca kliničnih vaj In Skela Savič B, Kaučič B M, Ramšak Pajk J, eds. Teorija, raziskovanje in praksa trije stebri, na katerih temelji sodobna Zdravstvena nega zbornik predavanj 1. mednarodna znanstvena konferenca , Bled, 25.–26. september 2008. Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego, 2008: 342–345
- Elliot M, Wall N. Should nurse academics engage in clinical practice? Nurse Educ Today 2008; 28 (5): 580–6.
- Habjanič A. Zdravstvena nega v domovih za starejše z vidika stanovalcev, sorodnikov in negovalnega osebja. Obzor Zdr N. 2011; 45 (1): 40.
- Leskovic L. Status in vloga zdravstvene nege v socialnih zavodih. In: Leskovic L, Tršek J, eds. Starost-izziv ali problem sodobne družbe: zbornik predavanj 1. kongresa gerontološke zdravstvene nege, Portorož, 10.–12. junij 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih; 2009: 22–7.
- Leskovic L. Ali je raziskovanje v socialno varstvenih zavodih v uporabi kot inštrument za razvoj stroke? In: Skela Savič B, Kaučič B M, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja : zbornik predavanj z recenzijo. 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 17.–18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009: 436–44.
- Lee CJ. Academic Help seeking: Teory and Strateggies for Nursing Faculty. J Nurs Educ. 2007; 46 (10): 468–475
- Mullen A, Murray L. Clinical placements in mental health: Are clinicians doing enough for undergraduate nursing stutents? Int J Ment Health Nurs. 2002; 11 (1): 61–68.

- Robinson A, Cubit K. Caring for older people with dementia in residential care: nursing students experiences. *J Adv Nurs*. 2007; 59 (3): 256.
- Skela Savič B, Zurc J, Hvalič Touzery S. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*. 2010; 44 (2): 90.
- Statistični urad Republike Slovenije, 2008. Dostopno na: <http://www.stat.si/obcinevste-vilkah/Vsebina.aspx?ClanekNaslov=PrebivalstvoIndeks> (9. 4. 2010).
- Vaarama M. Care-related quality of life in old age. *Eur J Ageing*. 2009; 6: 113–125.

Sekcija 6

Timsko delo v zdravstvu

Stres zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenih dogodkih

Stress of employees in nursing care at adverse events

Zorica Filipovič, Radojka Kobentar

Povzetek

Izhodišča: Odziv medicinske sestre na vsakodnevne potrebe pacienta in kliničnega okolja, je odvisen od njene psihosocialne in osebnostne zrelosti, znanja, profesionalnosti ter kliničnega okolja in delovnih pogojev v njem.

Metode: Uporabili smo kvantitativno opisno-neeksperimentalni metodo dela. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika. Zaposlene v zdravstveni negi smo spraševali po njihovem srečevanju z neželenimi dogodki s strani pacienta, stresom in načinom sproščanja po stresnem dogodku. Anketiranci so svoje odgovore podajali s pomočjo ocenjevalne lestvice, kjer je 0 pomenila nikoli, 1 včasih, 2 pogosto in 3 vedno. Raziskava je bila izvedena v Psihiatrični bolnišnici Idrija v času od 1. 12. 2010 do 31. 12. 2010. Razdeljenih je bilo 82 anketnih vprašalnikov, od tega smo jih nazaj dobili 57, kar predstavlja 69,50-odstotno odzivnost.

Rezultati: Anketiranci so se opredelili do naslednjih neželeni dogodki s strani pacienta: žalitev (PV=1,84), grožnje (PV=1,72), heteroagresija (PV=1,49), avtoagresija (PV=1,32), zdrsi/padci (PV=1,30), poškodbe inventarja (PV=1,23), poškodbe lastnine (PV=1,11) in nastanek razjede zaradi pritiska (PV=0,89). Ženski spol s povprečno oceno 1,4 spremljajo občutki nemoči glede na moške sodelavce, ki to doživljajo manj intenzivno (PV=0,9). T-test za neodvisne vzorce je med skupinama pokazal statistično pomembno razliko ($p=0,009$). Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki se v namen zmanjševanja stresnosti najpogosteje udeležujejo pogovora z vodilno medicinsko sestro v 61,5 %, medtem ko se zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre pogovora z medicinsko sestro poslužujejo le v 27,3 % primerov. Hi-kvadrat test je med skupinama pokazal statistično pomembno razliko ($p=0,023$).

Zaključki in diskusija: Ugotovili so, da se zaposleni razmeroma pogosto srečujejo z neželenimi dogodki, povzročenimi s strani pacienta. Delovne in življenjske izkušnje, učenje, delovna doba, osebna rast skozi čas posamezniku omogočijo, da zna predvideti marsikatero nepredvidljivo stvar in doseči zadovoljstvo na delovnem mestu z obvladovanjem okolja in situacij, kot jih predstavljajo neželeni dogodki.

Ključne besede: stres, neželeni dogodek, zdravstvena nega.

Abstract

Introduction: Responds nurse to daily needs of the patient and the clinical environment depends on her psychosocial and personal maturity, knowledge and professionalism, as well as the clinical environment and its working conditions.

Methods: We used a quantitative work method, utilized a causally descriptively non-experimental approach gathered the data by means of a structured questionnaire. The questionnaire was aimed at medical care employees and encompassed questions on their dealing with adverse events caused by patients, on stress and on release methods after a stressful event. The respondents answered by using an evaluation scale with 0 standing for "never", 1 for "occasionally", 2 for "frequently" and 3 for "always". The survey was carried out in the Idrija Psychiatric Hospital in the period from December 1, 2010 to December 31, 2010. 82 questionnaires were distributed, from which 57 were returned, which represents a 69.50 % response rate.

Results: The most common adverse events caused by patients were insults (PV=1.84), threats (PV=1.72), heteroaggression (PV=1.49), autoaggression (PV=1.32), slips/falls (PV=1.30), damages to the inventory (PV=1.23), damages to the property (PV=1.11), and development of an ulcer due to stress (PV=0.89). Female with an average rating of 1.4 accompanied by feelings of powerlessness in relation to male colleagues who so suffer less intense, with a 0.9. T-test for independent samples between the two groups showed a statistically significant difference ($p=0.009$). Registered nurses the purpose of stress reduction often attend talks with leading nurse in 61.5%, while medical technicians / nurses talk with the nurse is applying only in 27.3% of cases. Chi-square test between the two groups showed a statistically significant difference ($p=0.023$).

Discussion and conclusions: The findings show that the employees very frequently face adverse events caused by patients. Working and living experience, learning, years of service, personal growth over time, enable a person to be able to provide many unpredictable thing and achieve job satisfaction, management of the environment and situations, as represented by adverse events.

Key words: stress, adverse event, nursing care.

Uvod

Izraz stres izvira iz latinščine. V angleščini ga prvič uporabijo v 17. stoletju za opis napetosti, pritiska. Skozi 18. in 19. stoletje je stres opisoval silo, pritisk ali močan vpliv, ki deluje na predmet ali osebo. Šele v 19. stoletju so se pojavila razmišljanja o vplivu stresa na človeški organizem in duševnost. V medicino je stres leta 1949 uvedel kanadski zdravnik Hans Selye in ga opisal kot program telesnega prilagajanja novim okoliščinam, ki motijo osebno ravnotežje (Knežević et al., 2009). Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu opredeljuje stres kot stanje, ki ni bolezen, lahko pa resno poslabša fizično in duševno stanje posameznika. Določena mera pritiska lahko začasno celo poveča storilnost posameznika. Ko ta pritisk prestopi meje spremenljivega, lahko povzroči neprijetno izkušnjo, ki jo poimenujejo stres (Evropska agencija za zdravje in varnost pri delu, 2002–2006). Stres je kot univerzalni fenomen, ki ga opredeljuje množica definicij. Stresa se ne da meriti, ne da bi merili napetost, zato je potrebno interakcijsko razumevanje procesa, ki ga opredeljujejo doživetje psihosocialne narave in ima za posledico psihično trpljenje in neprijetne, za organizem ogrožajoče

fiziološke procese ter deluje na celotno biopsihosocialno naravo človeka. Možno ga je opisati kot dogajanje, ki ga sproži vsaka sprememba, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje in sproži njegove prilagoditvene potenciale. Vsak posameznik se na stres odziva v svoji telesni, duševni in socialni celostnosti. Zato stres najlažje razložimo kot sintezo večjega števila elementov, ki so med seboj v neki interakciji (Selič, 1999; Selič, 2010). Hans Seleye je že davnega leta 1974 opisal in poimenoval tristopenjski model stresa kot splošni adaptacijski sindrom, ki je sestavljen iz treh faz, ki si sledijo v točno določenem zaporedju: prva faza – faza alarma, druga faza – faza prilagoditve, tretja faza – faza izčrpanosti (Knežević et al., 2009). Vzrok stresa ali tako imenovani stresor je lahko dogodek, situacija, oseba ali predmet, ki zamaže posameznikovo ravnovesje. Ne glede na raznolikost njihove vsebine izkušnje kažejo, da je najboljša metoda v borbi proti stresu odprava čim več stresorjev, ki ustvarjajo obstoječi ali potencirajo prihajajoči stres (Arandelović, Ilić, 2006).

Medicinska sestra in stres

Pettinger je v svoji lestvici poklicev glede na stresnost delo medicinske sestre uvrstil na 11. mesto, kar nazorno kaže, da spada delo medicinske sestre med najbolj stresne poklice. Medicinska sestra je na svojem delovnem mestu neprestano izpostavljena nenehnim dejavnikom stresa, ki ogrožajo njeno zdravje (Pettinger, 2002). Knežević et al. (2009) v svoji raziskavi medicinske sestre in zdravstvene tehnike opisujejo kot kader, ki je pogosto izpostavljen stresu na delovnem mestu. Najpogostejše kot stresni dejavnik na delovnem mestu omenjajo pomanjkanje zaposlenih v zdravstvu, izpostavljenost ionizirajočem sevanju, cistostatikom, okužbam in incidentom ter slabim finančnim nadomestilom in neustrezni organizacijski kulturi. Peterka-Novak et al. (2010) v svoji raziskavi kot najpogostejše dejavnike stresa navajajo agresijo (avtoagresija, heteroagresija), izvajanje posebnega varovalnega ukrepa nasilnega pacienta, sprejem pacienta proti volji in napetost na delovnem mestu povzročeno s strani pacienta.

Neželeni dogodki

»Neželeni dogodek ali varnostni zaplet v bolnišničnem okolju je nenameren in nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko pacientu povzročil škodo ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni.« (Čuk, 2008, 21).

Robida označuje za opozorilni nevarni dogodek vsak dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne funkcije, je dogodek, ki ni povezan z naravnim potekom pacientove bolezni. Pomeni nepredvideno odstopanje v procesu ali izidu zdravstvene ali katere koli druge oskrbe. Opozorilni pa se imenuje zato, ker zahteva takojšno ukrepanje, je resnejši kot medicinska napaka in ob ponovitvi lahko privede do resne škodljivost za pacienta. Najpogostejše nastanejo zaradi opustitve in napake izvršitve nekega dejanja, posega ali ukrepa (Robida, 2004). »Neželene dogodke v zdravstveni negi je velikokrat težko ločiti, ločeno reševati oziroma preprečevati od neželenih dogodkov v zdravstveni oskrbi pacienta, saj je pojav neželenega dogodka lahko posledica timske obravnave pacienta, ki jo izvajajo številni strokovnjaki v zdravstvu.« (Koban, 2006, 13). Neželeni dogodki so dogodki, ki imajo lahko neprijetne ali celo travmatične posledice. Njihova pojavnost predstavlja velik izziv organizacijam v smislu pravočasnega in ustreznega odziva na njihov nastanek ter primerno obravnavo njihovih posledic (Vincent, 2003).

Namen

Namen raziskave je bil raziskati neželene dogodke, ki obremenjujejo zaposlene v zdravstveni negi, kaj zaposleni ob neželenem dogodku s strani pacienta občutijo in katere intervencije ter ukrepi so bili izvedeni ob tem dogodku za zmanjšanje stresne reakcije pri posamezniku.

Metode

Za pregled literature smo uporabili bibliografske baze podatkov, uporabili smo tudi znanstvene in strokovne članke na konferencah z recenzijo, monografske publikacije ter druga zaključna dela in elektronske dokumente. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: stres/stres, stres na delovnem mestu/stres on position, neželeni dogodek/adverse events, zdravstvena nega/nursing care.

Za empirični prikaz smo uporabili opisno-neeksperimentalno raziskovalno metodo.

Opis instrumentarija

Podatki za raziskavo so bili zbrani s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki je bil sestavljen iz dveh delov. V prvem delu vprašalnika smo anketirance spraševali po demografskih podatkih, kot so spol, starost, delovno mesto, delovna doba in delovna doba na psihiatriji. Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz več sklopov oziroma šestih vprašanj, ki so nastala na podlagi predelane literature (Arandelovič et al., 2006; Čuk, 2008; Tomas et al., 2003). Anketiranci so s pomočjo ocenjevalne lestvice ocenjevali priložene odgovore. Ocene so sledile v zaporedju od 0 do 3, kjer je 0 pomenila – nikoli, 1 – včasih, 2 – pogosto in 3 – vedno. Izjema je bilo deseto vprašanje, ki je vsebovalo devet trditev, pri katerih so se anketiranci po sistemu ček-kontrolne liste odločali za podane odgovore da ali ne. Zanesljivost vprašanj je bila preverjena po posameznih sklopih s pomočjo koeficienta Cronbach α (alfa). Koeficienti Cronbach α so se nahajali znotraj 0,6 in 0,7, kar po literaturi predstavlja zadostno stopnjo zanesljivosti vzorca (Bullinger et al., 1996).

Opis vzorca

Izbor vzorca merjencev je bil izbran neslučajnostno – priložnostno. Anketne vprašalnike smo z dovoljenjem glavne medicinske sestre bolnišnice razdelili med zaposlene v zdravstveni negi (zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra, diplomirani zdravstvenik) v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Skupno je bilo razdeljeno 82 anketnih vprašalnikov na šest bolniških oddelkov, od tega je bilo vrnjeno 57 v celoti izpolnjenih vprašalnikov (69,50 % odzivnost). Vprašalnik je izpolnilo 44 zdravstvenih tehnikov/srednjih medicinskih sester (77,2 %) in 13 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov (22,8 %), od tega 12 oseb moškega spola (21,1 %) in 45 oseb ženskega spola (78,9 %).

Potek raziskave in obdelava podatkov

Anketiranje je potekalo en mesec, in sicer v času od 1. 12. 2010 do 31. 12. 2010. Na vsak bolniški oddelek smo razdelili toliko anket, kolikor zaposlenih v zdravstveni negi je bilo na dan 1. 12. 2010 aktivno prisotnih v delovnem procesu (seštevek zdravstvenih tehnikov/srednjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov). Anketiranci so izpolnjene ankete oddajali v zaprti ovojnici v anketni

zaboj, kar je zagotavljalo najvišjo stopnjo anonimnosti. Rezultati so prikazani na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve za kategorične dejavnike oziroma povprečne vrednosti (PV) in standardnega odklona (SD) za numerične dejavnike. Primerjava evalvacije mnenj po spolu, starosti in delovnem mestu je bila napravljena s pomočjo hi-kvadrata, t-testa za neodvisne vzorce, analize variance (ANOVA) in Pearsovega korelacijskega koeficienta glede na vrsto analiziranih dejavnikov. Statistična analiza je bila napravljena s programom SPSS 15.0. P-vrednost je pomenila statistično pomembnost.

Rezultati

Najpogostejši neželeni dogodki s katerimi se srečujejo zaposleni na delovnem mestu so žalitev, grožnje, heteroagresija, avtoagresija sledijo poškodbe inventarja, zdrsi/ padci in nastanek RZP.

Tabela 1: Neželeni dogodki, s katerimi se srečujejo zaposleni na delovnem mestu.

Neželeni dogodek	Mini	Maksi	PV	SO	Modus
Avtoagresija	0	3	1,32	0,549	1
Heteroagresija	1	2	1,49	0,504	1
Poškodbe lastnine	0	2	1,11	0,524	1
Poškodbe inventarja	1	3	1,23	0,464	1
Grožnje	1	3	1,72	0,590	2
Žalitve	1	3	1,84	0,591	2
Zdrsi/padci	0	2	1,30	0,566	1
Nastanek RZP	0	2	0,89	0,451	1

Legenda: Mini: najnižja vrednost, Maxi: najvišja vrednost, PV: povprečna vrednost, SD: standardni odklon, M: modus.

V Tabeli 2 so prikazani rezultati občutenj anketirancev ob pojavu neželenega dogodka s strani pacienta. Anketiranci so intenziteto pojavljanja občutkov ocenjevali s pomočjo ocenjevalne lestvice. Iz tabele 2 lahko sklepamo, da je minimalna vrednost znašala nič, maksimalna pa tri. Najpogostejše se pri anketirancih zaposlenih v zdravstveni negi ob neželenem dogodku pojavlja občutek nemoči (PV=1,32), sledi občutek strahu (PV=1,21), nato občutek ogroženosti (PV=1,14), občutek negotovosti (PV=1,12) in občutek jeze (PV=0,89). Kot šesti najpogostejši občutek ob neželenem dogodku s strani pacienta anketiranci navajajo občutek žalosti (PV=0,81), sledita občutek groze (PV=0,51) in občutek besa (PV=0,51), na dnu tabele pa najdemo občutek agresije (PV=0,32).

Tabela 2: Povprečna vrednost občutenj ob pojavu neželenega dogodka.

Občutek	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Občutek jeze	0	3	0,98	0,719	1
Občutek strahu	0	3	1,21	0,559	1
Občutek nemoči	0	3	1,32	0,631	1
Občutek negotovosti	0	3	1,12	0,629	1
Občutek žalosti	0	2	0,81	0,549	1

Občutek	Mini	Maxi	PV	SO	Modus
Občutek groze	0	2	0,51	0,601	0
Občutek besa	0	2	0,51	0,601	0
Občutek agresije	0	2	0,32	0,506	0
Občutek ogroženosti	0	3	1,14	0,667	1

Legenda: Mini: najnižja vrednost, Maxi: najvišja vrednost, PV: povprečna vrednost, SD: standardni odklon, M: modus.

Rezultati v Tabeli 3 kažejo, da diplomirane medicinske sestre/ diplomirani zdravstveniki kot najpogostejši ukrep za zmanjševanje stresnosti navajajo pogovor z vodilno medicinsko sestro v 61,5 %, medtem ko se zdravstveni tehniki/ srednje medicinske sestre pogovora z vodilno medicinsko sestro poslužujejo v 27,3 %. Hi-kvadrat test je med skupinama pokazal statistično pomembno razliko ($p=0,023$). Statistično pomembna razlika, ki jo prikaže Hi-kvadrat, se kaže tudi pri udeležitvi na timskem sestanku, zdravstveni tehniki/ srednje medicinske sestre se timskega sestanka udeležujejo precej manj pogosteje (13,6 %) kot diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki (53,0 %) ($p=0,002$). Diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki intervencijo pogovora s svojci pacienta izvajajo dokaj pogosteje (46,2 %) kot njihovi sodelavci zdravstveni tehniki/ srednje medicinske sestre (2,3 %). Statistično pomembna razlika je na nivoju ($p \leq 0,001$). Razlika med izvajanjem intervencije je očitna in v prid diplomiranim medicinskim sestram/diplomiranim zdravstvenikom.

Tabela 3: Absolutno število in delež intervencij/ ukrepov za zmanjšanje stresa glede na delovno mesto/izobrazbo.

Intervencije in ukrepi po neželenem dogodku (da v %)	ZT/SMS n=14	DMS/DZ n=13	p- vrednost
Terapevtski pogovor z udeleženci dogodka (da v %)	61,4	61,5	0,991
Supervizijsko srečanje (da v %)	2,3	7,7	0,351
Pogovor z vodilno medicinsko sestro (da v %)	27,3	61,5	0,023
Timski sestanek (da v %)	13,6	53,0	0,002
Predčasna zapustitev delovnega mesta (da v %)	0,0	0,0	/
Premestitev na drug oddelk (da v %)	2,3	0,0	0,583
Napotitev na specialistični pregled (da v %)	2,3	0,0	0,583
Bolniški stalež (da v %)	4,5	0,0	0,434
Pogovor s svojci pacienta (da v %)	2,3	46,2	<0,001

Legenda: ZT/SMS: zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra; DMS/DZ: diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik n: število anketirancev, p: p-vrednost.

Diskusija

Stres dan danes velja za bolezen sodobnega časa. Strokovnjaki na različnih področjih porabijo ogromno časa v namen proučevanja njegove pojavnosti in preprečevanja. Stres je osebna izkušnja, ki s svojim pojavljanjem vpliva na čustveno in fizično stanje osebe. Vsak posameznik skozi čas pri sebi izdela sistem za spoprijemanje in predelavo stresa. O tem, ali

bomo neko stresno situacijo uspešno predelali ali pa ja bomo v sebi potlačili in bo ta povzročila resno poškodbo na našem zdravju, je odvisno od naše izkušenosti, volje, profesionalnosti in osebnostne zrelosti (Selič, 1991; Selič, 2010). Poklic medicinske sestre velja za enega najbolj stresnih, saj je bil ocenjen z oceno 6,5 na lestvici od 0–10. Značilnost dejavnikov delovnega okolja, položaj medicinske sestre na delovnem mestu, specifičnost bolniškega oddelka, kjer je zaposlena, nove naloge, novi sodelavci so le nekateri obremenilni dogodki na delovnem mestu, ki obremenjujejo medicinske sestre in s tem povečujejo možnost nastanka stresa (Pittinger, 2002; Bilban, 2009). Anketiranci v raziskavi stres opisujejo kot nekaj neprijetnega in škodljivega njihovem zdravju. Opisujejo ga kot napetost, strah, razburljivost in nemir. V primerjavi odgovorov anketirancev, kaj za njih pomeni stres in kateri znanilci stresa so prisotni pri njih ob pojavu neželenega dogodka lahko, razberemo, da se odgovori med seboj prepletajo. Vsak posameznik stres opiše na sebi primeren način.

V naši raziskavi ugotovljamo, da anketiranci kot najpogostejši neželeni dogodek opisujejo verbalni nasilje, in sicer žalitve in grožnje. Navedena neželena dogodka se najpogosteje pojavljata na intenzivnih enotah sprejemnih oddelkov. Delno bi naše rezultate lahko primerjali z raziskavo Zeller et al. (2009), ki so ugotovili, da zaposlene v psihiatrični zdravstveni negi najbolj obremenjujejo agresivno vedenje in verbalno nasilje geriatričnih pacientov (grožnje, žalitve).

Glede na dobljene rezultate lahko sklepamo, da zaposlene žalitve in grožnje prizadejejo in imajo nanje negativen vpliv. Vsak neželeni dogodek, ki se pripeti v delovnem okolju, zmoti delovni proces, dodatno oteži delovne pogoje in postavi na preizkušnjo našo profesionalnost in strokovno znanje. Tukaj se nam poraja vprašanje, ali je neželene dogodke na delovnem mestu mogoče preprečiti. Nekateri neželeni dogodki na delovnem mestu, kot recimo zdrs/padec, nastanek razjede zaradi pritiska so predvidljivi, medtem ko neželenega dogodka, kot je izbruh agresije, verbalne in fizične grožnje s strani pacienta ni mogoče predvideti. Kobanova (2006) objektivne in subjektivne vplive na pojav neželenih dogodkov vidi v:

- vzrokih ki izhajajo iz lastnosti, zdravstvenega sistema organizacije, vodenja, odločanja, usposabljanja zaposlenih, pretoka informacij,
- vzrokih, ki jih povzročajo človeški viri,
- ranljivosti pacientov v času zdravstvene oskrbe in procesa ohranjanja njihove integritete. Po ugotovitvah Lapanje (2006) strategija preprečevanja neželenih dogodkov temelji na usmerjenem izobraževanju o strokovnega kadra, zgodnjem prepoznavanju znakov nasilnega vedenja, strokovnem ukrepanju ob pojavu neželenega dogodka, organiziranih dejavnostih, razbremenitvah osebja, holistični in timski obravnava ter posebni pozornost na osebe, ki so nagnjene k povzročanju neželenih dogodkov, ter mnoge druge.

Obvladovanje stresa zajema več področji, kot so intervencije in ukrepi za zmanjševanje stresa na delovnem mestu, spopadanje s stresom v domačem okolju, iskanje in odpravljanje stresorjev v naši okolici. Anketiranci kot najpogostejši ukrep za zmanjševanje stresnosti, ko se je na delovnem mestu pripetil neželeni dogodek, navajajo terapevtski pogovor z udeleženci neželenega dogodka. Sklepamo lahko, da se zaposleni najpogosteje poslužujejo terapevtskega pogovora v namen odkrivanja vzroka in preprečitev ponovnega pojava istega neželenega dogodka. Pomembno je tudi, da se pogovor opravi po določenem časovnem obdobju na istem mestu, kjer se je ta zgodil.

Zaključek

Anketiranci se stresnosti na svojem delovnem mestu zavedajo, jo obvladujejo in predelujejo. Kot najučinkovitejši način sproščanja in samoobvladovanja navajajo pogovor. Glede na to lahko povzamemo, da stres najlažje predelamo, če se o njem pogovorimo na mestu, kjer je nastal, in z osebo, ki je naš stres povzročila. Delovne in življenjske izkušnje, učenje, delovna doba, osebnostna rast skozi čas posamezniku omogočijo, da zna predvideti marsikatero nepredvidljivo situacijo in doseči zadovoljstvo na delovnem mestu z obvladovanjem okolja kot jih predstavljajo neželeni dogodki.

Literatura

- Arandelovič M, Ilić I. Stress in Workplace – Possible prevention. Facta Univ. 2006; 13 (3): 139–44.
- Bilban M. Kako prepoznati stres v delovnem okolju. In: Kavs A, Sima Đ, Kavčič BM, eds. Preprečimo, da nas strese stres na delovnem mestu – Strokovno srečanje; 2009 Okt 16; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester v managementu; 2009: 21–32.
- Čuk V. Zasnova obvladovanja neželenih dogodkov v procesu zdravstvene nege v psihiatričnih bolnišnicah [magistrsko delo]. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj; 2008. Dostopno na: <http://diplome.fov.uni-mb.si/mag/13107Cuk.pdf> (17. 4. 2010).
- Evropska komisija za zdravje in varnost pri delu. Stres, 2002–2006. Dostopno na: http://europa.eu/agencies/community_agencies/osha/index_sl.htm (17. 2. 2011).
- Knežević B, Golubić R, Milošević M, Matec L, Mustajbegović J. Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: Istraživanje u Zagrebu. Sigurnost; 2009; 51: 85–95.
- Koban B. Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vliv na kakovost dela. In: Čuk V, ed. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 13–7.
- Lapanja A, Mohar M. Neželeni dogodki v psihiatrični zdravstveni negi in strategija za zmanjševanje ponovnega nastopa neželenega dogodka. In: Čuk V, ed. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi – Strokovno srečanje; 2006 Okt 26; Maribor, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2006: 18–26.
- Peterka-Novak J, Bregar B, Možgan B, Vajda A. Dejavniki, ki povzročajo stres pri zaposlenih v zdravstveni negi. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izogibanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji 2010: 24–30.

- Robida A. Opozorilni nevarni dogodki. Zdrav Vestn. 2004; 73: 681–7. Dostopno na: <http://vestnik.sz.d.si/st4-9/st4-9-681-687.htm> (17. 4. 2010).
- Selič P. Stres in izgorelost: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Bregar B, Peterka-Novak J, eds. Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu – Seminar sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010 Nov 12; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2010: 7–19.
- Vincent C. Un Understanding and Responding to Adverse Events. N Engl J Med 2003; 348 (11): 1051–6. Dostopno na: http://www.marylandpatientsafety.org/html/collaboratives/perinatal/workshop_jan_25_2006/presentations/JeniferFaheyChartReviewHandout.pdf (15. 1. 2011).

Komunikacija v timu nujne medicinske pomoči

Communication in emergency medical team

Sabina Jelinčič, Tamara Štemberger Kolnik, Igor Karnjuš

Izvleček

Teoretična izhodišča: Komunikacija je pomemben dejavnik pri delu v zdravstvenem timu ekipe nujne medicinske pomoči. Predstavlja ključ do pozitivnega izida intervencij ter preprečevanja morebitnih napak. Namen raziskave je predstaviti komunikacijo kot osnovo za delo v zdravstvenem timu, ki deluje v urgentni medicini.

Metode: Izvedena je bila kvalitativna raziskava. Ciljna populacija so bili zdravstveni delavci, ki se vsak dan srečujejo s težkimi situacijami življenjsko ogroženih pacientov. Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranih intervjujev.

Rezultati: Intervjuvanci se zavedajo pomembnosti komunikacije znotraj tima in s sodelujočimi timi. Manj pozornosti posvečajo komunikaciji s pacientom, svojci in očividci na intervencijah, bodisi zaradi narave dela ali pa varovanja pacientovih podatkov.

Diskusija in zaključki: Komunikacija je ključnega pomena pri delovanju tima urgentne medicine. Člani urgentnega tima se med seboj dobro razumejo, občasno pa se pojavijo med njimi konflikti, ki so povezani z različnimi mnenji in stališči. Rešitev konfliktov temelji na dobri medsebojni komunikaciji.

Ključne besede: komunikacija, zdravstveni tim, ekipa nujne medicinske pomoči, skupina, medsebojni odnosi.

Abstract

Introduction: Communication is an important factor at work in the health care emergency medical teams. It presents the key to a positive outcome of intervention and prevention of possible errors. The purpose of the research is to present the communication as essential element for work in the health care team in emergency medicine.

Methods: A qualitative research was carried out. The target population was the health care staff, daily involved in patients' grave life threatening situations. The data was collected with structured interviews.

Results: The interviewees are aware of the importance of communication within both, a team itself and other teams. However, a dialogue with patients, their relatives and eyewitnesses remains a rather neglected segment of their work, either because of the nature of work, or to protect patient data.

Discussion and conclusion: The communication is the key factor for a successful functioning of emergency medical teams. The members of the emergency team understand well each other, but between them occasionally appear conflicts that arise from different opinions and views. Solution of conflicts is based on good mutual communication.

Key words: communication, healthcare team, emergency team, group, mutual relationships.

Uvod

Komuniciranje predstavlja eno bistvenih dejavnosti, ki omogoča obstoj in razvoj posameznika in različnih skupin ljudi, kot so na primer organizacije (Kavčič, 2002). Je opredeljeno kot proces, s pomočjo katerega ljudje skupno ustvarjajo in upravljajo družbeno stvarnost (Trenholm, Jensen, 2004), spremlja človeka skozi vse življenje in je ena bistvenih dejavnosti, ki omogočajo obstoj in razvoj. Osebe, ki med seboj komunicirajo, morajo biti med seboj uglašene, da bi dosegle namen in cilj komuniciranja (Možina, 2004), saj je komuniciranje dinamičen interakcijski proces, ki je sestavljen iz organiziranih, namernih dejanj in doživljajev udeležencev komunikacijske situacije (Finnegan, 2002). Adler in Rodman (2003) pravita, da o komuniciranju lahko govorimo, ko med udeleženci teče kontinuiran tok sporočil. Čeprav se življenje odvija v istem svetu in ljudje na nek način doživljajo podobne dogodke, svetu in dogodkom različne osebe pripisujejo različen pomen. Nanje se odzivajo s svojimi izkušnjami in prepričanju ter v skladu s kulturo, iz katere izhajajo. Dogodki in okoliščine so sami po sebi nevtralni. Negativni ali pozitivni pomen jim dajejo ljudje sami (Račnik, 2010). V zdravstvenem timu so to najprej medicinske sestre in zdravniki, ki so v zdravstvenem timu, kot pravita Klemenc in Pahor (2006), združeni po vertikali. Delo v zdravstvenem timu poteka usklajeno ne glede na hierarhično strukturo tima, vedno pa je v ospredju sodelovanje. Zmanjševanje hierarhije in povečevanje kolegialnosti kot posledica avtonomije krepita motiviranost in angažiranost. Polakova (1999) trdi, da je komunikacija bistveni dejavnik vsakega timskega dela, saj s svojo verbalno in neverbalno dimenzijo omogoča, usmerja, podpira ali celo zavira procese, ki so prisotni pri tiskem delu. Z raziskovanjem pomena komunikacije v zdravstvenih timih, predvsem v intenzivni terapiji in urgentnih stanjih, so Reader, Flin in Cuthbertson (2007) potegnili zaključek, ki potrjuje, da je v tiskem delu komunikacija ključnega pomena. Poudarili so predvsem napake, ki se pojavljajo pri delu v medicini, in varnost pacienta. V primerih dobre medsebojne komunikacije članov zdravstvenega tima se je zmanjšala prevalenca napak in povečala varnost pacienta. Zaupanja vredna zdravstvena organizacija naj bi med zaposlenimi razvila sistem spodbujanja in cenjenja strokovnega znanja (ne pa hierarhične strukture) ter razvoj kodnega sistema komuniciranja, ki omogoča hitro razumevanje zaposlenih v urgentnih situacijah (Conti, Dilaghi, 2006). Ustrezen slog sporazumevanja omogoča zdravniku in medicinski sestri vzpostavitev partnerskega odnosa in sodelovanje s pacientom, s čimer se občutno zmanjša tveganje za negativne izide dela. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu so preučevale Ovijač et al. (2006) in ugotovile, da sta bistvena elementa kakovosti dela v zdravstvu kakovost medsebojnih odnosov zaposlenih in zadovoljstvo z delom. Zdravstveni delavci ne morejo skrbeti za pacienta, če sami niso zadovoljni in nimajo opore.

Metode

Namen raziskave je predstaviti komunikacijo kot osnovo za delo v zdravstvenem timu, ki deluje v urgentni medicini. V slovenskem prostoru na področju tima nujne medicinske pomoči in komunikacije med člani tima v času intervencije še ni bila izvedena nobena tovrstna raziskava. Ob oblikovanju raziskovalnega dela nas je vodilo raziskovalno vprašanje: Kako komunikacija znotraj urgentnega tima vpliva na učinkovitost njegovega dela? Ciljna populacija so bili zdravstveni delavci, ki se vsak dan srečujejo s težkimi situacijami življenjsko ogroženih pacientov. Podatke smo zbirali s pomočjo intervjujev. Vodilo pri intervjujih je bil pripravljen polstrukturirani vprašalnik. Izvedli smo pet intervjujev z zdravstvenimi delavci v timu nujne medicinske pomoči in urgentne ekipe v splošni bolnišnici. Intervjuji so potekali junija 2011.

Rezultati in diskusija

Na podlagi prepisanih intervjujev smo oblikovali kategorije, ki smo jih razvrstili v štiri glavne in več podkategorij. V prispevku predstavljamo le kategorijo *Komunikacija v timu*, ki smo jo razdelili na štiri ključna področja: *Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstvenem timu*, *Komunikacija med delovnim timom*, *Reševanje konfliktov in komunikacija med drugimi urgentnimi timi* in *Komunikacija med pripravo ekipe nujne medicinske pomoči na intervencijo*.

Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstvenem timu

Polakova (34) trdi, da je komunikacija bistveni dejavnik vsakega timskega dela. Najpogostejši obliki komuniciranja sta verbalno in neverbalno komuniciranje. Kot pravi Baguley (1994), verbalno komuniciranje za sporazumevanje uporablja besede. Besede se lahko izražajo z govorom ali s pisanjem. Če se komunicira z govorom, sporazumevanje poteka hitreje, saj je povratna informacija hitrejša. Pri neverbalnem komuniciranju gre za vrsto komuniciranja, kjer se ne uporablja besed. Način tega komuniciranja je z vsemi človekovimi čuti. Poleg čutov so pomembni še prostor, čas in predmeti. Neverbalno komuniciranje je veliko težje, ker besede lahko zbiraš, medtem ko kretnje in mimika povesta veliko več kot katera koli beseda, saj izražanje čustev, kot so veselje, razočaranje, žalost, jeza in drugo, človeški obraz zelo težko skriva. Zato je v večini primerov neverbalna komunikacija veliko bolj iskrena in realna. Intervjuvanci navajajo: »Potrebna je verbalna in neverbalna komunikacija, saj tudi z neverbalno komunikacijo sporočamo, ali smo do pacienta oziroma situacije empatični ali brezbržni« (Z1). In: »... pomembni sta tako verbalna kot neverbalna komunikacija. Med samo intervencijo večkrat pride v poštev neverbalna komunikacija. Zakaj? Zato, ker to pomeni, da se med seboj že tako dobro poznamo, da točno vemo, kdo bo kaj /.../ čeprav je to težko, ker je vsako reševanje primer zase« (Z2). Intervjuvanci si želijo, da bi med intervencijo prevladala predvsem neverbalna komunikacija, saj s tem dokazujejo, da je njihov tim zares dobro uigran. In navajajo: »... tako bom rekel, da bi si želel, da bi v bodoče vedno več delal v čim manj verbalni komunikaciji« (T1). Ter: »Verbalna komunikacija je pomemben faktor v timu, da vedo vsi točno, kaj delajo, kaj morajo narediti v danem trenutku /.../ če pa preideš k neverbalni komunikaciji, to pomeni, da je tim že tako utečen, da se že toliko pozna, da funkcionira že tako dobro, da v bistvu vsak posameznik točno ve, kako drugi posameznik funkcionira v timu, in bo vsak en korak pred drugim« (Z3).

Komunikacija med delovnim timom

Klemenc in Pahor (2006) pravita, da je ekipa, ki sodeluje v zdravstvenem timu, med seboj združena po vertikali. Delo, ki ga opravlja zdravstveni tim, mora potekati usklajeno, pa naj bo to na hierarhični ali sodelovalni način. Res pa je, da sodelovalni način prinaša večje zadovoljstvo in tako tudi boljšo kakovost dela; kot pravijo intervjuvanci, se v timu razumejo dobro – *»razumevanje je obojestransko«* (Z1) –, predvsem pa se razumevanje širi tudi na druženje v prostem času. *»Med intervencijo se osredotočamo na delo s pacientom in na dano situacijo,«* (Z1) poudarjajo intervjuvanci in še dodajajo: *»V našem timu je komunikacija spoštljiva, med seboj se pogovarjamo odkrito in tudi po vsaki intervenciji sedemo za mizo in prečesmo celotno akcijo, s tem skušamo odpraviti morebitno napakico, ki se nam je pripetila, in izboljšati kakovost dela«* (Z2). In: *»Komunikacija v timu poteka spoštljivo, vendar bolj na osnovi prijateljstva. /.../ Ne čuti se nobene hierarhije, jaz sem zdravnik, vi ste samo sestre, vsi smo enakovredni, saj tako tim najbolj deluje«* (Z3).

Reševanje konfliktov in komunikacija med drugimi urgentnimi timi

Conti in Dilaghi (2006) pravita, da je komunikacija v zdravstvenem timu med strokovnjaki, ki bi morali delati skupaj, vitalnega pomena. Redke so zdravstvene ustanove, da se lahko pohvalijo z tem, da se niso znašle v konfliktih zaradi neusklajenega delovanja ljudi. Nekomunikacija med člani tima je nemoralna do zaposlenih in ogroža varnost pacienta. Tudi intervjuvanci navajajo, da pride kdaj do konflikta med drugimi urgentnimi ekipami, s katerimi sodelujejo, vendar je njihov odnos do vseh enak in korekten. Tako pripovedujejo: *»V glavnem se vse zmenimo, če pride kdaj do trenutnega kratkega stika oziroma nesporazuma, potem se ta kar hitro reši, tako da ni večjih problemov v komunikaciji. /.../ Med tehniki komunikacija poteka v redu, ker se poznamo, glede na to, da že vrsto let sodelujemo, in zato se poznamo karakterni in se vsak prilagodi in komuniciramo v redu«* (Z1). In: *»Ker sem sama spoštljiva, pričakujem to tudi od drugih, če tega ne dobim, nastopim tudi sama bolj ostro«* (Z1). Ovijač et al. (2006) so preučevale, kakšno je sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov v zdravstvenem timu, in med drugim ugotovile, da so medsebojni odnosi zaposlenih in zadovoljstvo z delom bistveni elementi kakovosti dela v zdravstvu. Zdravstveni delavci ne morejo skrbeti za pacienta, če sami niso zadovoljni in nimajo opore. Intervjuvanci o sodelovanju z drugimi timi pripovedujejo takole: *»Pri sodelovanju med drugimi zdravstvenimi timi moram reči, da zaenkrat nimam nekih slabih izkušenj. Ko pacienta pripeljemo v bolnišnico, na primer v Klinični center, nas vedno že pričaka ekipa. Tehnik se pogovori z medicinsko sestro, zdravnik z zdravnikom, in to je to. /.../ Komunikacija, sploh pred pacientom, mora potekati spoštljivo, ker je sicer pacient še bolj paničen in stanje se mu lahko hitro poslabša«* (Z2). In: *»Pri svojem delu komuniciram z drugimi zdravniki, z drugimi reševalnimi postajami, s policijo, gasilci, socialno službo. Izražam se jasno, razumljivo, odločno in spoštljivo. /.../ Vedno povem, kakšno je stanje pacienta in kako pričakujem, da nas dočakajo«* (Z1). Iz vseh intervjujev lahko razberemo, da je sodelovanje med ekipami zadovoljivo. Včasih pa pride do nesoglasij s timi, ki prihajajo v Slovenijo iz drugih držav. Takole navajajo: *»Komunikacija z drugimi timi se mi zdi korektna, razen s tistimi timi, ki ne prihajajo iz te države, predvsem bi tukaj izpostavila enote, ki prihajajo iz Hrvaške. /.../ Z našimi timi smo nekoč imeli dorečeno, kdaj se pokliče, kateri so tisti relevantni podatki, ki jih mi potrebujemo. V njihovih primerih pa so v bistvu poklicali bodisi prepozno oziroma sploh niso poklicali in smo se mi potem morali na hitro zorganizirati, ko so oni bili na mestu dogodka«* (T2). Le eden od

intervjuvancev ni povsem zadovoljen s predajo pacienta. Takole navaja: *»Velikokrat so takšne komunikacije, zelo po domače povedano, šlampaste, nepopolne, tudi nestrokovne znajo biti. Veliko mojih kolegov ni navajenih na določene protokole in na določene kode in jih tudi ne znajo uporabljati. /.../ Marsikdaj ti ne znajo povedati bistva, zanima te trenutno stanje pacienta in ne, kaj je bilo pred desetimi leti, tako da imamo včasih resne težave zaradi tega. /.../ Saj vem, da je stanje pacienta na terenu težko določati, pa vseeno bi se morali bolj potruditi«* (Z3). Vranešević (2005) navaja, da mora zdravstveno osebje, predvsem takrat, ko govorimo o obravnavi pacienta, ki je življenjsko ogrožen, dobro obvladovati klinične veščine, veščine sporazumevanja s pacientom in veščine hitrega ter ubranega sodelovanja s timom. Delovanje tima v nujni medicinski pomoči se občutno izboljša, če so odgovornosti jasno določene in se posamezniki pri svojem delu podpirajo. Noč (43) navaja, da je pri horizontalnem vodenju take krizne situacije zelo pomembno, da vsak član tima pozna svoje naloge, ki so že vnaprej določene. Te pa lahko pozna samo s standardiziranimi postopki. Tudi naši intervjuvanci so nam pripovedovali o standardiziranih postopki oziroma protokolih, ki so jim pri izvajanju pomoči v pomoč. Takole navajajo: *»Saj pravim, nek protokol je bil v grobem spisan, v glavnem je bil tudi enkrat bolj podroben protokol«* (T1). In: *»Glede na to, da s svojim timom delam že vrsto let, smo se v tem času dogovorili tudi za določene protokole, kako postopati v določenih primerih na terenu, tako je potrebnih manj razlag. /.../ Drugim timom jasno povem, kaj želim, če to situacija zahteva. V določenih primerih je potrebno to (tudi po zakonodaji) pisno podati«* (Z1). Ter: *»Ja, nek protokol obstaja, ne gre pa se vedno ravnati po njem, na terenu je to težko, večkrat so mesta težko dostopna«* (Z2). Vranešević (2005) še dodaja, da je ključnega pomena pri podajanju navodil za delo, da so podana v jasnem, razumljivem jeziku in predvsem nedvoumno. Pri izvajanju določenih opravil ali dajanja zdravilnih učinkovin morajo zdravnik, medicinska sestra ali zdravstveni tehnik na glas povedati, kaj počnejo, ker se samo tako poveča varnost in učinkovitost ekipe pri delu. Tako pripovedujeta tudi dva izmed intervjuvancev: *»Med samim timom jasno in na glas povem tehniku, katera zdravila mora dati, in tukaj mislim, da ko zdravilo aplicira, mora na glas potrditi, da je delo opravljeno«* (Z1); *»Da je prav, pri naročenih posegih oziroma terapiji, se na glas reče, damo to in to, ko oseba to naredi, tudi na glas pove, da je narejeno«* (Z2). S temi trditvami soglašajo tudi preostali.

Komunikacija med pripravo ekipe nujne medicinske pomoči na intervencijo

Ekipa nujne medicinske pomoči je v stalni pripravljenosti na intervencijo. Sama priprava ekipe se začne ob nastopu in prevzemu službe od predhodne ekipe. Preverjajo delovanje aparatur v bolniškem delu, založenost potrošnega materiala in založenost ampularija z vsemi nujnimi zdravili, kakor tudi brezhibnost samega reševalnega avtomobila. Ob ugotovitvi pomanjkljivosti na in v vozilu je potrebno te odpraviti ali pa zamenjati vozilo. Ugotavljanje napak ali manjka opreme in potrebnega materiala na sami intervenciji je nedopustno in po nepotrebnem ogroža pacienta, zaposlene in znižuje raven kvalitete same oskrbe oziroma izvedbe intervencije (Tomažič, 2011). Ekipa prehospitane enote in ekipa nujne medicinske pomoči v bolnišnici nikoli ne vesta, s čim ju bo dan presenetil. Zato je pomembno, da vedno po predaji službe preverijo in si pripravijo delovno okolje, da jih kasneje kaj ne presenetijo, saj so za pacientovo preživetje lahko pomembne sekunde. Ko pa zazvoni telefon, je v prehospitalni enoti potrebno globoko zadihati, se skoncentrirati, sesti v reševalno vozi-

lo in se odpeljati na kraj dogodka. Intervjuvance smo povprašali, kako se oni pripravljajo na intervencijo; tako pripovedujejo: »V osnovi verjetno vsak od tehnikov sodeluje tako, da če že gre ven, želi vedeti že v avtu, kakšen je bil klic in kakšna je bila ta anamneza po telefonu, tako da se tudi med potjo večkrat dogovarjamo, kaj bi od opreme vzeli s sabo, da bi imeli prvi trenutek vse, kar potrebujemo« (T1). In: »Vnaprej se stoprocentno nikoli ne ve, kaj se bo delalo. Iz klica lahko sumiš, kaj lahko pričakuješ, in se s tem na primer pripraviš na reanimacijo (imamo izdelano, kaj kdo odnese iz avta do pacienta, kdo je zadolžen za defibrilator, kdo za kisik, kdo za nosila ...). Potem pa vidiš sproti, kako se odvija situacija« (Z1). Ter: »Nikoli stoprocentno ne veš, kaj te na dogodku čaka, ravnaš se po tem, kar so ti sporočili po telefonu, na primer, če pacient ne diha, potem začneš s temeljnimi postopki oživljanja, potem pa vidiš, kako se situacija naprej odvija« (Z2). V bolnišnici priprava na delo oziroma prejem pacienta poteka malo drugače. Ekipa prehospitalne enote običajno telefonsko obvesti urgentno ekipo v bolnišnici, da vozijo pacienta, in pove, kakšno je njegovo stanje ter čez koliko časa predvidevajo prihod v ustanovo. Običajno imajo zaposleni čas, da se na hitro zorganizirajo. Intervjuvanca tako navajata: »Poskušaš v čim krajšem času pridobiti tiste relevantne informacije, ki ti pridejo v poštev pri obravnavi pacienta, se pravi od prehospitalne enote do nas, od nas potem bodisi do oddelka ali pa drugih enot. Ko pridobimo informacijo, ki bi jo morali predati tudi drugim, potem se jo poskuša pravočasno tudi posredovati, registracijo, sprejem klica prehospitalne enote, da vozijo pacienta, ki je brez zavesti, intubiran, akcija je prisotna. /.../ Se pravi, da se predvideva, da bomo potrebovali ventilator, med čakanjem obvestimo intenzivno enoto, zato da se tudi oni zorganizirajo, da pripravijo vse potrebno oziroma da so v tem kratkem času, če ni bilo prostega ventilatorja, nekaj naredili, na primer: pacient je lahko intubiran in lahko trenutno že samostojno diha, vendar je ventilator zraven njega, zato ker on ni ekstubiran in ni definitivno izklopljen, prehodno se zadeva potem prilagaja« (T2). In: »Glede na dano situacijo vidiš potek dogajanja oziroma dogodek in pri tem ti je jasno, kako začneš, potem pa se nadaljnji ukrepi razvijejo sami. No, pa tudi, malo se že prej zorganiziraš, če ti zdravnik po telefonu kaj več pove, kaj ti vozi, na primer« (Z3).

Zaključki

V zdravstvenem timu, ki deluje na področju nujne medicinske pomoči, se zaposleni velikokrat srečajo s specifičnimi delovnimi situacijami, v katerih je potrebno hitro, zbrano in usklajeno reagiranje vsakega posameznega člana tima. Za učinkovito delovanje v prid pacienta je pomembna komunikacija med člani tima, kot so povedali, predvsem neverbalna. Morda pa bi bilo smiselno oblikovati komunikacijske znake, ki bi bili namenjeni vsem timom urgentne medicine in bi pripomogli k hitrejši in učinkovitejši komunikaciji med člani tima predvsem v urgentnih primerih.

Literatura

- Adler R B, Rodman G. Understanding human communication. New York: Oxford University Press; 2003.
- Baguley P. Effective Communication For Modern Business. Maidenhead (Berkshire): McGraw-Hill Book Company Europe; 1994.
- Conti A A, Dilaghi B. Errore in medicina. Medicina Italia. 2006; 3 (2). Dostopno na: <http://www.salute.toscana.it/sst/grc/mind-03.pdf> (1. 12. 2010).

- Finnegan R. *Communicating: The Multiple Modes of Human Interconnection*. Abingdon, Oxon, New York: Routledge; 2002.
- Kavčič B. *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta; 2002.
- Klemenc D, Pahor M. *Povezovanje poklicnih skupin kot pogoj za uvajanje kakovosti v zdravstvu*. Portorož: Management v zdravstvu; 2006.
- Možina S, Tavčar M, Zupan N, Knežević AN. *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja; 2004.
- Ovijač D, Škrabl N, Kobilšek P, Cevc M, Pahor M. *Sodelovanje v slovenskem zdravstvu iz ptičje perspektive*. In: Pahor M, Klemenc D, Šmitek J, eds: *Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2006; 218–234.
- Polak A. *Prispevek psihologije v procesu spodbujanja in razvijanja timskega dela v šoli Ljubljana*. *Psih Obzor*. 1999; 8 (4): 27–35.
- Račnik M. *Postani najboljši vodja*. Štore: Vodja si, treningi vodstvenih veščin; 2010.
- Reader T W, Flin R, Cuthbertson B. *Communication skills and error in the intensive care unit*. *Curr Opin Crit Care*. 2007; 13 (6): 732–736.
- Tomažič M. *Obravnava pacienta z epileptičnim napadom v prehospitalnem okolju [diplomsko delo]*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.
- Trenholm S, Jensen A. *Interpersonal communication*. New York, Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Vranešević T. *Komunikacija v službi nujne medicinske pomoči*. In: *Življenjsko ogrožen pacient – nujni ukrepi: zbornik predavanj*. Čatež: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci; 2005: 141–144.

Pomen intervizije za zaposlene na področju zdravstvene nege starejših

The importance of intervision for the staf in the field of nursing the elderly

Renata Koren, Rudolfa Oprešnik, Janja Marzel, Mitja Hrastnik,
Danica Železnik

Povzetek

Delovne razmere in obremenitve močno vplivajo na počutje zaposlenih v domovih za starejše in s tem na kakovost dela, ki ga opravljajo. Vplivajo tudi na medosebne odnose, kar lahko povzroča izgorevanje na delovnem mestu. Prispevek prikazuje dva primera s področja zdravstvene nege in oskrbe starejših ter intervizijsko srečanje kot proces in metodo dela oziroma učenja za izboljšanje kakovosti dela in medosebnih odnosov. Vedno hitrejši ritem dela, preobremenjenost in pomanjkanje kadra prinašajo zaposlenim na področju zdravstvene nege in oskrbe v domovih za starejše velike fizične in psihične obremenitve. S pomočjo intervizije se udeleženci s problemom soočijo, se odkrito pogovorijo, izrazijo svoje občutke ter poskušajo poiskati primerne in učinkovite rešitve. Spoznanje, da je pomembno probleme pravočasno prepoznati ter se o njih odkrito in konstruktivno pogovoriti, kar intervizija omogoča, je ključnega pomena za razbremenitev zaposlenih v domovih za starejše.

Ključne besede: obremenitve, supervizija, intervizija, zdravstvena nega, oskrba.

Abstract

Working conditions and burdens greatly influence the welfare of the staff in homes for elderly people, and consequentially they influence the quality of the staff's work as well as their relationships, which can cause burning out in the work place. The contribution shows two cases from the field of nursing and care of the elderly and the intervisional meeting as a process and method of work or learning for improving the quality of work and relationships. An increasing work rhythm, overburdened, and lacking of staff bring great physical and psychological stress to the staff in the field of nursing and care in homes for elderly people. With the help of intervision the participants face the problem, talk about it, express their feelings, and try to find appropriate and effective solutions. The realization that problems need to be recognized in time and to openly and constructively discuss them, which the intervision enables, is of key importance for relieving the staff in homes for elderly people.

Key words: burdens, intervision, nursing, care.

Uvod

Skoberne (1996) navaja, da večina medicinskih sester čuti preobremenjenost pri delu in da so med najbolj stresnimi dejavniki problemi, povezani s pacienti. Marsikdaj pa stres – napovedujoča grožnja – ne izhaja iz zdravstvene nege bolnika, temveč tudi od kolegic v stroki oziroma celotnega zdravstvenega tima. Medicinske sestre bi si morale pri tem medsebojno pomagati, stalno gojiti in prečiščevati svojo občutljivost do bolnikov in sodelavcev, da se udejanji kultura zdravstvene nege, ki bo omogočila zaposlenim, da v primernem okolju drug drugemu sproščeno izrazijo svoja čustva v času stresa. Supervizija s svojim sistematičnim pristopom omogoča, da prizadeti ta čustva razišče (Skoberne, 1996).

Supervizija ima poleg navedene še druge pomembne funkcije: lahko je zelo učinkovito orodje za zagotavljanje uspešnosti delovne organizacije preko učinkovitosti in osebnega zadovoljstva zaposlenih ter zadovoljstva odjemnikov storitev organizacije. Zaradi refleksijskega in kontinuiranega sistema učenja predstavlja mehanizem za učinkovit in usmerjen strokovni in osebni razvoj človeških resursov na podlagi izmenjave izkušenj med strokovnjaki znotraj procesa supervizije ter mehanizem za hitro prilagajanje tržišču, raziskovanje in uvajanje inovacij. V luči umestitve supervizije v organizacije oziroma prakso torej ni moč govoriti le o funkciji supervizije kot orodja za razreševanje stisk, ki izhajajo iz poklicnega stresa, temveč o umestitvi supervizije v organizacijo glede na njen ekonomski namen poslovanja. Zaradi tega je, vsaj s stališča ekonomskih namenov (in s tem interesov za uvajanje supervizije) različnih zdravstvenih sistemov, razumljivo, zakaj se je supervizija v zdravstveni negi primarno uveljavila v Združenih državah Amerike, kjer gonilo za uvajanje predstavlja zahteva po učinkovitem dobičkonosnem poslovanju, medtem ko se v slovenskem in primerljivih zdravstvenih sistemih, npr. v Veliki Britaniji, (še) ni uveljavila, saj gre v slednjih za sistem, kjer so subjekti, ki ju tvorijo, v celoti ali bistvenem delu definirani kot nepridobitne organizacije (Salomon, 1996; Tavčar, 2005).

Supervizija kot spodbuda razvoju in osebnostni ter poklicni rasti poudarja možnost vsakega posameznika, da na sebi lasten način odkriva svoje vzorce delovanja, mišljenja in čustvovanja ter s tem svojo edinstvenost in vloge v okolici. Gre za logičen in razumski pristop za iskanje celostne podobe, ki vključuje tudi osebno zaznavanje in doživljanje (Kobolt, 1995). Beseda je latinskega izvora (*super* = nad; *videre* = zreti) in dobi natančnejši pomen šele na delovnem področju oziroma v praksi, v smislu pogleda na naše delo od zgoraj navzdol ali z razdalje (Kobolt, Žorga, 1999).

Supervizija je pri nas, vsaj formalno, pred nekaj leti našla svoje mesto in jo razumevamo predvsem kot nujni pogoj za kvalitetno strokovno delo v profesijah, katerih cilj je pomoč sočloveku, in kjer je odnos do uporabnika bistvena sestavina delovnega procesa (Kobolt, Žorga, 1999). Supervizija je posameznikova refleksija o tem, kar poklicno vidi, misli, čuti in dela z namenom, da se zave lastnih miselnih in vedenjskih strategij, pridobi nove vidike, da vidi svoj delovni prostor obogaten z drugačnimi alternativami, in da se zmore zavestno odločati za spremembe pri svojem delu. Namen tovrstne supervizije je bolje obvladati prakso, kar pomeni, da se supervizija posveča zlasti motnjam in problemom, ki so vezani na poklicno polje (Kobolt, 1995). Supervizija je reflektiven proces, skozi katerega profesionalci stopnjujejo svoj osebni in delovni razvoj. Njena naloga je spodbuditi učenje s pomočjo refleksije, na način, ki nas bo povezal ne samo z novim znanjem in tehničnimi sposobnostmi, temveč tudi z našimi čustvi in intuitivnimi odgovori.

V supervizijskem procesu neposredno sodelujejo supervizor in supervizant oziroma supervizanti, kadar gre za skupinsko supervizijo. Posredno je udeležen tudi uporabnik in celotno delovno okolje supervizanta (Milošević Arnold, 1999).

Supervizija v zdravstveni negi

Zdravstvena nega sodi med skrbstvene poklice z značilno visoko stopnjo poklicnega stresa in s tem povezanimi negativnimi posledicami, ki dolgoročno nerešene zmanjšujejo kakovost dela, zdravstveno stanje in osebno zadovoljstvo medicinske sestre oziroma zdravstvenika. (Klančnik Gruden, 2003). Preprečevanje in konstruktivno reševanje omenjenih težav je v praksi zdravstvene nege možno z uporabo strukturiranih mehanizmov podpore, znanih pod imenom supervizija.

Zdravju, počutju, razpoloženju in vitalnosti prijazno delovno, poslovno in socialno okolje odločilno vpliva na poslovno in strokovno perspektivo profesionalno aktivne populacije na pragu enaindvajsetega stoletja. Poslanstvo zdravstvene nege se kaže v skrbi za druge, kar je njeno bistvo in osrednja vrednota (Hajdinjak, Meglič, 2006). Delovni pogoji in narava dela se danes spreminjajo hitreje kot kdajkoli prej, zato je pojavnost stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi vse večja. Dejavniki negativnega vzorca stresa, kot so soočanje s hudim človeškim trpljenjem in smrtjo, slaba medsebojna komunikacija, slabi delovni pogoji, slabo plačilo za odgovornost pri delu in drugo, močno vplivajo na splošno zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi (Sotirov, Železnik, 2011).

S pomočjo supervizije lahko medicinska sestra vnaša na področje svojega dela pozitivne spremembe, ki ne bo do vplivale samo na dobro počutje pacientov, temveč tudi na njeno lastno občutenje dela in življenja (Železnik, 2003).

Supervizija se v svetu razvija zlasti na tistih področjih, kjer so strokovni delavci v tesnih odnosih z ljudmi in kjer je človeško-strokovni stik tisti, ki medialno posreduje strokovnjakova znanja z namenom suporta, pomoči, intervencij in terapije različnih težav in stanj. Namen njene uporabe je profesionalna in osebnostna integracija ter napredujoče profesionalne kompetence strokovnih delavcev. Kot metoda, ki omogoča refleksijo, prispeva k preprečevanju tako imenovanega sindroma pregorevanja, tako značilnega za delavce na tem strokovnem polju (Erzar et al., 1999).

Zdravstvena nega je lahko emocionalno zelo zahtevna. Vsili zahteve okolja, poleg tega pa nekatere medicinske sestre preveč pričakujejo od same sebe (Železnik, 2003).

S pomočjo supervizije lahko medicinska sestra vnaša na področje svojega dela pozitivne spremembe, ki ne bodo vplivale samo na dobro počutje bolnikov, temveč tudi na njeno lastno občutenje dela in življenja (ibid).

Intervizija

Intervizija je metoda učenja in vrsta supervizije, ki ima svoje značilnosti. Henk Hane-kamp pravi, da je intervizija »metoda učenja, pri kateri mala skupina kolegov s podobno stopnjo profesionalne usposobljenosti in delovnih izkušenj opravlja supervizijo drug z drugim, s pomočjo vprašanj, ki se porajajo v njihovem delovnem okolju. Intervizija je torej vrsta supervizije, v kateri nobeden od sodelujočih ne prevzame stalne vloge supervizorja« (Hane-kamp cit po Arnold et al., 1999).

Prednosti intervizije

- Delo poteka v majhni skupini profesionalcev, kar pomeni, da jo je enostavno organizirati v vsakem delovnem okolju.
- Člani intervizijske skupine so po svojem statusu, znanju in izkušnjah pravilom izenačeni, kar pozitivno vpliva na vzdušje v skupini.
- Vloga supervizorja ni stalna, izmenično jo prevzemajo vsi člani intervizijske skupine.
- Vsebina intervizije se vedno nanaša na konkretne delovne izkušnje članov skupine, ki so zanje aktualne rešitve, ki jih skupina skuša iskati, pa za supervizanta (intervizanta) tudi takoj uporabne.
- Na intervizijskih srečanjih se razpravlja o problemih, ki so povezani z delom, in ne o tistih, ki izhajajo iz osebnega življenja.
- Intervizija daje možnosti, da se člani ne učijo le iz lastnih izkušenj, temveč tudi iz izkušenj drugih.
- S pomočjo intervizije udeleženci spoznavajo načine ravnanja ter reagiranja kolegov v različnih profesionalnih vlogah in odnosih z uporabniki.
- Skozi intervizijski proces se člani učijo reflektiranja. Ko sistematično razčlenjujejo posamezne dogodke, se jih spominjajo in podoživljajo svoja čustva ob njih.
- S pomočjo intervizije se razvija odgovornost strokovnih delavcev. Cilj tega procesa je, podobno kot pri drugih supervizijah, večja avtonomnost strokovnjakov (Arnold et al., 1999).

Intervizija je oblika učenja, ki terja le nekaj usposabljanja ter čas, ki ga člani potrebujejo za srečanja in priprave nanja. To pomeni, da lahko intervizijo brez večjih vlaganj in porabe časa tudi takoj vnesemo v prakso. Intervizija pomeni neposredno spoznavanje različnih profesionalnih vlog, ki jih člani opravljajo, njihove uspešnosti pri tem, stisk in občutkov nemoci ob neuspehih ter iskanje novih strategij (prav tam).

Primeri intervizije

Štirje študenti 3. letnika izrednega študija smo se zbrali na intervizijskem srečanju. Vsebina srečanja je bila aktualna problematika dveh študentov, zaposlenih v domu starejših. Kot navaja Kobolt (2004), je intervizijska metoda učenje, pri katerem majhna skupina kolegov s podobno stopnjo profesionalne usposobljenosti in delovnih izkušenj opravlja supervizijo drug z drugim s pomočjo vprašanj, ki se pojavljajo v delovnem okolju.

Predstavitev primera 1

Na delovnem mestu, kjer sem zaposlen, prihaja pri večjem številu kolegov do pogostih odsotnosti zaradi bolezni. Število stanovalcev, ki potrebujejo oskrbo, pa je seveda bolj kot ne isto. V zadnjem letu se tako konstantno pojavlja pomanjkanje kadra, kar povzroča pri zaposlenih utrujenost, ki že prehaja v izčrpanost in izgorevanje. Posledično se pojavlja nezadovoljstvo, ki vodi v nesporazume med sodelavci. Vse to vpliva tudi na kakovost zdravstvene nege. Ker se pomanjkljivosti zavedam, sem, tako kot ostali sodelavci, še bolj nezadovoljen in v začaranem krogu. Na eni strani se zavedam potreb stanovalcev, po drugi strani sem, zaradi navedenega, omejen pri njihovem zadovoljevanju. Pri nadrejenih ni posebnega razumevanja za naše težave, niti ne cenijo tega, da se trudimo in vlagamo veliko naporov, da bi bilo naše delo kljub vsemu opravljeno profesionalno in kakovostno. Ves čas razmišljam,

da stanovalci ne bi smeli občutiti problemov, ki se pojavljajo zaradi organizacije dela in pomanjkanja kadra, vendar ne vidim učinkovite rešitve.

Intervizijsko vprašanje: Kaj lahko storim, da se moje nezadovoljstvo ne bo še poglobljalo, da se ne bo odražalo v odnosu do stanovalcev?

Analiza problema – člani skupine so postavili vprašanja:

- Ali si vztrajen pri opozarjanju odgovornih na nevzdržne razmere, ali pričakuješ, da bi morali sami zaznati problem?
- Ali se o vzrokih za nezadovoljstvo in nesporazume sodelavci med seboj pogovarjate?
- Kaj narediš sam za premagovanje nezadovoljstva?

Vprašanj je bilo veliko, vendar nas je supervizorka opozorila, da bi lahko porabili preveč časa.

O problemu smo se opredelili posamezno, in sicer tako, da smo napisali možne rešitve, ki smo jih kasneje v tretji fazi tudi predstavili.

- Odgovorne je potrebno vztrajno in argumentirano opozarjati na problem.
- Odgovorne je treba pozvati odgovorne, da se s problemom soočijo in čim prej najdejo čim boljše možne rešitve (zagotoviti primerno število delavcev).
- Odkriti pogovori s sodelavci bi lahko zmanjšali nezadovoljstvo in preprečili marsikateri nesporazum.
- Medsebojna pomoč in sodelovanje pri delu lahko zmanjšata obremenitve posameznika.

Predstavitev primera 2

Ves čas mojega službovanja se srečujem s starostniki in njihovimi vedenjskimi spremembami. Demenca je pogosta oblika motnje, ki se pojavi v starosti. Ne prizadene samo osebe, ki za to boleznijo zbolijo, ampak tudi njene svojce. Osebe z demenco potrebujejo ob sebi nekoga, ki jih razume, jih zna voditi, zna utrjevati njihov spomin, jim da čutiti pomembnost in jih pri tem ne omejuje. Vsa znanja o demenci sem pridobila na izobraževanju v domu starostnikov, kjer sem zaposlena. Zavedam se, da je pravilno delo s temi osebami še kako pomembno. Kljub pomanjkanju in preobremenjenosti kadra se trudimo, da ti stanovalci tega ne občutijo. Zavedamo se, da dajanje občutka pomembnosti in ohranjanje njihove sposobnosti podaljšuje mobilnost in samooskrbo. V ustanovi, kjer sem opravljala klinično usposabljanje, pa sem imela občutek, da delavci tega dela sploh ne znajo opravljati. Delajo serijsko, rutinsko, kot roboti, preveč glasno in brez prave komunikacije. Ker so pacienti nemirni, krajevno in časovno dezorientirani, jim omejujejo gibanje. Privežejo jih na invalidske vozičke ali celo na ograje na hodnikih. Prizor nebogljenih, prestrašenih in zmedenih starostnikov je grozljiv in me še vedno spremlja, počutim se nemočno, razočarano in tudi ježno, ker nimam vpliva na situacijo in vem, da se ni nič spremenilo. In njihovo sklicevanje na preobremenjenost se mi ne zdi opravičilo.

Intervizijsko vprašanje: Kako preseči negativne občutke, ki me spremljajo še sedaj, več tednov po opravljanju prakse?

Analiza problema – člani skupine so napisali vprašanja, ki so jih nato predstavili. Supervizor je priporočil, da se tudi pri tem problemu omejimo na tri vprašanja.

- Ali negativne izkušnje vplivajo na tvoje delo? Kako?

– Ali si zaposlenim na omenjenem oddelku predstavila svoja razmišljanja in nestri-
njanje z njihovim ravnanjem?

– Si razmišljala, kje so vzroki za tako obravnavo pacientov?

Supervizantka je povedala, da je pri opredelitvi problema navedla predvsem nezado-
voljstvo ob občutku nemoči, ker je vedela, da se ne bo nič spremenilo. Ostali člani so bili
mnjenja, da je občutek nemoči normalna posledica njenih opazanj in razmišljanj.

Možne rešitve smo zapisali in se o njih pogovorili.

– Obremenjevanje s tem, kako je na omenjenem oddelku, je nepotrebno, ker je dej-
stvo, na katerega kratkoročno nimaš vpliva.

– Na podlagi negativnih izkušenj poskušaj vnesti spremembe na svojem delovnem
področju.

– Zadovoljstvo ti lahko prinese občutek, da lahko s spremembami v svojem delov-
nem okolju povečaš kakovost obravnave uporabnikov.

– S pridobljenimi izkušnjami lahko odstraniš morebitne napake, ki so se pojavljale
tudi pri vas.

Refleksija

V intervizijski skupini smo se zbrali študenti, ki se med seboj zelo dobro poznamo. V
reševanje problema smo se vključevali aktivno, vloga supervizorja je bila predvsem formal-
no vodenje. Zaradi aktivnosti vseh članov se je razvilo zelo dobro delovno vzdušje. Ker nam
je bila problematika članov zelo blizu, smo se brez težav osredotočili na problem. Iz izjav
vseh članov skupine je bilo razvidno, da smo se vsi počutili dobro. Posebej je bil dober ob-
čutek ob dejstvu, da smo vsak problem vzeli resno in ga tako tudi obravnavali ter poiska-
li potencialne rešitve.

Evalvacija

Intervizija je pokazala, da je tak način dela zelo koristen pri odpravljanju negativnih
občutkov. Ti se zmanjšajo že s samo izpostavitvijo problema, s tem, da se o njem odprto go-
vori, ter s skupnim iskanjem možnih rešitev. Cilj intervizije je bil dosežen. Vsi člani smo se
po njej bolje počutili, saj smo na njej lahko delili svoje občutke, se poslušali in slišali ter si
skušali pomagati. Supervizija nam je torej lahko vsem v oporo in pomoč tam, kjer se ustavi,
in kjer sami ne najdemo rešitve ali poti naprej.

Zaključek

S pomočjo supervizije lahko medicinske sestre izpopolnijo svoje poklicne vloge in do-
sežejo večjo kakovost dela. Prvi pogoj za učinkovito delo niso samo profesionalno znanje
in spretnosti, temveč tudi zmožnost nadzorovanja in obvladanja čustev nekoristnosti in
nezmožnosti obrambe, ki v skrajni obliki vodijo v sindrom izgorevanja (Skoberne, 2001).

Supervizija usposablja medicinske sestre, da postanejo boljši praktiki, in jih spodbuja
k raziskovanju tistih področij v njih samih, ki bi jih lahko pri delu zavrli. Supervizijski pro-
ces je lahko pot, da se tega medicinska sestra sama zave. S pomočjo supervizorja pogleda v
lastno notranjost in razišče svoja lastna čustva. To omogoča identifikacijo obojega: lastnih
moči in slabosti. Ko medicinska sestra pomanjkljivosti odstrani, razširi osebno razumeva-
nje ter je mnogo bolj učinkovita pri delu z bolniki (prav tam).

Seveda od supervizije tudi ne smemo preveč pričakovati, kajti zavedati se moramo lastnih meja. Ko smo razmišljali o tem pri študiju, nam je naš nizozemski učitelj Henk Hanekamp dejal: »Marsičesa se bomo obvarovali, če odkrijemo področja moči; to je, da s sproščeno-stjo sprejmemo, česar ne moremo spremeniti, da s pogumom spremenimo, kar moremo, in z modrostjo razlikujemo med obojim« (ustno sporočilo s predavanja podiplomskim študentom supervizije, Hogeschool Nijmegen, Nizozemska 1992–1994) (ibid).

Literatura

- Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006: 9–13.
- Klančnik Gruden M. Življenjski svet medicinskih sester. In: Kersnič P, Filej B, eds. Globalizacija in zdravstvena nega: zbornik predavanj in posterjev 4. kongresa zdravstvene nege. Portorož 2003. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2003: 347–359.
- Kobolt, A. Supervizija : metoda spremljanja in suporta v socialnih in pedagoških poklicih. V: Dekleva B, ed. Supervizija v izvendružinski vzgoji. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti; 1995.
- Kobolt A, Žorga S. Supervizija, proces razvoja in učenja v poklicu. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta; 1999.
- Kobolt A. Metode in tehnike supervizije. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2004.
- Milošević Arnold V, Vodeb Bonač M, Erzar Metelko D, Možina M. Supervizija znanje za ravnanje. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije; 1999.
- Salamon L M, Anheier H K. The emerging nonprofit sector. Manchester: Campus; 1996.
- Skoberne M, Supervizija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2001; 35: 241–245.
- Sotirov D, Železnik D. Analiza stresa in poznavanje klinične supervizije med zaposlenimi v Zdravstvenem domu Novo mesto in Splošni bolnišnici Novo Mesto. Obzor Zdr N. 2011; 45 (1), 23–29.
- Železnik D. Supervizija v zdravstveni negi. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2003.
- Tavčar M I. Strateški management nepridobitnih organizacij. Koper: Fakulteta za management; 2005.

Pomen timskega dela v enoti intenzivne terapije

The importance of teamwork in the intensive care unit

Edita Krpič, Robert Ilić, Danica Železnik

Povzetek

Izhodišča: V timu sodelujejo posamezniki, postavljeni pred skupno nalogo. Dobro timsko delo je zagotovo garancija za uspeh. O interdisciplinarnem timskem delu po navadi govorimo, ko se člani tima z različnih poklicnih področij enakopravno in s konsenzom vključujejo v prizadevanja za doseganje skupnega cilja. Namen prispevka je prikazati mnenje zaposlenih v enoti intenzivne terapije o pomembnosti timskega dela.

Metode: Raziskava je potekala v letu 2011. Sodelovali so zaposleni v intenzivni terapiji Splošne bolnišnice Murska Sobota. Vzorec je bil namenski, neslučajnostni. Sodelujočim je bila zagotovljena anonimnost, prav tako je sodelovanje v raziskavi temeljilo na prostovoljni odločitvi. Vprašalnik je bil oblikovan za potrebe raziskave na podlagi pregleda literature.

Rezultati: Rezultati raziskave so pokazali, da sta komunikacija, medsebojno zaupanje, sprotno reševanje konfliktov in nesoglasij, pomembna za uspešno delo v enotah intenzivne terapije in da se s timskim delom hitreje in uspešneje rešujejo naloge in problemi.

Diskusija in zaključki: Element profesionalizma je nudenje visoko kakovostnih storitev, ki jih lahko podajamo samo z dobrim timskim pristopom v enoti intenzivne terapije. V medicini in zdravstveni negi to zahteva poleg zaveze najvišjemu interesu pacienta tudi doseganje visokih profesionalnih standardov. Uresničevanje visokih standardov pa zahteva pospešeno večanje znanja, veščin in usklajenih aktivnosti. Učinkovito in uspešno timsko delo v enoti intenzivne terapije je močno odvisno od jasnih opredelitev odgovornosti vsakega posameznega člana, ki sodeluje pri dolgoročni ali kratkoročni nalogi timskega dela, od organizacijskega konteksta, v katerem se delo izvaja, ter zlasti od osebnih odnosov med člani tima.

Ključne besede: tim, zdravstvena nega, intenzivna terapija.

Abstract

Introduction: A team consists of individuals that are facing a common task. Good team work is surely a guarantee for success. We usually talk about interdisciplinary teams when team members of different professions equally and with a consensus engage in striving for a common goal. The purpose of the contribution is to show opinions of employees in the intensive therapy unit about the importance of team work.

Methods: The research took place in 2011. Participants were employees in the intensive therapy unit of the General Hospital Murska Sobota. The sample was non-random and dedicated. Anonymity was ensured, and participation was optional. The questionnaire was formulated for the needs of the research and was based on literature overviews.

Results: The research showed that communication, mutual trust, and on the fly solving of conflicts and disagreements are important for successful work in intensive therapy units and tasks and problems are solved faster and more effective with team work.

Discussion and conclusion: An element of professionalism is providing quality services, which are provided only with a good team work approach in the intensive therapy unit. Apart from the commitment to the highest interest of patients, achieving high professional standards is also required in medicine and nursing. Realizing high standards requires an accelerated increase in knowledge, skills, and coordinated activities. Effective and successful team work in the intensive therapy unit is strongly dependent on clear definitions of individual responsibilities of every team member that participates in any long-term or short-term tasks of the team, on the organizational context, in which work is carried out, and particularly on personal relations in the team.

Keywords: team, nursing, intensive therapy.

Uvod

Definicij tima in timskega dela je zelo veliko, bistvo tima pa je, da gre za sodelovanje posameznikov, postavljenih pred skupno nalogo. Dobro timsko delo je garancija za uspeh. Vsekakor pa ni samoumevno, da se bo sodelovanje ljudi pri realizaciji določene naloge ali nalog razvilo do meje, ko bomo lahko rekli, da ti posamezniki sestavljajo uigran in učinkovit tim. Tim je lahko v primerjavi s posameznikom bolj prilagodljiv, produktiven in kreativen, hkrati pa predstavlja večji potencial za generiranje idej.

Tim in pomembnost timskega dela

Med najbolj pomembnimi dejavniki, ki vplivajo na učinkovitost tima, so vodenje, medsebojno spremljanje uspešnosti, medsebojna podpora, prilagodljivost, timska naravnost sodelujočih, komunikacija in zaupanje. Vodenje tima pomeni sposobnost vplivati in spodbujati sodelavce, da bodo sledili želenim ciljem. Spremljanje uspešnosti dela članov tima omogoča pravočasno odpravo napak. Medsebojna podpora pomeni dajanje povratnih informacij, pomoč pri opravljanju nalog ali prevzemanje delovnih zadolžitev. Prilagajanje predvideva kontinuirano spremljanje ali obstoječi procesi zagotavljajo učinkovitost tima ter odkrivanje in odpravljanje morebitnih napak, spreminjanje načrta dela in drugo. Timska naravnost pomeni med drugim tudi željo večati osebno uspešnost skozi sodelovanje v timu. Nedvomno je za uspešno timsko delo potrebno zagotoviti tudi učinkovito in nemoteno komunikacijo ter razvoj in ohranjanje zaupanja med člani tima, saj pomanjkanje medsebojnega zaupanja pomeni izgubljanje časa v medsebojnem preverjanju in ščitenju lastnih interesov (Palma, 2010).

Za uspešnost tima je pomembno, da so njegovi člani visoko motivirani za delo, da so pripravljeni vložiti veliko napora v uresničevanje ciljev, da bi zadovoljili tako svoje interese kot tudi interese organizacije. Glavne prednosti uspešnega timskega dela so: bolj učinkovito doseganje ciljev zaradi medsebojne podpore in sodelovanja, člani tima sodelujejo pri odločanju, zato je višja tudi zavezanost ciljem, ki jih sooblikujejo, spodbuja občutek zaupanja

med člani, spodbuja sproščeno izražanje idej, mnenj, vprašanj, dilem, spodbuja odprto in iskreno komunikacijo, člani tima se medsebojno dopolnjujejo v znanju in sposobnostih, pozitiven vpliv na kvaliteto storitev, spodbuja prenos znanja in izkušenj.

Timi niso nujno formalne narave. Oblikujejo se lahko spontano, neformalno, kot odgovor na potrebo po čim bolj uspešni, hitri in učinkoviti realizaciji določene naloge (Palma, 2010). Pomembno je, da besede tim ne razumemo kot skupino, ki je podrejena enemu posamezniku, ki ni več prvi med enakimi, ampak eden nad vsemi. Tim ne sme biti poligon za individualiste, ampak okolje, ki spodbuja sodelovanje. Pri tem mora imeti pred seboj jasno vizijo in cilj delovanja. Posamezni člani, pa tudi tim kot celota, morajo biti odprti za kontinuirano izpopolnjevanje svojih znanj. Potrebno je tudi jasno razdeliti naloge in zadolžitve, definirati odgovornosti, način poročanja in informiranja, poskrbeti za kvalitetno komunikacijo ter sprotno vrednotenje in prilagajanje spremembam.

V strokovni literaturi zasledimo različna poimenovanja timskega dela. Uporaba različnih pojmov ima svoj izvor v številu pojavnih oblik timskega dela v podjetjih. Tim predstavlja organizacijsko tvorbo sestavljeno iz: i) usmerjenih nalog, ciljev, ii) članov, iii) procesa vodenja, iv) komunikacij, procesa medsebojne izmenjave, v) skupnih vrednot.

Razlikovati moramo med timom in skupino

Timsko delo se od dela v skupini razlikuje v tem, da poteka delo v timu na višji kakovostni ravni kot v skupini. Višja kakovostna raven se doseže z izgradnjo vseh tistih elementov skupinskega dela, ki dvigujejo individualno produktivnost posameznika v skupini. To so predvsem integracijski procesi, ki zagotavljajo polno vključenost posameznika v timsko delo. Vsaka delovna skupina se lahko razvije v tim.

Za uspešno oblikovanje in integracijo timskega dela v obstoječo organizacijsko strukturo sta ključnega pomena dva dejavnika. Prvi dejavnik predstavlja oblikovanje in vzpostavljanje delovanja samega tima. Drugi dejavnik obsega pravilno koncipiranje integracije v obstoječo organizacijsko strukturo.

Oblikovanje in vzpostavljanje delovanja tima obsega sklope aktivnosti za konstituiranje uspešnega in učinkovitega procesa v timu. Avtor Parker (Parker, 1990) je navedel dvanajst značilnosti uspešnih in učinkovitih timov. To so:

- jasno postavljeni nameni oblikovanja tima (vizija, poslanstvo, strategija in cilji),
- participacija članov tima (soudeležba vsakega od članov tima v celotnem procesu),
- konsenz pri odločanju (pri pomembnih odločitvah morajo člani tima doseči konsenz),
- profilirane vloge in jasno postavljene zadolžitve članov tima (za uspešno in učinkovito izvajanje delovnih zadolžitve je potrebno nedvoumno oblikovanje delovnih nalog in prevzem določene vloge v timu),
- reševanje konfliktov (v timu se konflikti izpostavijo in rešujejo),
- timsko vodenje (vodenje tima se razlikuje od ostalih oblik vodenja skupin, zato upravičeno lahko govorimo o specifičnostih vodstvenega procesa),
- vzpostavljanje eksternih povezav (vsak tim potrebuje pri svojem delu povezave z okoljem, v katerem se nahaja. Zato je oblikovanje medsebojnih povezav z okoljem zelo pomemben dejavnik, ki vpliva na uspešnost in učinkovitost dela),

- odprto komuniciranje (oblikovanje vsestranskega načina komuniciranja med člani tima je osnovni pogoj za njihovo polno integracijo, na kateri lahko oblikujemo tudi učinkovit proces dela),
- samoocenjevanje (člani tima kritično ocenjujejo svoje dosežke in po potrebi korigirajo način in potek dela),
- spodbudni medsebojni odnosi (medsebojni odnosi v timu so izredno pomembni za učinkovito delo posameznega člana. Zato je potrebno oblikovati in vzpostaviti takšne medsebojne odnose, ki bodo posamezniku nudile ustrezno spodbudno okolje za delo),
- izgrajen sistem dela (v vsakem timu poteka določen proces dela, v katerem ima vsak član svoje mesto),
- tolerantna klima (vključitev vseh članov tima v proces dela, je osnova za doseganje celovitih prednosti timskega dela).

Oblikovanje tima, ki bo imel navedene razsežnosti je kompleksna naloga. Toda brez temeljite sistematične podpore oblikovanju uspešnega in učinkovitega timskega dela ne moremo pričakovati ustreznih rezultatov.

Delo v zdravstvu in zdravstveni negi, kakor tudi v Enotah intenzivnih terapij še vedno temelji na hierarhičnih odnosih, vendar je izrednega pomena prisotnost timske metode dela in tima. Dober tim je definiran kot »živa, nenehno spreminjajoča se dinamična sila, ki v skupinskem delu združuje več ljudi. Člani tima razpravljajo o svojih ciljih, ocenjujejo zamisli, se odločajo in skupno delujejo v smeri zastavljenih ciljev« (Heller, Hindle, 2001).

Uspešno timsko delo zmanjšuje stres, povečuje motivacijo in osebno zadovoljstvo posameznih članov tima, posledično izboljšuje kakovost zdravstvene nege.

Timsko delo in vrste timov

Definicija tima po Kralju (2003, 16) je »Tim je skupina posameznikov, ki delajo skupaj pri uresničevanju določenega skupnega cilja. Za člane tima je značilno, da sodelujejo pri odločanju in si pomagajo pri uresničevanju ciljev.« Timsko delo je načrtno sodelovanje več delavcev ali strokovnjakov različnih strok, kjer vsak s svojim specifičnim deležem opravi določeno nalogo, prispevki vseh skupaj pa tvorijo celoto (Moreno, 2000).

Glede na uspešnost delovanja Brajša (1996), razlikuje tri tipe timskega dela. Za *avtokratski tim* je značilno, da člani tima tvorijo maso, v kateri ima vodja položaj alfa, sodelavci pa so v položaju gama. Tim je voden, delavci so pasivni. Vodja tima ukazuje, člani delajo in ne razmišljajo. Medsebojna komunikacija je samo vertikalna – ukazi od zgoraj, poročanje od spodaj. To je neuspešen tim. *Liberalni tim* je množica, kjer prevladuje položaj članov, položaj voditelja je oslavljen, to je tim v katerem vodje pravzaprav ni, člani pa delajo kot osamljeni in nepovezani. To je povprečen tim. *Demokratski tim* je skupina, kjer so člani enakopravno in partnersko povezani z vodjo. Med sodelavci se razvija resničen timski dialog. Člani tima poslušajo drug drugega in medsebojno komunicirajo. To je sinergijsko uspešen tim.

Glede na sestavo, Praper (2001) loči štiri tipe timov. *Multidisciplinarni tim* sestavljajo člani različnih profesij. Usmerjeni so v različne zapletene naloge, med člani je prisotno sodelovanje po vertikali, povezuje jih le odnos do delovne naloge, ni pa odnosa med člani. Za *interdisciplinarni tim* je značilno korektno sodelovanje in komunikacija med člani, skupno vrednotenje in razprava o odločitvah za nadaljnja dejanja, omogoča povezovanje več strok,

spodbuja razvoj in ustvarjalnost v timu ter sodelovanje med člani tima po horizontali. V *transdisciplinarnem timu* je vsak član je sposoben celostnega reševanja problemov, vsi člani so hkrati strokovnjaki in managerji, tak tim je v praksi redkost.

Vrste timov v zdravstvu

V zdravstvu se srečujemo s tremi vrstami timov. V *zdravstveni tim* so vključeni zdravniki, medicinske sestre, zdravstveni tehniki in ga lahko uvrščamo v multidisciplinarni tim. *Negovalni tim* tvorijo medicinske sestre in zdravstveni tehniki in govorimo o horizontalni povezanosti med člani tima. Tak tim je opisan tudi kot monodisciplinarni tim. V *interdisciplinarnem timu* poleg zdravstvenih delavcev sodelujejo še strokovnjaki drugih strok: klinični psihologi, laboranti, socialni delavci... (Zaletel, 1999).

Uspešnost tima

Za uspešnost tima sta pomembni dve komponenti: izbor članov in usposabljanje tima. Usposabljanje se nanaša na inštrukcije in navodila, kako naj člani sodelujejo in učinkovito delajo v okviru nalog, ki so jim dodeljene (Zaletel, 1999). Ključni dejavniki, ki morajo biti zagotovljeni, da bo tim učinkovit, so:

- jasen in navdušujoč cilj, ki je usklajen z opredelitvijo poslanstva organizacije,
- struktura, ki ustreza nalogi, pri čemer je ključna jasna opredelitev delovnih nalog in nedvoumna razdelitev vlog, uspeh pa temelji na upoštevanju skupnega načrta,
- kooperativna klima ali »timski duh« h čemur pomembno prispeva medsebojno sodelovanje in visoka stopnja zaupanja med člani tima,
- usposobljeni člani, kar pomeni, da imajo člani tima ustrezno znanje za izpolnjevanje delovnih nalog in je normalno, da se ob spremenjeni delovni nalogi sprotno usposobijo,
- posameznik, ki mora v timu imeti potrebno znanje, poleg tega pa tudi tehnične sposobnosti in primerne osebnostne lastnosti, ki so potrebne, da deluje kot dober član tima,
- vodenje, ki vpliva na člane tima ali posameznika v smeri doseganja zastavljenih ciljev in ima tri glavne aktivnosti: planiranje, usmerjanje in kontrolo, poleg tega pa tudi komuniciranje, odločanje in izboljševanje,
- zunanja podpora in priznanje, pri čemer se zunanja podpora najjasneje izraža v tem, ali tim dobi potrebna sredstva (denar), ta pa se dopolnjuje z notranjo stimulacijo članov tima (Kavčič, 1996).

Prednosti in pomanjkljivosti timskega dela

Kot navaja Premik, (2007, 49) ima celovitost in dinamika medsebojnih odnosov na področju zdravstvenega varstva značilnosti, ki jih je mogoče obravnavati iz različnih strokovnih vidikov (medicinskih, socioloških, antropoloških, zgodovinskih, filozofskih, ekonomskih ipd.). Razvojni vidiki in zahtevani aktualni cilji poklicnega dela vključujejo: čas kot merilo produktivnosti in visoke standarde kot merila kakovosti in učinkovitosti. Uresničevanje teh zahtev je največkrat pogojeno z razvojem in integracijo številnih sestavin dela ter vzajemno odgovornostjo različnih strokovnjakov. Doseganje skupnega operativnega cilja v medicini in zdravstvu večkrat zahteva hkratno prekrivajoče odlikavajoče se delo več oseb različnih poklicev, ki presega tradicionalne »cehovsko označene« omejitve posameznega sicer avtonomnega poklica.

Prednosti timskega dela so:

- večja motiviranost in medsebojno spodbujanje,
- kohezija odnosov, oz. tesna povezanost med člani tima in visoka stopnja komunikacije,
- sinergijski učinki, kar pomeni sistematično reševanje problemov, učenje na podlagi izkušenj, uvajanje novih pristopov reševanja problemov,
- boljša organizacija dela, s čimer se delo obogati, organizacija delovnega procesa pa se razvije precej višje kot pri klasičnem konceptu organiziranja,
- večja kreativnost in ustvarjanje skupnega novega znanja,
- osebno in skupno zadovoljstvo, posameznik v timu je deležen podpore tudi ostalih članov (Krejan, 2005, Lahe, Kavčič, 2006).

Pomanjkljivosti timskega dela so:

- nevarnost skupnega mišljenja,
- nevarnost prevlade posameznega člana,
- prelaganje odgovornosti na druge,
- pritiski za strinjanje,
- konkurenca med člani prevladuje nad reševanjem problemov,
- prekrivajoča se komunikacija, oz. nepripravljenost slišati probleme,
- verovanje v čarobne učinke tima,
- delo v timu zahteva več časa,
- za odločitve so potrebni kompromisi, ki lahko odločitve odmaknejo od optimalnih (Krejan 2005, Lahe, Kavčič, 2006).

Komunikacija v timu

V timu je pomemben vidik komunikacija, zasledimo pa tudi, da avtorji dajejo velik poudarek čustveni inteligenci. Komunikacija je nadvse zapleten proces medsebojne udeležnosti (jaz postanem nek tvoj del in ti postaneš nek moj del); (<http://www.zdravstvena.info>). Prav tako je dinamičen proces izmenjave informacij med ljudmi in njihovim okoljem, odvisen od več faktorjev, ki določa vrsto, raven in kvaliteto komunikacije ter medsebojnih odnosov. Raven čustvene inteligence pogojuje pet komponent ali sposobnosti:

- samonadzor – sposobnost usmerjanja in nadzorovanja svojega čustvenega stanja,
- samozavedanje – poznavanje samega sebe in svojih čustev,
- motivacija – usmerjanje svojih čustev za doseganje zastavljenih ciljev,
- empatija – zaznavanje in branje čustev drugih,
- družabne veščine – odnosi z drugimi in vpliv na druge ljudi.

Vse se med seboj prepletajo v obliki koreninskega sistema (Wood, Tolley, 2004)

Vodenje tima

Že leta 1939 je Lewis ločil tri sloge vodenja. Ti so:

- avtoritativni slog (vodja vse dela sam, zahteva poslušnost, osredotočen na reševanje problema),
- demokratičen slog (bolj fleksibilen, možnost soodločanja daje podrejenim, voditelji poudarjajo družbeno bližino in medsebojne odnose),
- laissez-faire slog (vodja članom dovoli delati, kar jim ustreza, sam prevzema pasivno vlogo, ni povratnih informacij glede uspešnosti opravljenih nalog).

Fleksibilni vodja pomeni, da zna vodja izvajati različne sloge vodenja, glede na situacijo.

O uspešnem vodenju obstaja več teorij. Škerbinek (1998, 28) omenja naslednja spoznanja, ki se mu zdijo pomembna:

- določanje ciljev (jasna predstava, kaj so posameznikove delovne dolžnosti in kakšni so cilji, ki bi jih z delom radi dosegli, kdo je za kaj odgovoren, zapisovanje ciljev),
- omogočanje jasne povratne informacije (ljudje lažje delajo, če dobijo jasne povratne informacije o svojem delu),
- investiranje v ljudi (vzeti si čas za pogovor, omogočiti izobraževanja, spodbujati pri delu),
- ohranjanje smisla za humor (humor ima tri funkcije: posreduje pomembna sporočila, olajšuje socialne stike, zmanjšuje nelagodje in pomaga obvladovati delikatne situacije (prav tam, 1998, 27).

Timsko delo v enoti intenzivne terapije

Enote intenzivne terapije (EIT) so organizacijsko, prostorsko in kadrovsko samostojne enote. Delujejo na področju kirurške, internistične, infekcijske, opeklinke in pediatrične dejavnosti, izpolnjevati morajo pogoje za intenzivno zdravljenje vseh pacientov v bolnišnici, kliniki. Enote intenzivne terapije so posebej organizirane in opremljene enote v bolnišnicah, ki omogočajo visoko specializirano oskrbo kritično bolnih. V EIT oskrbuje paciente multidisciplinarno osebje, zdravstveni tim, ki je posebej usposobljen – zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti, dietetiki, klinični farmacevti in drugi.

Zaradi posebej težkih oblik bolezenskih stanj in poškodb uporabljamo v EIT posebne aparature, pripomočke, prostore, dodatno strokovno usposobljen kader in posebej prirejeno organizacijo dela. Ustrezna kadrovska zasedba omogoča dvig kakovosti obravnave pacienta in njegovih svojcev, uspešneje preprečuje dejavnike tveganja, boljše možnosti za raziskovalno delo.

V enotah intenzivne terapije se zdravijo pacienti, ki so vitalno ogroženi in hemodinamsko nestabilni. Pri vitalno ogroženem pacientu medicinska sestra poleg aktivnosti, ki pripomore k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti vsakodnevno izvaja zapletene postopke in posege s katerimi ohranja in vzdržuje delovanje različnih organskih sistemov. Pacient v enoti intenzivne terapije zahteva visoko strokovno usposobljenost zdravstvenega tima. V vsaki enoti intenzivne terapije se izvajajo invazivni in neinvazivni postopki in posegi, različne meritve, aplicirajo se infuzije z zdravili s posebnimi učinki.

Delo v EIT je dinamično, kompleksno in pogosto zelo stresno. Delovno okolje vključuje stalno izpostavljenost zahtevnemu delovanju tima. Napake v komunikaciji so primeri slabega sodelovanja med zdravstvenimi delavci in so najpogostejši vzrok nenamerne škode na vseh področjih delovanja zdravstvenega varstva. Učinkovito timsko sodelovanje izboljšuje zdravstveno stanje kritično bolnih pacientov.

Spособnost skrbnega zbiranja in posredovanja informacij na sočuten način omogoča zdravstvenemu timu vzpostaviti partnerstvo s pacientom pri organizaciji in načrtovanju zdravljenja in mu daje prepričevalno moč tudi takrat, ko gre za nasvete glede promocije zdravja. Stalnice v vseh vrstah komuniciranja temeljijo na sočutju, zaupanju, poštenosti in spoštovanju.

Učinkovito med strokovno sodelovanje vključuje skupne cilje in partnerstva. Med strokovno sodelovanje jasno dopolnjuje in prikaže medsebojno odvisnost vlog v timu, med-

sebojno spoštovanje in delitev dela. Delitev dela je ena izmed najbolj zapletenih vidikov timskega sodelovanja. Strokovno znanje, tehnične spretnosti, klinično okolje, ali celo pacient, lahko povzročijo med strokovni konflikt, če delitev del ni opredeljena.

Za kakovostno delo v timu enote intenzivne terapije je visoko kakovostno znanje ključnega pomena. Sodobna zdravstvena dejavnost se vse bolj izvaja preko iz različnih poklicev sestavljenih timov, v katerih lahko zdravnik nastopa kot vodja ali pa le kot eden od enakopravnih članov tima. V timu odloča vodja, ki odgovarja za svoje odločitve. Vodja odgovarja tudi za način in obseg dela, ki ga je poveril sodelavcem, za izvedbo pa je moralno, kazensko in disciplinsko odgovoren vsak delavec posebej.

Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda zbiranja podatkov s pomočjo anketnega vprašalnika. Za potrebe raziskave je bil izdelan nestandardiziran anketni vprašalnik, kateri je vseboval 10 trditev. Cilj raziskave je bil ugotoviti mnenje zaposlenih v enoti intenzivne terapije v Splošni bolnišnici Murska Sobota o pomenu timskega dela.

Hipoteze

Postavili smo dve raziskovalni hipotezi:

- Predvidevamo, da timsko delo prinaša boljše rezultate dela, kot delo posameznika.
- Predvidevamo, da je temelj uspešnega tima medsebojno zaupanje in dobra komunikacija.

Vzorec

V anketi je sodelovalo 10 članov zdravstvenega tima, od tega dva zdravnika, pet diplomiranih medicinskih sester in tri srednje medicinske sestre. Vzorčenje je bilo namensko. Zbiranje podatkov je potekalo v času od 14. do 23. marca 2011. Podatke smo zbirali v skladu z etično doktrino, upoštevali smo načelo anonimnosti. Anketiranci so bili informirani da lahko odstopijo od raziskave v vsakem trenutku. Za raziskavo smo pridobili soglasje vodstva bolnišnice.

Pripomočki

Anketni vprašalnik je vseboval deset vprašanj zaprtega tipa, z vnaprej opredeljenimi trditvami (se strinjam, sem neodločen, se ne strinjam). Anketiranci so se morali opredeliti na tristopenjski lestvici. V raziskavi je bila uporabljena lestvica, ki se uporablja za merjenje mnenj, prepričanj ter vedenja.

Rezultati

V raziskavi je bilo udeleženih 5 moških in 5 žensk. Skupaj 10 anketiranih. Dva anketiranca sta imela univerzitetno izobrazbo, pet jih je imelo visoko strokovno in trije srednješolsko izobrazbo. Povprečna starost anketirancev je bila 42,2 let. Delovna doba zaposlenih, je v povprečju 19,5 let.

90 % anketiranih je odgovorilo, da ima tim »v primerjavi s posameznikom več znanja, izkušenj in hitreje rešuje probleme, sprejema odločitve in uvaja spremembe«, le eden se ni želel opredeliti. 70 % anketiranih je odgovorilo da je »timsko delo je manj tvegano in manj stresno, saj je odgovornost porazdeljena«, 10 % se ni opredelilo in 10 % se strditvijo ni

strinjalo. 90 % anketiranih je odgovorilo, da »člani tima sodelujejo, si medsebojno pomagajo; vse to ima velik vpliv na uspešno delovanje«, eden se ni opredelil. 70 % anketiranih je odgovorilo da »Vodjo tima določa družbeni status, nivo dosežene izobrazbe in hierarhični položaj v organizaciji« 20 % se ni opredelilo, 10 % se s trditvijo ni strinjalo. 70 % anketiranih je odgovorilo da »Vodenje tima prevzame tisti, ki je najbolj sposoben, da delovno nalogo opravi in mu drugi to sposobnost priznavajo« 20 % anketiranih se ni opredelilo, 10 % se s trditvijo ni strinjalo. 100 % anketiranih se je strinjalo s trditvijo »Komunikacija v timu mora biti dvosmerna, odprta in pozitivno naravnana«. 100 % anketiranih se je strinjalo s trditvijo »Medsebojno zaupanje v timu, je temelj za uspešno komunikacijo v timu«. 70 % anketiranih je odgovorilo da »Denarne nagrade in materialne bonitete so najboljši motivator, tako za posameznika kot za cel tim« 20 % anketiranih se ni opredelilo, 10 % se s trditvijo ni strinjalo. 100 % anketiranih se je strinjalo s trditvijo »Pohvala in priznanje posameznikov in tudi celotnega tima, sta pomembna motivacijska vodila, za uspešno delovanje tima«. 100 % anketiranih se je strinjalo s trditvijo »Sprotno reševanje konfliktov in nesoglasij, je priložnost za učinkovito delovanje tima«.

Diskusija

Anketni vprašalnik je bil razdeljen med osebjem Enote intenzivne terapije, vrnjenih je bilo vseh deset vprašalnikov. Raziskava o timskem delu je bila narejena na majhnem številu zaposlenih in v eni Enoti intenzivne terapije, vendar lahko iz rezultatov ugotavljamo, da sta obe hipotezi potrjeni. Vsi anketirani so se strinjali, da sta komunikacija, medsebojno zaupanje, sprotno reševanje konfliktov in nesoglasij, pomembna za uspešno delo v enotah intenzivne terapije in da se s timskim delom hitreje in uspešneje rešujejo naloge in problemi. Več kot polovica se strinja, da vodjo tima še vedno določa družbeni status. Pohvale in priznanja pa smatrajo kot najboljšo motivacijo.

Zaključek

Za učinkovito in uspešno delo v timu enote intenzivne terapije je poleg svojega temeljnega strokovnega znanja potrebno še poznavanje medosebnih in družbenih veščin, da bi lahko ustvarjali in vzdrževali plodno in cilju predano delovno ozračje. Temelj za uspešno timsko delo sta medsebojno zaupanje in dobra komunikacija, kar posledično prinaša boljše rezultate dela in hitrejše reševanje konfliktov.

Literatura

- Brajša P. Sedem skrivnosti uspešnega managementa. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1996.
- Grbec V. Timsko delo v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor. 1989; 23: 123–127.
- Heller R, Hindle T. Veliki poslovni priročnik. Ljubljana: Mladinska knjiga; 2001.
- Kralj J. Management: Temelji managementa, odločanja in ostale naloge managerjev. Koper: Visoka šola za management; 2003.
- Kavčič B. Timsko delo kot konkurenčna prednost. In: Florjančič J. et al. Globalni in kadrovski management. Kranj: Moderna organizacija; 1996.
- Kovač J. Timsko delo – osnova participativne organiziranosti <http://www.delavska-participacija.com/clanki/ID990305.doc> (22. 4. 2012).
- Lahe M, Kaučič B M. Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege: kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost. Obzor Zdr N. 2006; 40: 149–155.

- Moreno J, Moreno T. Z. Skupine, njihova dinamika in psihodrama. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2000.
- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x/abstract> (22. 4. 2012).
- <http://palma.blog.siolk.net/%202010/04/timsko-delo-za-vecjo-uspesnost> (22. 04. 2012).
- Parker G. M., Team Players and Teamwork, Jossey-Bass Publishers, San Francisco; 1990.
- Praper P. Timsko delo in skupinski proces. V: Mayer J, Bečaj J, Knežević A N et al., Skrivnost ustvarjalnega tima. 1. izd. Ljubljana: Dedalus – Center za razvoj vodilnih osebnosti in skupin; 2001: 28–39.
- Premik M. Zdravnik in medpoklicno sodelovanje v zdravstvu. Zdrav Vestn 2007; 76: 49–53.
- Wood R, Tolley H. Ocenite svojo čustveno inteligenco; 2004.
- Škerbinek A L. Skupinska dinamika negovalnega tima. Obzor Zdr N. 1998; 32 (1–2): 25–28.
- Zaletel M. Delitev dela v zdravstvenem in negovalnem timu. V: Vukovič G, ed. Evropska skupnost in management: zbornik posvetovanja z mednarodno udeležbo / 18. posvetovanje organizatorjev dela, Portorož. Fakulteta za organizacijske vede Kranj: Moderna organizacija, 1999: 326–32.

Odgovornost medicinske sestre pri preprečevanju strokovne napake, povezane z zdravili

Responsibilities of Nurses in Preventing Professional Mistakes Related to Medicines

Gordana Petrušić, Bojana Filej

Povzetek

Medicinske sestre za svoje delo v okviru poklicnih kompetenc odgovarjajo za vsa storjena dejanja, ki privedejo do odstopanj in posledic za pacienta. V zdravstveni negi je tveganje za strokovno napako zelo veliko. Obravnava pacienta je namreč močno odvisna od dejanj zdravstvenih delavcev, saj le-ti soodvisno od lastnih dejanj vplivajo na življenje pacientov in kakovost njihove oskrbe. Napake, ki se pojavijo zaradi neustrezne uporabe zdravil v bolnišničnem okolju, so najpogostejši vzrok za odstopanja pri zdravljenju in hkrati predstavljajo eno nevarnejših aktivnosti zdravstvene nege, saj se napake na tem področju po mnenju strokovnjakov dogajajo najpogosteje. Do njih pride zaradi interakcije osebnega in organizacijskega faktorja s sistemom aplikacije zdravil. V tem sistemu odgovornost medicinske sestre temelji na strokovnih kompetencah, znanju in sposobnosti prepoznavanja in preprečevanja morebitnih napak, preden le-te dosežejo pacienta.

Ključne besede: medicinske sestre, strokovne napake, odgovornost, zdravila.

Abstract

Nurses are responsible for their work within the scope of professional competences, meaning all the acts that may lead to deviations and consequences for the patient. Nursing care involves a high risk of professional mistakes because treating the patient heavily depends on the actions of nursing care professionals. Errors that occur due to inappropriate use of medicines in the hospital environment are the most common cause of deviations in treatment. At the same time, medicine application presents one of the most dangerous nursing activities according to experts. The errors occur due to the interaction between personal and organisational factors and the system of the administration of medicines. In this system, the nurse assumes responsibility based on her professional competences, knowledge and skills to identify and prevent potential errors before causing harm to the patient.

Key words: nurses, professional mistakes, responsibility, medicines.

Uvod

V strokovni literaturi na temo strokovne napake v zdravstveni negi se velikokrat ome-
nja fraza »grešiti je človeško«. In res je. Napake nas spremljajo vse življenje, saj smo se kot

otroci iz njih največ naučili. A razlika med napako v osebnem življenju ali drugi dejavnosti in tisto v zdravstvu je velika. Ko v zdravstveni negi obravnavamo pacienta, so zdravstveni delavci in njihova dejanja lahko razlog za okrnitev zdravja. Le-ti v svojih rokah, soodvisno od lastnih dejanj, vplivajo na življenje pacientov in kakovost njihove oskrbe. Napaka v zdravstveni negi nastane zaradi dejanj posameznika in se lahko pojavi kjer koli v zdravstvenih ustanovah. Kadar gre za napake, ki so povezane z dajanjem zdravil, je odgovornost medicinske sestre strokovno ravnanje na podlagi standardov zdravstvene nege, ki jih le-ta ureničuje z dobrim znanjem o zdravilih, načinih aplikacije in poznavanjem kritičnih točk, pri katerih lahko pride do napake.

Odgovornost medicinske sestre v zdravstveni negi

Pri poklicnem delu se vsaki medicinski sestri v ospredje postavlja vprašanje, povezano z odgovornostjo: do kod, koliko, za kaj, kako odgovarja za svoje delo? Medicinska sestra je odgovorna na več ravneh, in sicer do pacientov, svojih sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, do širše družbe, predvsem pa mora biti odgovorna do same sebe (Černoga, 2006). Z vidika Kodeksa etike je medicinska sestra odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo (Kodeks etike, 2005). Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost, kot je zapisano v 55. členu ZZDej (2005). Torej »medicinska sestra sprejema konkretno odgovornost za lastno poklicno presojo in dejanja, se zaveda omejitev lastne vloge in kompetenc, deluje v skladu z veljavno zakonodajo ter prepozna in reagira na kršitve zakonov, ki se nanašajo na prakso zdravstvene nege in/ali poklicnega kodeksa vedenja/kodeksa prakse« (Železnik et al., 2008).

Profesionalna ali strokovna odgovornost

Profesionalna ali strokovna odgovornost opredeljuje zmožnost, primernost in veščost dela medicinske sestre na podlagi izobrazbe, izkušenj in nadarjenosti. Hkrati pa zajema dolžnost zdravstvenega delavca odgovarjati za opravljeno delo (Černoga, 2006) tudi odškodninsko, kar v današnjem času predstavlja najbolj izpostavljeno vprašanje profesionalne odgovornosti (Ivanjko, 2010).

Etična odgovornost

Etiko lahko delimo na osebno in profesionalno. Osebna etika je skupek osebnih, moralnih vrednot, s katerimi posameznik živi, in zaznamuje njegov odnos do reševanja etičnih dilem in do drugih oseb. Profesionalna etika se nanaša na neka dogovorjena pravila in pričakovanja ter vedenje neke poklicne skupine (Prebil, Mohar in Fink, 2010). Medicinska sestra je predvsem odgovorna za moralno oziroma etično izvajanje zdravstvene nege, torej za izvajanje nege po vesti in etičnih normah, ki so vzpostavljene v državi. Kritična mora biti glede lastne pristojnosti, kadar sprejema dolžnosti in kadar jih nalaga drugim (Černoga, 2006).

Kazenska odgovornost

Medicinska sestra mora opravljati zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in v skladu s strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri svojem delu obravnava vse ljudi pod enakimi pogoji na enak način in spoštuje njihove ustavne in zakonske pravice. Edino merilo prednosti je nujnost zdravstvenega posega (45. člen ZZDej – UPB2, 2005).

Medicinska sestra se mora vesti po načelu dolžne skrbnosti, ki označuje pričakovanje, da se bo ravnala na neki pričakovani način in ne bo zapustila pacienta. Kršitev te skrbi do pacienta je napačna izvedba nečesa ali izvedba nečesa, česar se ne bi smelo narediti. Če se prekrši pravilo dolžne skrbnosti in se medicinska zaveda, da bo kršitev pripeljala do škode za pacienta in do škode tudi dejansko pride, je medicinska sestra ravnala malomarno (Siviter, 2009).

Strokovna usposobljenost in znanje medicinske sestre

S profesionalizacijo stroke zdravstvene nege prihaja zahteva po novem strokovnem znanju (Kelhar, Lednik, 2007), zato je seznanjanje z najnovejšimi spoznanji stroke dolžnost in obveznost vsakogar, ki v njej poklicno deluje z licenco (Hajdinjak, Meglič, 2006). Kodeks etike v petem načelu medicinsko sestro obvezuje k nudenju kompetentne zdravstvene nege samostojno in neodvisno v okviru svoje strokovne usposobljenosti. Ima pristojnost odločanja, načrtovanja, izvajanja in nadzora nad zdravstveno nego in dolžnost nenehnega izpopolnjevanja svojega znanja ter posredovanja le-tega vsem članom negovalnega tima (Kodeks etike, 2005). V ta namen mora medicinska sestra slediti razvoju prakse zdravstvene nege, sprejemati odgovornost za vseživljenjsko učenje in vzdrževati kompetence ter delovati tako, da zadosti potrebam po nadaljnjem izobraževanju (Železnik et al., 2008). V skladu s smernicami poklicnega kodeksa pa ne sme izvajati postopkov, za katere nima ustreznega znanja in izkušenj, tako lahko odkloni izvedbo postopka ali posega, za katerega meni, da ni v skladu z njeno vestjo ali mednarodnimi pravili medicinske etike (Kodeks etike, 2005). Med posameznimi izvajalci zdravstvene oskrbe delitev dela ni formalno določena, kar lahko privede do neupravičenega nalaganja dela podrejenim ne glede na njihovo usposobljenost (Koban, 2006).

Strokovna napaka pri dajanju zdravil

Avtorica Merry (2009) v svoji raziskavi ocenjuje, da približno 2 % pacientov, sprejetih v zdravstveno obravnavo, utrpí hudo škodo zaradi storjene strokovne napake. Po navedbah Luksemburške deklaracije (2005) je skoraj polovica neželenih dogodkov, ki bi jih lahko preprečili, posledica napak pri ravnanju z zdravili. Napaka pri aplikaciji zdravil je definirana kot kakršen koli preprečljiv zaplet, ki se lahko zgodi ali vodi do neprimernega ravnanja z zdravili in povzroči pacientu škodo v času, ko je zdravilo v rokah zdravstvenega delavca ali pacienta. Takšni dogodki so lahko povezani s profesionalno prakso, medicinskimi proizvodi, postopki, sistemi, vključno s predpisovanjem, naročanjem, oznako produkta, pakiranjem in nomenklaturo, shranjevanjem, odstranjevanjem, razdeljevanjem, aplikacijo, izobraževanjem in uporabo (Glavin, 2010).

Okoliščine za nastanek strokovne napake – latentni pogoji

Preprečevanje latentnih pogojev je zelo pomembno, kajti ob spregledanju le-teh se vzorec napak le ponavlja, s tem pa se povečuje možnost povzročitve škode pacientu in zniževanje kakovosti oskrbe (Glavin, 2010). Reason (2008) je opisal latentne pogoje kot patogene, prisotne v vsakem zdravstvenem sistemu, ki tam neopazno tičijo, dokler se ne sprožijo pod vplivom določenih okoliščin. Prisotnost latentnih pogojev pri oskrbi pacienta poveča možnosti strokovne napake in povzročitve škode pacientu. Simptomi latentnih napak so človeške napake (Robida, 2010b). Glavin (2010) navaja šest tovrstnih pogojev:

- organizacija zdravstvene oskrbe – zmanjšanje števila zdravstvenih delavcev na posameznih oddelkih,
- pomanjkanje prostora in zasedenost postelj, neizvedba predhodne ocene stanja pacienta in režima jemanja zdravil,
- podoben ovoj različnega zdravila in drugače zdravil,
- uvedba nove opreme za dovajanje infuzijskih tekočin in zdravil,
- deficit v znanju pacienta o alergijah in režimu jemanja zdravil ter neiskrenost pri dajanju negovalne anamneze,
- predpisi in pravila, ki onemogočajo zdravstvenim delavcem zadovoljevanje osnovnih življenjskih potreb, kot je hranjenje in pitje; posledično pride do utrujenosti in omotičnosti, zaradi česar zdravstveni delavec ni sposoben izvajati svojega dela.

Vzroki za strokovno napako pri aplikaciji zdravil

Apliciranje zdravil je kompleksen proces, sestavljen iz več faz, ki jih opravljajo različni profili zdravstvenih delavcev. Do napake lahko pride v kateri koli fazi dajanja zdravil.

Razdeljevanje zdravil predstavlja kompleksno nalogo, ki od izvajalca zahteva veliko znanja in spretnosti (Kramar, 2010). Za napake v tej fazi je značilna izbira nepravilne doze zdravila ali nepravilna izbira le-tega. Najpogosteje do napak prihaja zaradi podobnih imen zdravil, kot sta Lasix (furosemid) in Losec (omeprazole). Ti dve zdravili pri zdravstvenih delavcih povzročata veliko zmedo, posebno takrat, kadar so predpisana z nečitljivim rokopisom in sta vzrok za mnoge smrtne izide pri pacientih, kjer je prišlo do zmot pri razdeljevanju. Dejavniki tveganja za napake pri razdeljevanju zdravil so izostanek varnosti v proceduri razdeljevanja, neustrezno ločevanje zdravil, motnje med procesom razdeljevanja, neustrezno znanje ali nesistematičnost (Williams, 2007).

Pri pripravi zdravila neustrezen odmerik predstavlja največjo skupino napak, ki pacientom povzročajo škodo. Na nepravilen izračun odmerka glede na pacientovo stanje vplivajo motnje v komunikaciji in izostanek preverjanja odmerka zdravila med razdeljevanjem, pripravo in aplikacijo (Cousins et al., 2007).

Napake pri aplikaciji zdravil zajemajo 26–32 % vseh napak, povezanih z zdravili (Anderson, Townsend, 2010). Do napak pri dovajanju zdravila pride takrat, kadar se pojavijo odstopanja med zdravilom, ki je bilo pacientu namenjeno, in tistim zdravilom, ki ga je dejansko prejel. Faza aplikacije zdravil že dolgo velja kot visoko rizična aktivnost v zdravstveni negi. Pri intervenciji aplikacije zdravil lahko pride do opustitve aplikacije, nepravilne tehnike aplikacije, izbire napačnega zdravila ali preparata s pretečenim rokom trajanja (Williams, 2007). Povečana možnost neodkritih napak se npr. pojavlja pri dovajanju terapije per os zaradi izostanka dvojne kontrole. Za te napake je značilno, da ostanejo neodkrita, ker načeloma ne pustijo škodljivega učinka na pacientu (Bračič, 2007).

Opustitev ali zakasnitev aplikacije nekega zdravila se lahko zgodi v vseh fazah aplikacije zdravil in ima visok potencial povzročitve škode pacientom. Zdravila, ki zaradi opustitve dovajanja lahko povzročijo veliko škodo pacientu, so predvsem antikoagulantni, antibiotiki in insulin. Vzroki za tovrstne napake so predvsem zamude laboratorijskih izvidov, odsotnost pacientov na oddelku med razdeljevanjem, primanjkljaj v zalogi zdravil, nezmožnosti vzpostavitve venske poti ali neveščje rokovanje s črpalkami in perfuzorji s strani zdravstvenih delavcev (Cousins et al., 2007). Med najpogostejše napake pri zdravljenju se pri-

števajo: opustitev zdravljenja 29,8 %, premajhna doza zdravila 11,1 %, prevelik odmerek zdravila 8,5 % in specifična alergična reakcija 0,3 % (Glavin, 2010).

Smernice za preprečevanje napak, povezanih z zdravili

Smernice za preprečevanje napak v zdravstveni negi, povezanih z zdravili, zajemajo predloge, kako preprečiti strokovne napake in pacientom zagotoviti varno obravnavo ter kakovostno zdravstveno oskrbo. Tabela 1 obsega mnenja 20 avtorjev (Anderson, Townsend, 2010; Bračič, 2008; Council of the EU, 2009; Cousins, et al., 2007; Downie et al., 2008; Glasheen, 2007; Glavin, 2010; Henneman, 2010; Ivanuša, Železnik, 2008; Karadžić Šmirtan in et al., 2010; Kladivec, 2010; Kramar, 2010; Koban, 2006; Lawson, Pate, 2009; Luksemburška deklaracija, 2005; Robida, 2010a; Skinder-Savić, 2010; Šmitek, Kirst, 2008; Thomas, Panchagnula, 2008; Williams, 2007) in skupno 63 smernic, razbranih iz besedil in raziskav strokovnjakov s področja kakovosti zdravstvene oskrbe, varnosti pacientov in rokovanja z zdravili. Razporejene so v štiri tematske sklope.

Tabela 1: Smernice za preprečevanje strokovne napake pri zdravlilih.

Priprava in aplikacija zdravila ter monitoring	Zdravilo	Dokumentacija	Delovno okolje
Poznavanje pacientovega načrta zdravstvene nege.	Ustrezno shranjevanje zdravil v originalni embalaži in primernih pogojih.	Ustrezno dokumentiranje - vseh apliciranih zdravil in topil na list dane terapije.	Prevladovanje ovir v komunikaciji.
Ustrezno znanje medicinske sestre. Strokovno usposabljanje in preverjanje izvedbe posegov.	Ločevanje zdravil s podobnimi imeni ali ovoji.	Čitljiv rokopis in nedvoumno predpisovanje zdravil na temperaturni list in pacientovo dokumentacijo.	Spodbujanje in uvajanje kulture varnosti - neobsojanje posameznika.
Pregled in prepis vseh nečitljivih predpisov in naročil.	Ne uporabljamo zdravil s pretečenim rokom trajanja.	Podpis odgovorne osebe ob predpisu zdravila, aplikaciji v pacientovi dokumentaciji.	Posvetovanje z drugimi člani tima in iskanje informacij ob nejasnostih.
Predpisovanje zdravil s celotno besedo.	Ne uporabljamo zdravil brez ali z nečitljivo etiketo.	Računalniško podprt modul za predpisovanje zdravil - elektronsko predpisovanje zdravil.	Zagotavljanje varne procedure pri razdeljevanju zdravil.
Verbalna ponovitev naročenega zdravila.	Ne uporabljamo zdravil s spremenjeno kemično sestavo- tablet ne lomimo, kapsul ne odpiramo.	Ocena pacientovega stanja in temeljita anamneza pred uvajanjem novega zdravila - dokumentiranje alergije.	Zavedanje nevarnosti nekaterih zdravil kot so kalijev klorid, morfij, insulin, antikoagulanti in opiodi.
Medicinska sestra zdravilo pripravlja samostojno in aplicira le tista zdravila, ki jih pripravi samostojno.	Brizge s pripravljenimi preparati naj bodo vedno označene s podrobno izpolnjenimi etiketami.	Zagotovimo, da so pacientova dokumentacija in zdravilo na istem mestu ob pripravi in aplikaciji zdravila.	Sistemski pristop - iskanje sistemskih rešitev.
Uporaba aseptične tehnike pri pripravi zdravil.	Zmanjšana količina zdravil na zalogi.	Izogibanje neposrednim naročilom zdravil in telefonskim naročilom (ne sprejemamo nejasnih naročil)	Pravilno in pravočasno sporočanje o neželenih učinkih zdravil.

Priprava in aplikacija zdravila ter monitoring	Zdravilo	Dokumentacija	Delovno okolje
Uporaba ustrezne aparature ali pripomočka za aplikacijo zdravila.	Shranjevanje originalne embalaže zdravila.	Izogibanje uporabi decimalnih ničel.	Posebno pozornost posvetimo dejavnikom tveganja.
Pravilen izračun odmerka zdravila.	Upoštevanje priporočene količine topila za posamezno zdravilo.	Predpisovanje zdravil z generičnim imenom.	Enotna strokovna terminologija - uporaba standardne nomenklature.
Ustreznost zdravila preveri še drugi zdravstveni delavec.	Neporabljena zdravila zavržemo.	Vzpostavitev sistema ustreznega dokumentiranja za predpisovanje in dokumentiranje aktivnosti, povezanih z zdravili.	Analiza dogodkov in okoliščin napak.
Ustrezna identifikacija pacienta.	Zdravila apliciramo skozi ločene lumne - ne dodajamo jih v kompleksne infuzijske raztopine.	Določitev točnega časa in poti aplikacije zdravila - popoln predpis zdravila.	Vodenje in podpora zdravstvenim delavcem.
Dovajanje zdravila v okvirju tridesetih minut glede na časovno določitev prejema zdravila.	Uporaba tovarniških predhodno pripravljenih zdravil.	Dosledno evidentiranje neželenih dogodkov in zbiranje podatkov.	Spodbujanje kontinuiranega razpravljanja o tveganjih ter stranskih učinkih zdravil med zdravstvenimi delavci.
Upoštevanje protokola opazovanja pacienta.	Dostopnost informacij o zdravilih vsem zdravstvenim delavcem.	Elektronska zdravstvena dokumentacija.	Ustrezna kadrovska zasedba.
Poznavanje načinov preprečevanja stranskih učinkov.	Predhodna seznanitev z navodili proizvajalca za uporabo posameznega zdravila.	Omejen dostop zdravilom z večjim tveganjem.	Upoštevanje etičnih smernic zdravstvene nege.
Razvijanje sposobnosti opazovanja in zbranost pri delu.	Seznanitev z internimi predpisi glede naročanja zdravil.	Dosledna in natančna predaja službe.	Vzpostavitev standardov profesionalnega obnašanja.
Upoštevanje, poznavanje in izvajanje predpisanih strokovnih standardov za dajanje zdravil.		Poročanje strokovne napake - prijava neželenega dogodka, varnostnega incidenta ali odstopanja od standardov stroke.	Postavitev varnosti pacienta na prvo mesto kot vrednoto.

Zaključek

Smernice za preprečevanje strokovne napake, povezane z zdravili so inštrument za preprečevanje strokovnih napak, do katerih lahko pride neustrezno ravnanje z le-temi. Odgovornost medicinske sestre je smernice dobro poznati in jih tudi uporabljati pri vsakodnevem delu. Namreč, če bo medicinska sestra vedela, katere so tiste okoliščine in skriti latentni pogoji, ki povečajo možnost človeške napake, jih bo lahko tudi preprečila. Zdravstveni delavci predstavljamo mehanizem zdravstvene ustanove in ključ njene kakovosti. Le na kratko se spomnimo, zakaj smo izbrali ravno delo s pacienti za naš poklic. V tem kontekstu nam nič drugega ne bi smelo zavzeti višjega mesta na lestvici pomembnosti kot dejstvo, da nas nekdo potrebuje, ne glede na niz okoliščin, ki spremljajo naše delo. Medicinske sestre moramo svojo pogrēšljivost in odgovornost razumeti in sprejeti, le tako bomo lahko vzpostavile višjo stopnjo kakovosti oskrbe pacientov, njihovega zadovoljstva, predvsem pa

zagotavljanje glavnega, visoko cenjenega produkta zdravstvene oskrbe - zdravja. Odgovorno ravnanje z zdravili od medicinske sestre terja ne le upoštevanje standardov in smernic, temveč tudi nenehno izobraževanje in raziskovanje na tem področju.

Literatura

- Anderson P, Townsend T. Medication errors: Don't let them happen to you. *Amer Nurs Tod.* 2010; 5 (3): 23–7.
- Bračič A. Varnost pri aplikaciji zdravil v enoti intenzivne terapije. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega – kakovostna, učinkovita in varna. 6. Mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 681–8.
- Council recommendation of 9. June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Luxembourg: Official journal of the European union; 2009.
- Cousins D, Dewsbury C, Matthew L, Nesbitt I, Warner B, Chamberlain J, et al. *Safety in doses: Medication safety incidents in the HNS.* London: National patient safety agency; 2007.
- Černoga A. *Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre.* Ljubljana: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2006.
- Downie G, Mackenzie J, Williams A, Hind C. *Pharmacology and Medicines Management for Nurses.* Philadelphia: Elsevier; 2008.
- Glasheen JJ. *Hospital Medicine Secrets.* Philadelphia PA: Mosby Elsevier; 2007.
- Glavin RJ. Drug Errors: Consequences, Mechanisms, and Avoidance. *Br J Anaesth.* 2010; 105 (1): 76–82.
- Hajdinjak G, Meglič R. *Sodobna zdravstvena nega.* Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2006.
- Henneman AE, Gawlinski A, Blank FS, Henneman PL, Jordan, D, McKenzie JB. *Strategies Used by Critical Care Nurses to Identify, Interrupt, and Correct Medical Errors,* 2009. Dostopno na <http://www.ebscohost.com/cinahl/731965> (17. 3. 2011).
- Ivanjko Š. Odgovornost in zavarovanje odgovornosti zdravnika In: Rijavec et al., eds. *Medicina in pravo. Sodobne dileme II.* Maribor: Pravna fakulteta univerze v Mariboru, Zdravniško društvo Maribor; 2010: 177–86.
- Ivanuša A, Železnik D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege.* Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.
- Karadžić Šmitran D, Trifoni N, Sebešan A. Pogovor o varnosti pri aplikaciji terapije. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. *Učimo se varnosti od najboljših: Prikaz dobrih praks. Zbornik predavanj. 3. Dnevi Angele Boškin. Gozd Martuljek: Splošna bolnišnica Jesenice;* 2010: 97-9.
- Kelhar A, Lednik L. Medicinska sestra v odnosu do dela in bolnika zagotavlja kakovost, varnost in učinkovitost. In: Filej B, Kersnič P, eds. *Zdravstvena in babiška nega - kakovostna, učinkovita in varna. Mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege. V B.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 255–60.

- Kadivec S. Vpliv notranjega nadzora na kakovost zdravstvene nege. In: Kramar Z, Kraiger A, eds. Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks. Zbornik predavanj. 3. Dnevi Angele Boškin. Gozd Martuljek: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010: 61–4.
- Koban B. Neželeni dogodki v zdravstveni negi in njihov vpliv na kakovost dela. In: Čuk V, eds. Raziskovanje, izobraževanje in razvoj v psihiatrični zdravstveni negi. Pravice bolnikov in zaposlenih. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Oddelek za psihiatrijo; 2006: 21–32.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2005.
- Kramar Z. Neskladnosti pri razdeljevanju zdravil zaradi prekinitev. In: Skela-Savič B, eds. Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi – na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege. 3. Mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2010: 153–61.
- Luksemburška deklaracija. Luxembourg: European commission, DG health and Consumer Protection; 2005.
- Peate I. Essential Nursing Care. In: Lawson L, Peate I, eds. Principles of medicine management. New Delhi: Blackwell Publishing; 2009: 31–66.
- Prebil A, Mohar P, Fink A. Etika in zakonodaja v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport; 2010.
- Reason J. The human contributor: Unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham: Ashgate publishing; 2008.
- Robida A. Varnost pacientov, napake, sindrom ranljivega sistema in pravična kultura. In: Berkopec M, eds. Vrednote v zdravstveni negi. 2. Dnevi Marije Tomšič. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto. Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto. Visoka šola za zdravstvo Novo mesto; 2010a: 16–20.
- Robida A. Varnostni zaplet pri pacientu – Nova znanost, stara praksa. In: Reberšek Gorišek J, Kraljič S, eds. Odgovornost v zdravstvu. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor. Zdravniško društvo Maribor in pravniško društvo; 2010b: 18–25.
- Siviter B. The Student Nurse Handbook – A survival Guide. Philadelphia PA: Elsevier; 2008.
- Šmitek J, Kirst A. Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2008.
- Thomas AN, Panchagnula U. Medication-related patient safety incidents in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*. 2008; 8 (63): 726–30.
- Williams DJP. Medication errors. *Royal College of Physicians of Edinburgh*. 2007; 7 (37): 343–346.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 23/2005.
- Železnik D, Brložnik M, Hajdarević Buček I, Dolinšek M, Filej B, Istenič B, et al. Poklicne kompetence in aktivnosti v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2008.

Sekcija 7

Priprava pacienta, diagnostika in zdravljenje

Otrok v bolnišnici

Child in hospital

Marija Horvat, Barbara Kegl, Metka Harih

Povzetek

Izhodišča: Sprejem otroka v bolnišnico povzroči pri otroku in pri starših nemir in strah. Odnos med medicinsko sestro, otrokom in staršem je dinamično stanje, ki se razvija, spreminja in ob tem vpliva na boljšo zdravstveno obravnavo otroka ter na osebno rast vseh udeležencev.

Metode: V raziskovalnem delu smo predstavili zdravstveno nego bolnega otroka v bolnišnici po teoriji Hildegard Peplau in smo izvedli terensko študijo. Podatke smo zbrali s pomočjo anonimne ankete na otroškem oddelku med medicinskimi sestrami in starši otrok, ki so bili hospitalizirani.

Rezultati: 64 % medicinskih sester meni, da pri otroku najbolj prevzamejo vlogo svetovalca, 24 % pa vlogo nadomestne osebe. V odnosih do medicinskih sester je za otroke in starše v 16 (64 %) primerih pomembno zaupanje, v 1 (4 %) primeru spoštovanje, v 1 (4 %) primeru pričakovanja in v 7 (28 %) primerih medsebojno razumevanje vpletenih. 44 % medicinskih sester je mnenja, da njihov medosebni odnos do otroka in staršev temelji na strokovnem znanju, 32 % pa jih meni, da ta odnos temelji predvsem na izkušnjah.

Razprava in zaključek: Za vzpostavitev dobre komunikacije ter pristnega in zaupanja vrednega odnosa je pomembno, da temeljijo na zaupanju in sodelovanju otrok in staršev. 68 % medicinskih sester meni, da z otrokom in starši komunicira jasno in kontinuirano. Medicinska sestra za omenjeno potrebuje specialno znanje in izkušnje. Samo dober, zaupanja vreden odnos prispeva k spoštovanju vseh udeležencev, zagotavlja dobro počutje in zadovoljstvo otroka, družine in medicinske sestre v času, ko je otrok v bolnišnici.

Ključne besede: otrok, starši, medicinska sestra, medosebni odnos, bolezen, komunikacija.

Abstract

Introduction: Admission to the hospital causes the child to the child and the parents' own anxiety and fear. The relationship between the nurse, children and parents is a dynamic situation that is evolving, changing and taking effect on improving medical treatment of children and the personal growth of all participants.

Methods: In the research we have presented health care for a sick child in hospital, the theory of Hildegard Peplau, and we carried out field study. Data were collected through anon-

ymous surveys in the children's ward nurses and parents of children who were hospitalized. Results: 64 % of nurses believe that most of the child acting as a consultant, 24 % and the role of surrogate. In relations to the nurses for children and parents in 16 (64 %) cases, an important trust, in 1 (4 %) case of compliance, in 1 (4 %) in the case of expectations and 7 (28 %) cases involved mutual understanding. 44 % of nurses believe that their interpersonal relationship with the child and parents based on expertise, 32 % think that this relationship is based primarily on experience.

Discussion and conclusion: To establish good communication and a genuine and trustworthy relationship is important to be based on trust and cooperation of children and parents. 68 percentages of nurses believe that, from children and parents to communicate clearly and continuously. The nurse said to require special knowledge and experience. Just a good, trustworthy relationship contributes to the respect for all parties, ensuring the welfare and satisfaction of children, families and nurses at a time when the child is in hospital.

Keywords: child, parent, nurse, interpersonal relationship, illness, communication.

Uvod

Zdravje omogoča in zagotavlja kakovostno življenje otrok in njihovih družin ter je temeljni vir vsake družine. Medsebojni odnosi so ključnega pomena za profesionalno zdravstveno nego, še posebej, ker so velikokrat povezani z boleznijo in posledično s trpljenjem (Pajnkihar, 2007 cit. po Oštir, 2008, 162).

Zdravstvena nega bolnega otroka mora zagotoviti pomoč otroku in družini v premagovanju fizioloških, psiholoških, socialnih in duhovnih vplivov na zdravstveni problem otroka. Zasnovana mora biti na konceptu individualizirane in k otroku usmerjene zdravstvene nege, kateri bo cilj vzpostavitev partnerskega odnosa med medicinsko sestro, otrokom in starši. Otrok in starši pa morajo v procesu zdravstvene nege prevzeti aktivno in partnersko vlogo (Pajnkihar, 2011).

Otrok v bolnišnici

Ko bolezen pri otroku napreduje v tolikšni meri, da je potreben sprejem v bolnišnico, se otroku in tudi njegovim staršem zastavijo mnoga vprašanja, ki zadevajo bolnega otroka in njegove starše. Starši se počutijo nemočni v otrokovi bolezni, bojijo se odziva bolnega otroka, posledic zdravljenja in bivanja v bolnišnici. Najpomembnejši so skrb za zdravje, neodvisnost bolnega otroka, premagovanje nastalih stisk in predanost otroku, ko otrok najbolj potrebuje svoje starše (Harih, Kegl, Pajnkihar, 2011, 36).

S celovito, individualno, kompleksno in humano zdravstveno nego jim lahko zagotovimo prijetnejše bivanje v bolnišnici. S tem vplivamo na izboljšanje otrokovega zdravstvenega stanja in pospešimo vrnitev otroka v domače okolje (Harih, Kegl, Pajnkihar, 2011, 41).

Vloga medicinske sestre v medosebnem odnosu pri bolnem otroku in starših

Hildegard Peplau predstavlja šest vlog medicinskih sester, obenem pa pravi, da to število še zdaleč ni popolno. Hajdinjak, Meglič (2006, 198) opisujeta naslednje vloge. Vloga tujca je prva vloga medicinske sestre v začetku medosebnega odnosa. Od nje se pričakuje in zahteva spoštovanje do pacienta in zanimanje zanj, sprejemanje pacienta takšnega, kot je, brez predsodkov. Vloga medicinske sestre je kot vir informacij (resurs), kjer pacientu podaja jasne

in točne odgovore na vsa vprašanja. Vloga učitelja je kombinacija vseh vlog in temelji na prepričanju, da je potrebno pacienta podpirati. Vloga voditelja poteka po demokratičnem načinu vodenja. Medicinska sestra obravnava pacienta kot partnerja, ki aktivno sodeluje. Opravlja vlogo nadomestne osebe, kjer pacient pogosto v osebi, ki ga neguje, ne vidi medicinske sestre, ampak nekoga, ki mu zaupa in ga medicinska sestra le nadomesti (lahko osebo iz otroštva). Vloga svetovalca je za H. Peplau ena najpomembnejših vlog medicinske sestre v zdravstveni negi. Svetovanje je reakcija medicinske sestre na izražene želje in potrebe pacienta (otroka).

Faze terapevtskega odnosa med medicinsko sestro, otrokom in starši

Hildegard Peplau opisuje terapevtski proces, ki se odvija med medicinsko sestro in pacientom v štirih fazah. Te faze se pogosto v praksi med seboj prepletajo in jih je potrebno razumeti kot med seboj odvisno celoto. Te faze so orientacija, identifikacija, koriščenje in razrešitev (Hajdinjak, Meglič, 2006, 192). Orientacija je prva začetna faza, kjer otrok in njegova družina potrebujejo pomoč. Način, kako pomoč poiščejo in potrebujejo, omogoči medicinski sestri, da oceni in spozna nivo sposobnosti otroka in družine za medsebojno sodelovanje. V fazi identifikacije mora otrok dobiti občutek, da je kot osebnost upoštevan. V fazi koriščenja (eksploatacije) medicinska sestra daje občutek stalne pozitivne poklicne naklonjenosti. Razrešitev je zadnja faza v medosebnem odnosu medicinske sestre, otroka in staršev, ko svoj medosebni odnos zaključijo. To pomeni, da otrok in starši pričnejo sami zadovoljevati svoje potrebe in samostojno reševati svoje probleme (Hajdinjak, Meglič, 2006).

Namen

Namen raziskave je ugotoviti dejanski medosebni odnos med medicinsko sestro, otroki in starši v bolnišnici. Udeležencem v raziskavi sta bili zastavljeni dve raziskovalni vprašanji: »Ali medicinske sestre ustvarjajo pristen in zaupanja vreden odnos v zdravstveni obravnavi bolnega otroka in staršev?« in »Ali imajo medicinske sestre dovolj znanja in veščin za dober medosebni odnos v pediatrični zdravstveni negi?«

Metode

Pri izdelavi raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela. Analiza domače in tuje literature nam je omogočila opredelitev teoretičnih izhodišč. V raziskovalnem delu smo izvedli terensko študijo, in sicer s pomočjo anonimnega anketnega vprašalnika za medicinske sestre in za starše otrok. Raziskovalni vzorec je zajemal 25 medicinskih sester in 25 staršev otrok, ki so bili hospitalizirani v bolnišnici. Podatke, ki smo jih dobili, smo statistično obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel ter rezultate ponazorili v obliki grafikonov.

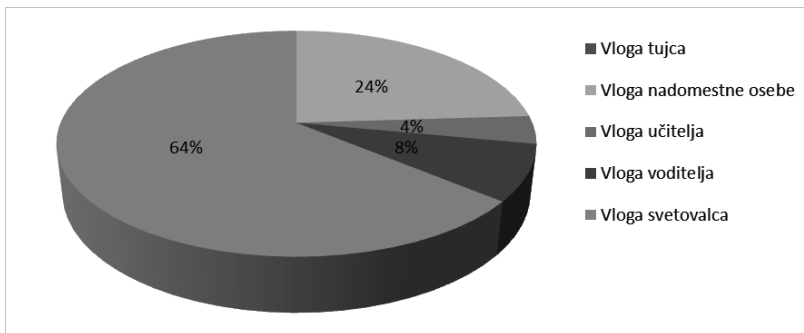
Etični vidik

Starše otrok in medicinske sestre smo seznanili z raziskavo, jih prosili za privolitev k sodelovanju in jim tudi omogočili odklonitev v sodelovanju pri raziskavi. Podatke, ki smo jih dobili, smo uporabili le v raziskovalnem delu.

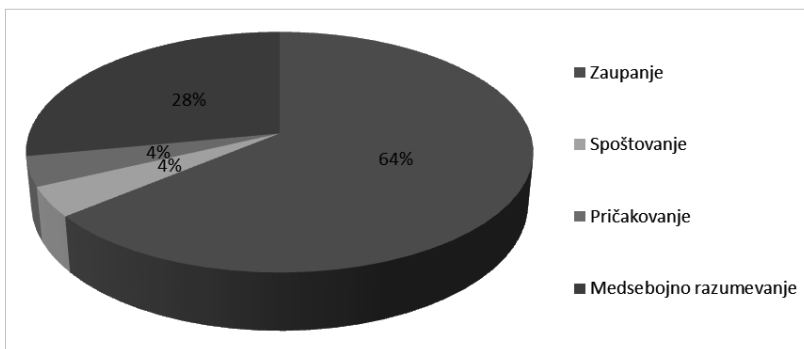
Rezultati

Analiza zbranih podatkov nam razkrije, da je povprečna starost medicinskih sester 37 let in povprečna starost hospitaliziranih otrok 7 let. Medicinske sestre menijo, da pri otroku

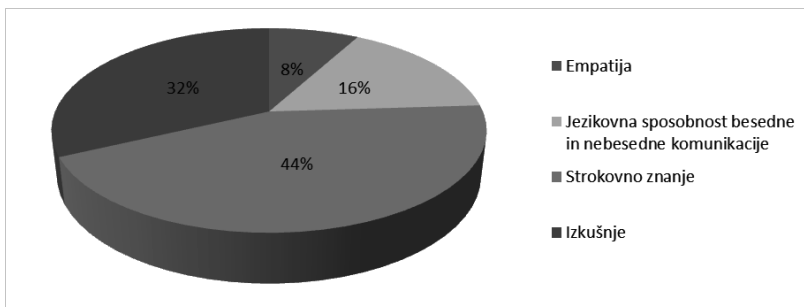
prevzamejo vlogo nadomestne osebe v 6 (24 %) primerih in vlogo svetovalca v kar 16 (64 %) primerih (Slika 1). V odnosih do medicinskih sester je za otroke in starše v 16 (64 %) primerih pomembno zaupanje, v 1 (4 %) primeru spoštovanje, v 1 (4 %) primeru pričakovanja in v 7 (28 %) primerih medsebojno razumevanje vpletenih. (Slika 2). 44 % medicinskih sester je mnenja, da njihov medosebni odnos do otroka in staršev temelji na strokovnem znanju, 32 % pa jih meni, da ta odnos temelji predvsem na izkušnjah (Slika 3).



Slika 1: Vloge medicinske sestre.



Slika 2: Pomembnost v medosebnih odnosih.



Slika 3: Temelji za medosebni odnos do otroka

Razprava

Na podlagi analize odgovorov medicinskih sester in staršev hospitaliziranih otrok ugotavljamo, da so se skoraj vsi člani otroku in staršem vedno predstavili. Omenjeno so po-

trdili tudi vsi starši. Zelo pomembno je, da se medicinska sestra predstavi, saj je prvi stik pomemben za vzpostavitev pristnega ter zaupanja vrednega odnosa. Na osnovi opažanj in občutenj ob prvem stiku si ustvarijo mnenja o delu medicinskih sester v bolnišnici. Ustvarjanje medsebojnega odnosa med medicinsko sestro, otrokom in starši se začne ob prvem srečanju, s pogledom, dotikom roke in podajanjem informacij (Bele, Pajnkihar, 2006, 119).

Medicinske sestre se zavedajo, da medosebni odnos do otroka in staršev v 44 odstotkih temelji na strokovnem znanju in v 32 odstotkih na izkušnjah. Oštir (2008, 168) navede, da smo medicinske sestre tiste, ki vzpostavimo komunikacijske poti med otrokom, družino in zdravstvenimi delavci, to pa nam seveda omogoča znanje, izkušnje ter kontinuiteta dela z bolnikom in njegovimi svojci.

Glede prevzemanja vlog v medosebnem odnosu so mnenja različna. Zanimiv je podatek, da medicinske sestre sebe nikoli ne vidijo v vlogi tujca. 64 odstotkov jih prevzema vlogo svetovalke in 24 odstotkov vlogo nadomestne osebe pri otroku. Starši pa v 54 odstotkih vidijo medicinsko sestro najprej v vlogi nadomestne osebe in nato v vlogi svetovalca. Tudi za Hildegard Peplau je vloga svetovalca ena izmed najpomembnejših vlog, ki jih medicinska sestra prevzame pri pacientu (Hajdinjak, Meglič, 2006, 199). Zadovoljstvo medicinskih sester, otrok in staršev v komunikaciji in medosebnih odnosih ocenjujejo medicinske sestre, otroci in starši kot zelo dobro. Ta podatek preseneča, saj vsi vemo, da zaradi narave in vsebine dela medicinske sestre nimajo toliko časa, kot bi si ga vedno želele. Učinkovita komunikacija, ki predstavlja temelj vzajemnih in zaupljivih medsebojnih odnosov, je osnovni pogoj za sodelovanje otroka in njegovih staršev v celotnem procesu zdravljenja (Bele, Pajnkihar, 2006, 121). Medicinske sestre, ki delajo z otroki in njihovimi starši, potrebujejo stalni profesionalni razvoj in osebnostno rast. Večjo kakovost dela in izpolnitev poklicne vloge lahko medicinske sestre dosežemo s profesionalnim znanjem in spretnostimi, s sposobnostjo empatije in dobrega komuniciranja (Bele, Pajnkihar, 2006, 123).

Zaključek

Medsebojni odnosi so ključnega pomena in so zelo pomembni v zdravstveni negi. Sprejem otroka v bolnišnico predstavlja zelo velik stres za starše in otroka samega. Zelo pomemben je prvi stik z medicinsko sestro, na osnovi tega prvega stika z medicinsko sestro otrok in starši si ustvarjajo vtis in mnenje o članih negovalnega tima. Za vzpostavitev pristnih in zaupljivih medosebnih odnosov potrebujejo medicinske sestre in drugi člani znanje in veščine v komunikaciji. Zorec (2000, 225) navaja, da je učinkovita komunikacija med medicinskimi sestrami, starši in otroki nujna. Navsezadnje so tudi otrok in starši tisti, ki ocenjujejo delo medicinskih sester v bolnišnici.

Literatura

- Bele T, Pajnkihar M. Spoštovanje moralno-etičnih elementov v komunikaciji z otrokom in starši ob sprejemu. In: Filej B, et al. eds. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006: 119–24.
- Hajdinjak A, Meglič, R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2006.
- Harit M, Kegl B, Pajnkihar M. Prilagajanje predšolskih otrok na zdravljenje v bolnišnici, njihove pravice in pomen bolnišničnega vrtca. In: Pevec M, eds. VIII. Sreča-

- nje medicinskih sester v pediatriji. Maribor: Univerzitetni klinični center; 2011: 35–41.
- Kos F. Otroci v bolnišnici; psihično doživljanje hospitalizacije. 2001. Dostopno na: http://baza.svarog.org/pedagoske_znanosti/otroci_v_bolnišnici.php (04. 05. 2011).
- Kranjec T, Krašovec T, Primožič J. Sožitje staršev, otrok, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v času zdravljenja otrok v bolnišnici. *Obzor Zdr N.* 2003; 37: 189–92.
- Oštir M. Celostna obravnava otroka s kronično pljučno boleznijo. *Slovenska Pediatrija: revija združenja pediatrov Slovenije in Združenja specialistov šolske in visokošolske medicine Slovenije.* Ljubljana, 2008; 15 (2): 162–169.
- Pajnkihar M, Harih M. Zdravstvena nega otroka in mladostnika (zbrano interno učno gradivo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.
- Peterka Novak, J. Spretnosti in izzivi zaposlenih pri delu s starši bolnih otrok in mladostnikov. Vizija pediatrične zdravstvene nege in novosti na področju besežiranja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji; 2005: 45–50.
- Ramšak Pajk, J. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzor Zdr N.* 2000; 34: 27–31.
- Zorec J. Pomen komunikacije v zdravstveni negi hospitaliziranega otroka. *Obzor Zdr N.* 2000; 34: 221–5.

Magnetno resonančna spektroskopija bolezenskih sprememb v možganih

Magnetic resonance spectroscopy of brain conditions changes

Tina Lončarič, Janez Podobnik, Nuška Pečarič Meglič

Povzetek

Izhodišča: Magnetno resonančna spektroskopija (MRS) je neinvazivna preiskava, ki meri biokemične spremembe v možganih in omogoča zaznavo prisotnosti tumorjev. Namen prispevka je predstaviti metodo MRS in izpostaviti njen glavni pomen pri diagnostiki različnih možganskih sprememb in bolezni.

Metode: Metodi dela sta pregled literature, ki obravnava isto temo in pregled podatkov v bazi pacientov, pri katerih so opravili MRS na Nevroradiološkem oddelku Kliničnega inštituta za radiologijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani.

Rezultati: Prikazani so magnetno resonančni spektri bolezenskih sprememb pri pacientih, katerim so imeli bolezenske spremembe v predelu možganov diagnosticirali s pomočjo MRS.

Razprava in zaključki: Rezultate sprememb vrednosti posameznih metabolitov pri nekaterih vrstah bolezenskih sprememb v možganih smo primerjali z navedbami v literaturi. MRS pomaga pri postavitvi diagnoze, razlikuje med benignimi in malignimi spremembami, vendar ne vedno uspešno.

Ključne besede: magnetno resonančni spekter, metaboliti, ppm, pulzni zaporedji STEAM in PRESS.

Abstract

Introduction: The magnetic resonance spectroscopy (MRS) is a non-invasive diagnostic test for measuring biochemical changes in the brain, especially the presence of tumours. The purpose of this project was to present the MRS and to highlight its purpose in connection with diagnosing brain tumours and brain diseases.

Methods: The review of the literature and the review of the database of patients examined with MRS imaging at University medical centre Ljubljana, Institute of radiology, Department of neuroradiology.

Results: MRS was performed on patients who had pathologic changes in their brain. The results were different magnetic resonance spectrums reflecting different pathologic changes in the brain.

Discussion and conclusion: The results were different magnetic resonance spectrums that reflected different pathologic changes in the brain. The changes were compared with the in-

dications in the literature. The purpose of the MRS is to distinguish between benign and malignant changes; however it is not always successful.

Key words: magnetic resonance spectrum, metabolites, ppm, the STEAM and PRESS pulse sequences.

Uvod

Magnetno resonančna spektroskopija (MRS) je neinvazivna preiskava, ki meri biokemične spremembe v možganih in zaznava prisotnost tumorjev (Orgon, Vagal, 2010). MRS deluje na enakih fizikalnih načelih kot magnetno resonančna tomografija (MRT), kjer prihaja do izmenjave energije med zunanjim magnetnim poljem in jedri atomov v človeškem telesu. Najpomembnejša razlika med MRT in MRS je ta, da pri MRT dobimo dvo ali tri-dimenzionalne slike, pri MRS pa spekter možganskih metabolitov (Medical Policy, 2011). MRT daje informacije o anatomski strukturi tkiva preiskovanega dela telesa ter podatke o distribuciji vode in maščobe v telesu, MRS pa omogoča pridobiti biokemične informacije o sestavi tkiv v telesu. MRT prikaže lokacijo in obliko tumorja, MRS pa stopnjo njegove agresivnosti (In vivo magnetic resonance spectroscopy, 2011).

Glavni cilji MRS, ki je razmeroma nova diagnostična metoda, so:

- 1) diferenciranje diagnoz bolezenskih procesov,
- 2) ocenjevanje napredka bolezni in
- 3) ocenjevanje končnega rezultata zdravljenja (Koren, 2002).

Protonsko MRS kot spektroskopsko preiskavo najpogosteje uporabljajo v nevro radiologiji. Človeški možgani vsebujejo na stotine različnih metabolitov, vendar pa protonska MRS lahko odkrije le tiste, katerih koncentracija je vsaj mili-molarna.

MR protonski spekter prikazuje metabolite v določenem zaporedju. Metaboliti so prikazani kot serija vrhov v grafu, MR spektru. Vrh lahko opišemo kot MR signal skupine protonov, na primer treh protonov CH_3 molekulske skupine. Položaj njenega vrha na horizontalni osi je odvisen od lokalnega magnetnega polja na mestu te skupine protonov. Horizontalna os je os kemičnega premika ali frekvenčna os. Vrhovi protonov različnih molekulskih skupin v različnih spojinah so na horizontalni osi na različnih položajih, glede na magnetno polje, ki ga ustvarja njihova molekulska skupina resonirajo pri različnih frekvencah. Položaj vrha na osi kemičnega premika je značilen za vsako posamezno spojino oziroma možganski metabolit. Višina vrha ali ploščina pod krivuljo pomeni količino metabolita, ki je prikazan z grafom. Graf prikazuje razmah resoniranja metabolitov v določeni frekvenci. Abscisna os označuje resonančno frekvenco v enoti ppm (angl. *parts per million*) ali v Hz (hertz), ordinatna os pa izraža velikost signala. Vrh spektra pokaže prisotnost oziroma odsotnost ter količino metabolitov in predstavlja biokemični prstni odtis možganov (Danielsen, Ross, 1999). Glavni možganski metaboliti so predstavljeni v Tabeli 1.

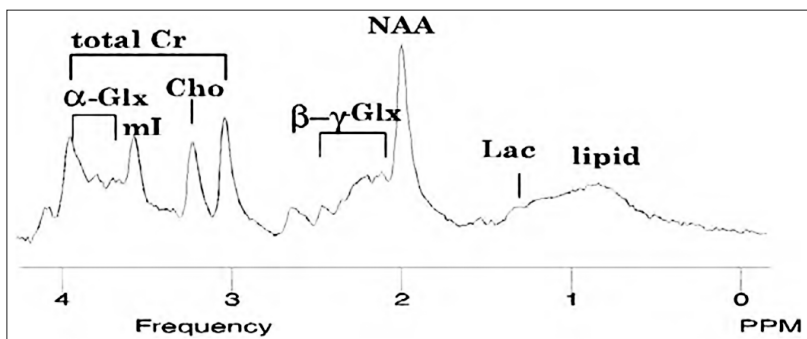
Tabela št. 1: Glavni možganski metaboliti.

Vrsta metabolita	Pomen metabolita	Vrh v MR spektru
n-acetil aspartat (NAA)	marker nevronov	2,0 ppm
holin (cho)	indikator gostote celic in izmenjave snovi skozi celično membrano	3,22 ppm
kreatin (cr)	povezan s prenosom celične energije	3,0 ppm

Vrsta metabolita	Pomen metabolita	Vrh v MR spektru
laktat (lac)	odsoten v normalnem tkivu možgan, prisoten pri procesu anaerobne glikolize	1,33 ppm
lipid (lip)	povišan pri pojavu tumorja, infekcije ali metabolnega procesa	1,3 ppm
mio-inositol (ins)	sladkor, marker v znotrajceličnih osmotskih procesih	3,56 / 4,06 ppm
glutamat/glutamin/gaba	nevrottransmiterji, markerji nevrnsko-glijalnih interakcij	2,0–2,5 ppm / 3,4–3,7 ppm

Vir: Sajjad Z, Alam S (2007). Magnetic resonance spectroscopy (MRS): Basic principles and applications in focal brain lesions. Pak J Neurol Sci 2 (1): 43–44.

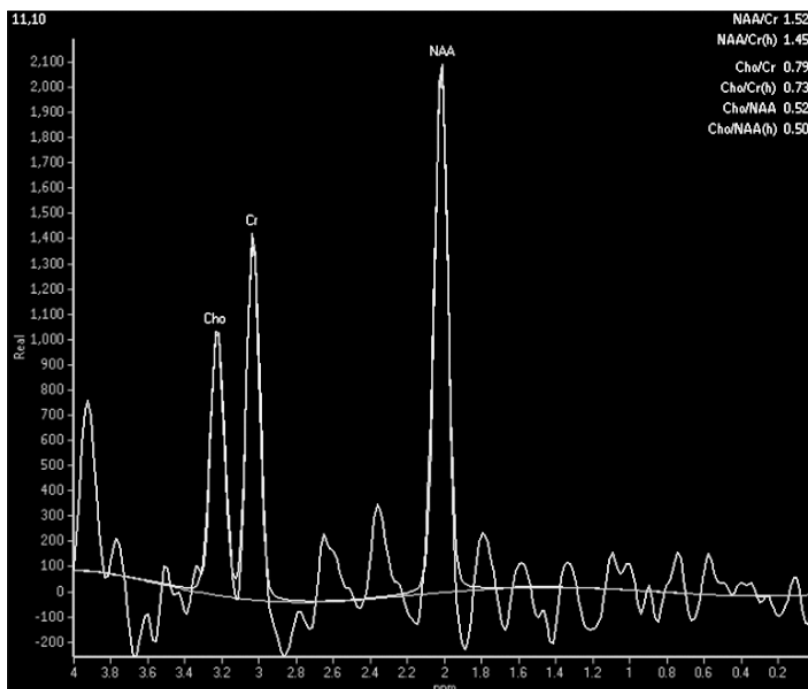
Osnovni metaboliti so n-acetil aspartat (NAA), holin (Cho) in kreatin (Cr). Količina metabolita je izražena v razmerju višine metabolita glede na Cr, ki ima med vsemi metaboliti najbolj stabilno koncentracijo. Ppm skala se po dogovoru bere od leve proti desni (Hasselink). Protonski MR spekter na sliki 1 prikazuje razmerje metabolitov v normalnih možganih pri odraslem človeku, kjer dominantni vrh, ki je najvišji, predstavlja metabolit NAA (2,0 ppm), sledijo mu kreatin (3,0 ppm), holin (3,22 ppm) in glutamat/glutamin z dvema vrhovoma levo od NAA, na desni strani pa se nahajajo laktat (Lac) (1,33 ppm) in lipidi (1,3 ppm).



Slika 1: Protonski MR spekter normalnega možganskega tkiva. Vir: Royal Philips Electronics N.V. (2006). Application Guide. Vol. 4:2–23.

Razmerja med metaboliti pomagajo pri razlikovanju med posameznimi vrstami tumorjev in določanju vrste bolezni opazovanega tkiva.

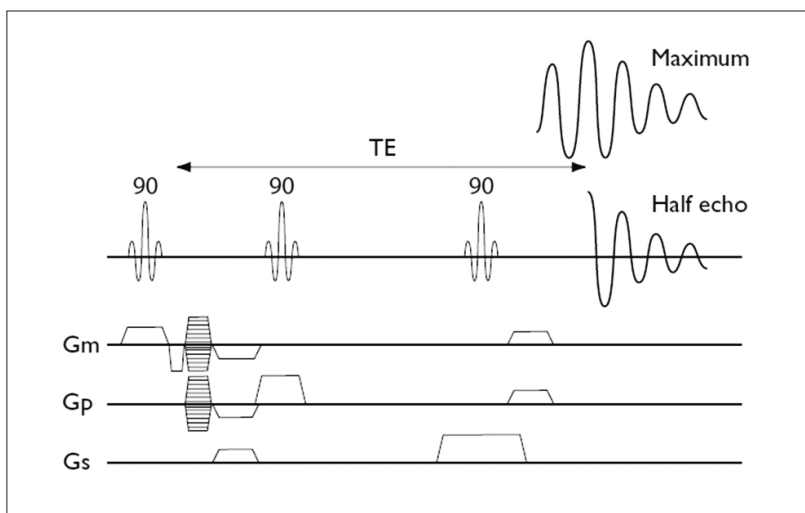
Pri MRT celotni signal iz vseh protonov v vsakem volumskem elementu pripomore k nastanku slike. Če bi za nastanek slike uporabili celotni signal, bi bila spektralna vrhova vode in maščobe tako velika, da bi ostale metabolite naredila nevidne. Ker nas pri MRS voda in maščoba ne zanimata, se maščobi izognemo s postavitvijo volumskega elementa, v katerem opravimo meritve v izbrano področje možganov tako, da se izognemo maščobi, kostnemu mozgu in lasišču. Zasičenje signala vode (angl. *water suppression*) dosežemo z uporabo sekvenčnega zaporedja CHESS (angl. *CHEMical-Shift-Selective*) ali IR (angl. *Inversion Recovery*). Metode zasičenja vode so ekscitacija, inverzija, SWAMP in BASING pulz (Royal Philips Electronics, 2006).



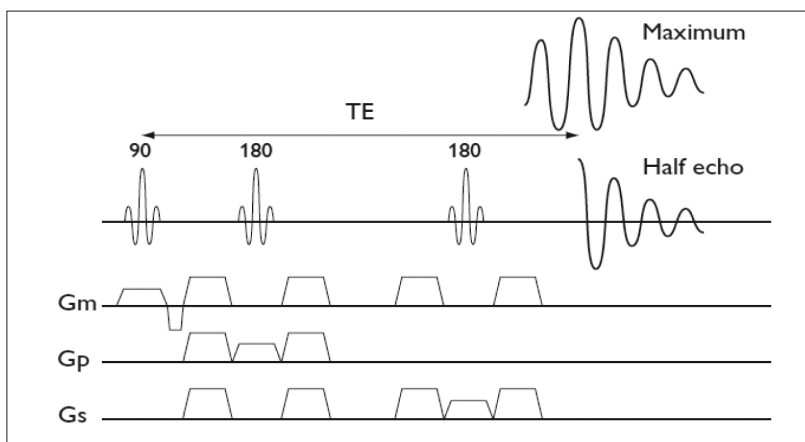
Slika 2: MR spekter normalnega možganskega tkiva. Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.

Pri teh tehnikah uporabljamo dve vrsti pulznih zaporedij in sicer STEAM in PRESS: – *STEAM* (angl. *STimulated Echo Acquisition Mode*) (Slika 3) je pulzno zaporedje z 90° radiofrekvenčnim pulzom, ki pridobiva signal kot zaporedje gradient echo. Zaporedje zagotavlja krajši čas odmeva, vendar na račun slabšega razmerja signal-šum (Hasselink). STEAM vsebuje tri 90° pulze. Želeni končni signal dosežemo z vzbujevalnim pulzom, ki ga sestavljajo transverzalna magnetizacija iz prvega 90° pulza, sprememba v longitudinalno magnetizacijo v drugem 90° pulzu in vrnitev nazaj v transverzalno magnetizacijo v tretjem 90° pulzu. Čas med drugim in tretjim pulzom, ko je magnetizacija v longitudinalnem stanju, se imenuje čas mešanja (angl. *mixing time*). Ta čas ima vpliv na pojav določenih metabolitov v MR spektru, kot so npr. laktat, glutamin/glutamat.

– *PRESS* (angl. *Point RESolved Spectroscopy*) (Slika 4) je pulzno zaporedje s 180° radiofrekvenčnim pulzom (Hasselink). PRESS je metoda izbora v protonski MRS. Zaporedje vsebuje 90° vzbujevalni pulz, kateremu sledita dva 180° pulza (Royal Philips Electronics N.V., 2006). V izbranem pulznem zaporedju začetnemu 90° radiofrekvenčnemu pulzu sledi fazni gradient. Da izničimo nezaželen signal proste precesije, sta 180° pulza postavljena med dva izravnalna gradienta. Moč gradienta in trajanje izravnalnih gradientov določa kontrola parametrov meritve (Royal Philips Electronics N.V., 2006). Trenutno je PRESS preferenčna metoda izbora, predvsem na račun boljšega razmerja signal-šum (Koren, 2002).



Slika 3: STEAM pulzno zaporedje. Vir: Royal Philips Electronics N.V. (2006). Application Guide. Volume 4: 3–6.



Slika 4: PRESS pulzno zaporedje. Vir: Royal Philips Electronics (2006). Application Guide. Volume 4: 3–3.

MRS se lahko izvaja z različnimi metodami. Med njimi bomo izpostavili dve. Prva je SVS (angl. *Single-Voxel Spectroscopy*), pri kateri en sam volumski element postavimo na izbrano področje tkiva in z njegovo pomočjo pridobimo celoten spekter metabolitov. Druga metoda je MVS (angl. *Multi-Voxel Spectroscopy*), na podlagi katere spekter metabolitov pridobimo iz velikega števila volumskih elementov, postavljenih v izbrani del tkiva (Sajjad, Alam, 2007). Tehnika SVS se uporablja pri postavljanju začetnih diagnoz, ker je razmerje signal-šum visoko in zajame prikaz vseh metabolitov. Tehnika MVS pa se uporablja za oceno odgovora na zdravljenje bolezni in morebitne ponovitve tumorja (Hasselink).

Eden izmed parametrov, ki močno vplivajo na obliko spektra metabolitov je TE (čas odmeva). S kratkim TE (30 msec) prikažemo metabolite s kratkim in dolгим časom T2 relaksacije, z dolгим TE (270 msec) pa tiste z dolгим T2 časom. Kratek TE omogoča bolj

natančno diagnosticiranje možganskih sprememb na splošno, medtem ko je dolgi TE primernejši za diagnosticiranje posameznih bolezenskih sprememb na primer meningeomov (Majos et al., 2004).

Metoda MRS se uporablja pri odkrivanju metaboličnih sprememb v možganskih tumorjih, pri možganskih boleznih in spremembah, kot so možganski infarkt, Alzheimerjeva bolezen, depresija, epilepsija, infekcije in nevrodegenerativne bolezni, kjer prihaja do porušenega razmerja metabolitov v normalnem MR spektru (in vivo magnetic resonance spectroscopy).

Namen prispevka je predstaviti metodo magnetno resonančne spektroskopije, ki kot razmeroma nova diagnostične metode omogoča pridobitev biokemičnih informacij o tkivih v človeškem telesu. V raziskovalnem delu prispevka bomo prikazali glavni pomen uporabe metode MRS pri različnih možganskih spremembah in boleznih ter rezultate uporabe te metode, kot spektralni prikaz vrednosti posameznih metabolitov pri določeni možganski spremembi npr. možganskem tumorju ali metastazi itd.

Metode

Metoda, ki sem jo uporabila, je pregled literature ki obravnava MRS in pregled podatkov v bazi pacientov (Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek), pri katerih so opravili MRS v obdobju od januarja 2011 do januarja 2012. Zajeli smo 13 pacientov, ki so jim z MRS diagnosticirali možganski tumor oziroma druge spremembe v možganih.

V tabeli 2 so osnovni podatki o aparatu, na katerem so bile preiskave MRS izvedene, delovni postaji, programski opremi, vrsti tuljave in uporabljenem pulznem zaporedju.

Tabela 2: Osnovne značilnosti MR aparata.

Aparat	Philips Achieva 1.5 T Nova, HP gradients, 16 channel
Delovna postaja	EMW – Expended MR WorkSpace
Programska oprema	SpectroView
Tuljava	Sence head coil 1.5 T, 8 elements
Pulzno zaporedje	PRESS

Rezultati

Predstavljene so značilnosti patoloških MR spektrov pacientov, pri katerih so za določitev diagnoze uporabili preiskavo MRS. V Tabeli 3 so pacienti označeni z zaporednimi številkami od 1 do 13, naveden je njihov spol in starost, s pomočjo MRS ugotovljena diagnoza, spremembe vrednosti posameznih metabolitov in uporabljena metoda slikanja.

Tabela 3: Podatki o pacientih zajetih v raziskavo.

Zaporedna številka pacienta	Spol	Starost	Vrsta bolezenske spremembe	Spremembe vrednosti metabolitov	Metoda slikanja
1	moški	68 let	absces	↑laktat ↑↑prosti lipidi ↑aminokisliline ↑sukcinat	2D PRESSTE 144 ms

PRIPRAVA PACIENTA, DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE

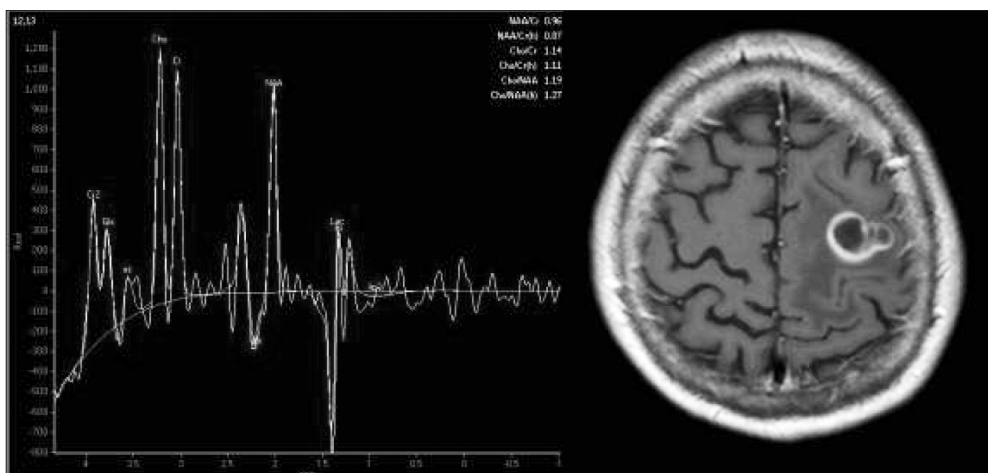
Zaporedna številka pacienta	Spol	Starost	Vrsta bolezenske spremembe	Spremembe vrednosti metabolitov	Metoda slikanja
2	ženski	54 let	astrocitom oziroma primarni limfom	↓NAA ↑holin	SV PRESS TE 31 ms, SV PRESS TE 144 ms
3	ženski	50 let	svež demielinizacijski plak, limfomska sprememba manj verjetna	↓NAA ↑holin lipidni vrh prisoten laktat	3D PRESS TE 144 ms
4	ženski	58 let	glioblastom	↓↓↓NAA ↑↑↑holin ↑laktat ↑lipidi	3D PRESS TE 144 ms
5	ženski	58 let	maligni astrocitom (gradus III do IV)	↑holin ↓NAA ↑laktat ↑lipidi	2D PRESS TE 144 ms, 3D PRESS TE 144 ms
6	ženski	5 let	maligni gliom	↓NAA ↑holin ↑laktat ↑lipidi	3D PRESS TE 144 ms, SV PRESS TE 29 ms
7	moški	17 let	gliom mesencefalona	↓NAA ↑holin	2D PRESS TE 144 ms
8	ženski	61 let	metastaza	↓↓↓NAA ↑holin ↑laktat ↑lipidi	2D PRESS TE 144 ms
9	ženski	26 let	gliom 4. ventrikla	↓NAA ↑holin vrednosti laktata in lipidov niso povišane	2D PRESS TE 144 ms, SV PRESS TE 144 ms
10	ženski	56 let	glioblastoma multiforme oziroma limfom	↓↓↓NAA ↑holin ↑laktat ↑lipidi	3D PRESS TE 144 ms
11	moški	49 let	glioblastoma multiforme	↓↓↓NAA ↑↑↑holin ↑laktat ↑lipidi	2D PRESS TE 144 ms
12	moški	63 let	glioblastoma multiforme	↓↓↓NAA ↑↑↑holin, ↑laktat ↑lipidi	2D PRESS TE 144 ms
13	moški	70 let	demielinizacijska lezija v sklopu borelioze, glivične oziroma parazitarne vnetne spremembe	↓↓↓NAA ↑↑↑holin ↑vrh laktata in lipidov	2D PRESS TE 144 ms

Legenda: ↑ = malo povišano, ↑↑ = zmerno povišano, ↑↑↑ = močno povišano, ↓ = malo znižano, ↓↓ = zmerno znižano, ↓↓↓ = močno znižano.

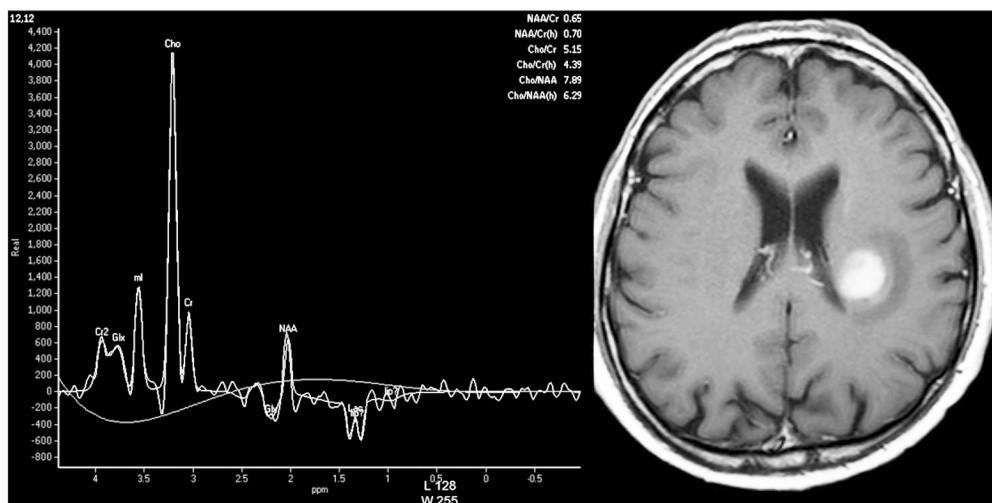
Po opravljeni preiskavi MRS so pri pacientu 1 postavili diagnozo absces zaradi povišanih vrednosti signalov laktata, prostih lipidov, aminokislin in sukcinata. MRS pri pacientu 2 lahko kaže na astrocitom ali pa primarni limfom z znižano vrednostjo NAA in povišanim holinom. Pacientu 5 so zaradi izrazito povišanega holina in znižanega NAA ter prisotnih vrhov laktata in lipidov postavili diagnozo maligni astrocitom stopnje III do IV. Pri pacientih 3 in 13 je MRS pokazala prisotnost demielinizacijskega plaka oziroma lezije, z naslednjimi spremembami vrednosti metabolitov: povišano razmerje holin/kreatin, znižano razmerje NAA/kreatin ter pojav vrhov lipida in laktata. Pacientom 6, 7 in 9 so diagnosticirali gliom, vendar spremembe vrednosti metabolitov niso pri vseh enake, saj so pri pacientu 6 vrednosti laktata in lipidov povišane, pri pacientu 9 pa ne. Pri pacientu 7 z gliomom mesencefalona je povišan holin, znižan NAA in povišana vrednosti lipidov. Pacientom 4, 10, 11, 12 so postavili diagnozo glioblastom oziroma glioblastom multiforme. Spremembe vrednosti metabolitov se pri tej možganski bolezni kažejo v povišanih vrednostih holina, znižanih vrednostih NAA ter pojavu vrhov laktata in lipidov. Pacient 8 ima metastazo, za katero so značilne odsotnost NAA, povišane vrednosti holina ter pojav vrhov laktata in lipidov.

Za dokončno postavitev diagnoze pri različnih možganskih spremembah je potrebno oceniti izgled spremembe na MRT slikah ter spremembe vrednosti metabolitov in razmerja med vrednostmi posameznih metabolitov.

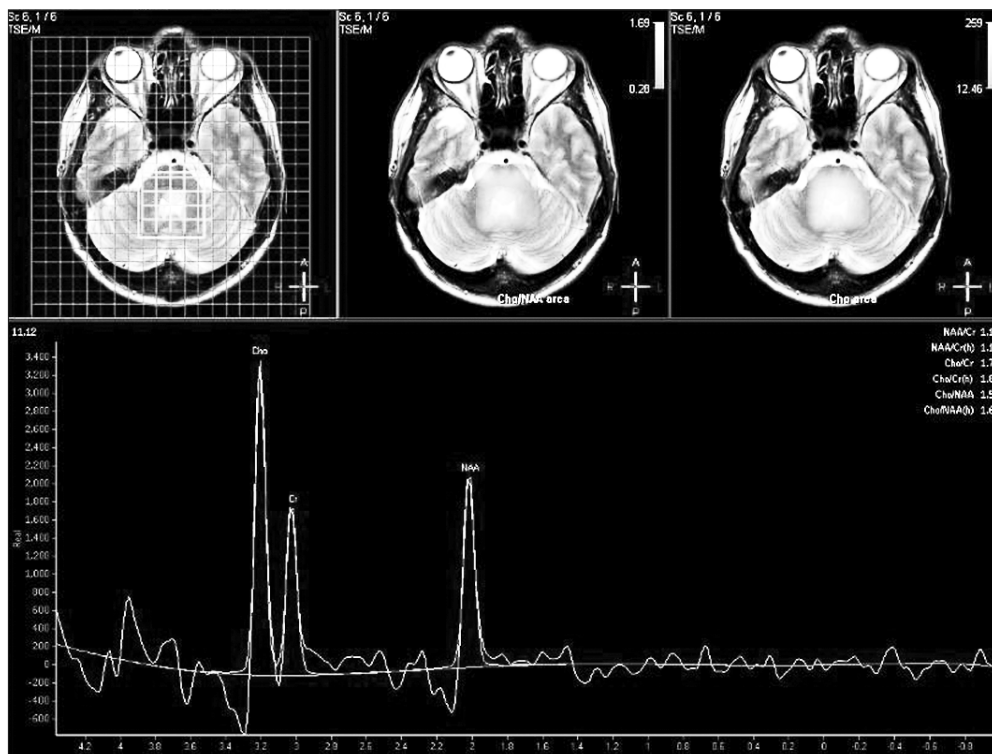
V nadaljevanju so prikazani MR spektri možganskih sprememb izbranih pacientov z različnimi vrstami bolezni.



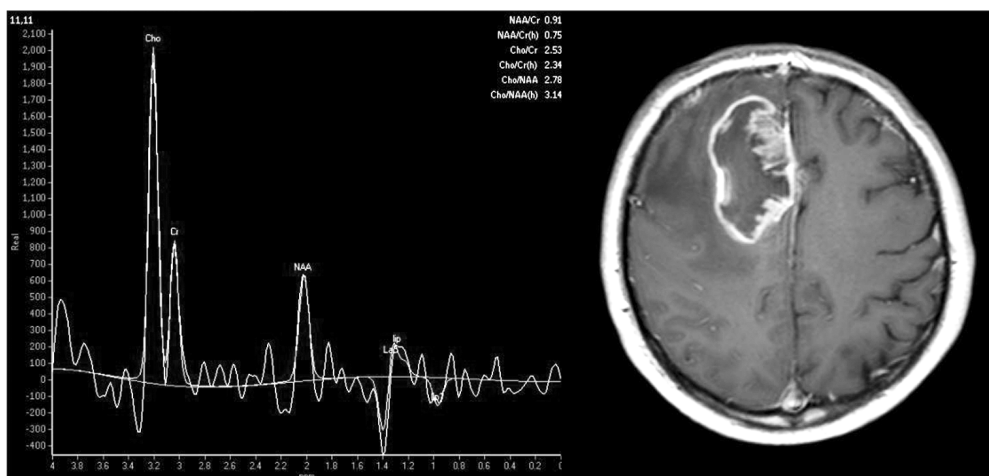
Slika 5: MR spekter možganske spremembe in MR slika s kontrastnim sredstvom pacienta 1 (absces). Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.



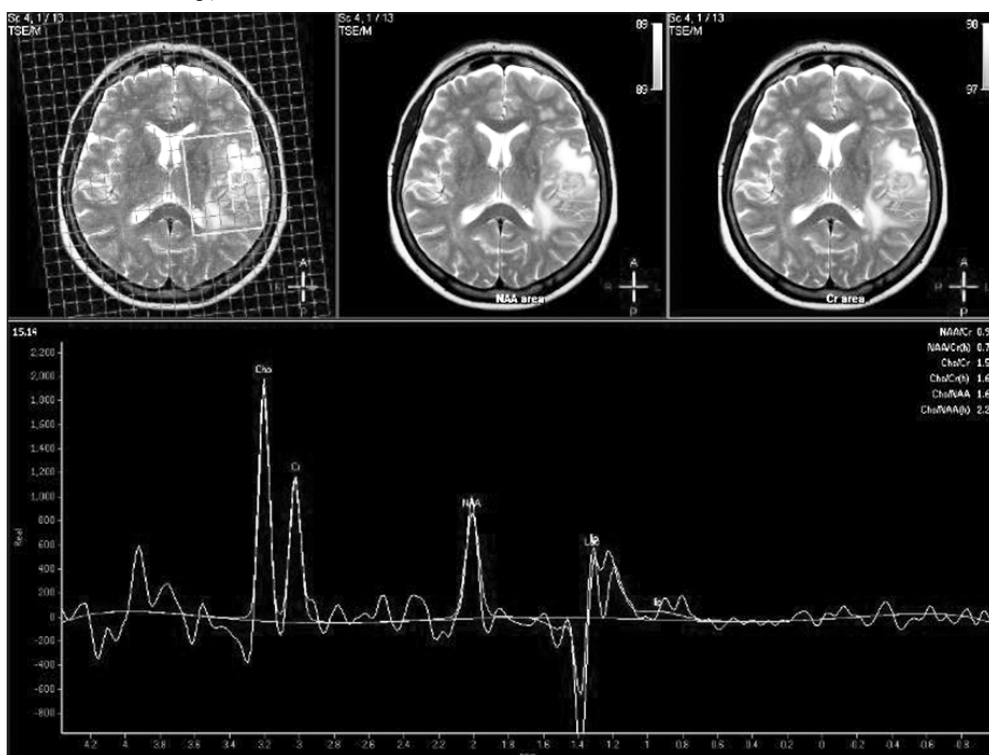
Slika 6: MR spekter možganske spremembe in MR slika s kontrastnim sredstvom pacienta 13 (demielinizacijska lezija). Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.



Slika št. 7: Nastavitev SV meritve in MR spekter možganske spremembe pacienta 9 (gliom). Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.



Slika 8: MR spekter možganske spremembe in MR slika s kontrastnim sredstvom pacienta 12 (glioblastoma multiforme). Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.



Slika 9: Nastavitev 2D MVS meritve in MR spekter možganske spremembe pacienta 8 (metastaza). Vir: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični institut za radiologijo, Nevroradiološki oddelek.

Razprava

MRS se kot neinvazivna diagnostična metoda uporablja za pomoč pri ločevanju med različnimi bolezenskimi procesi, ki imajo podobno morfološko sliko (na primer tumorsko tvorbo, abscesom ali infekcijo) in pri določanju stopnje malignosti.

V prvem delu razprave so opisane spremembe vrednosti posameznih metabolitov pri akutni možganski kapi, gliomatozi možganov, primarni in sekundarne neoplazmi, encefalitisu ter pri nekaterih drugih boleznih, kot so HIV encefalopatija, Alzheimerjeva bolezen in Downov sindrom. Spremembe vrednosti metabolitov pri teh boleznih bom opisala, kot jih navaja literatura in jih ne bom primerjala z MR spektri obravnavanih pacientov, ker ti tovrstnih bolezenskih sprememb niso imeli.

Po *akutni možganski kapi* se pojavi laktat, ki v normalnih možganih ni prisoten, NAA in kreatin pa se znižata (Vink, 1997). Saunders (2000) navaja tudi, da po infarktu prihaja do povečanih vrednosti holina.

Pri *gliomatozi možganov* MRS omogoča oceno razširjenosti bolezni in nadomešča biopsijo, ki tudi lahko potrdi to bolezen. Rezultati preiskave kažejo na povišane vrednosti razmerja holin/kreatin in holin/NAA in znižane vrednosti razmerja NAA/kreatin (Bendsusa et al., 2000).

MRS kot ena izmed naprednih tehnik pripomore tudi h klasifikaciji in diagnosticiranju intraaksialnih možganskih tumorjev in tumorjem podobnih tvorbo pri odraslih pacientih. Pri primarnih neoplazmah glialnega izvora so zvišane vrednosti lipidov, holina in mio-inositola vrednosti NAA pa znižane. Do potrditve sekundarne neoplazme vodi povišan signal lipidov, laktata, holina ter znižan signal oziroma odsotnost signala NAA (Al-Okaili et al., 2006).

Pri *encefalitisu* MRS prikaže povišan signal laktata, holina in mio-inositola ter znižan signal NAA (Al-Okaili et al., 2006).

Pri zaznavanju sprememb vrednosti metabolitov pri *virusu HIV* se MRS ni izkazala za zelo občutljivo. Ko pa pri pacientu, okuženem z virusom HIV pride do nevrokognitivnega primanjkljaja in zagona bolezni AIDS, MR spekter postane pozitiven s povišanimi vrednostmi holina in znižanimi vrednostmi NAA.

MRS ni visoko občutljiva za odkrivanje *Alzheimerjeve bolezni* v začetnem stanju, vendar pa z razvojem bolezni spekter metabolitov postaja nenormalen. Bolezen spremljajo znižane vrednosti NAA in povišane vrednosti mio-inositola. Znižane vrednosti mio-inositola so značilne za bolnike z *Downovim sindromom* (Hasselink).

V nadaljevanju razprave bom izpostavila možganske spremembe pri obravnavanih pacientih. Podatke o spremembah vrednosti metabolitov, kakršne pri njihovih boleznih najdemo v literaturi, bom primerjala z njihovimi rezultati MRS.

MRS možganskih *abscesov* kaže na povišan signal aminokislin, laktata, alanina, acetata, piruvata, sukcinata in na odsotnost signala NAA, kreatina in holina (Al-Okaili et al., 2006). V MR spektru pacienta 1 z diagnozo absces so povišane vrednosti laktata, prostih lipidov, aminokislin in sukcinata, kar se sklada z navedbami v literaturi. Signali metabolitov NAA, kreatina in holina so malo nižji, vendar prisotni, ker je rob volumskega elementa zajel tudi del zdrave možganovine.

Za *limfome* je značilen povišan signal lipidov, laktata, holina ter znižan signal NAA (Al-Okaili et al., 2006). Vrednosti spremembe metabolitov v MR spektru pacienta 2 kaže-

jo na astrocitom ali primarni limfom. Vrednosti holina so zvišane, vrednosti NAA znižane, kar je v skladu s podatki v literaturi, vendar pa lipidi in laktat niso prisotni.

Demielinizirane lezije (npr. multipla skleroza) kažejo zvišano vrednost holina in znižan signal NAA (Al-Okaili et al., 2006). Pacienta 3 in 13 z demielinizacijsko lezijo oziroma plakom, vidnim na MRT sliki, imata v MR spektru povišane vrednosti holina in znižane vrednosti NAA, pojavita pa se tudi vrha lipidov in laktata, kar je skladno z literaturo. Za *visoko maligne astrocitome* je značilno znižanje razmerja mio-inositol/kreatin, pri *nizko malignih* pa je to razmerje povišano (Sajjad in Alam, 2007). Pacient 5 z diagnozo maligni astrocitom (stopnja III do IV) ima v MR spektru močno povišane vrednosti holina, vrednosti NAA so močno znižane, nekoliko povišane pa so tudi vrednosti laktata in lipidov. Glede na citirano literaturo pri pacientu 5 v MR spektru ni metabolita mio-inositola, zato njegovega razmerja s kreatinom ne moremo oceniti.

Možganski tumorji navadno kažejo povišano vrednost holina, znižano vrednost ali odsotnost NAA, prisotnost laktata in lipidov, ki so v normalnem tkivu odsotni. Ocenjevanje razmerja med vrednostjo holina in kreatina se uporablja za diferenciacijo med nizko malignimi astrocitomi in oligodendrogliomi ter visoko malignimi astrocitomi. *Gliomi* kažejo na zmerno znižanje vrednosti kreatina (Sajjad in Alam, 2007). Pacient 6 z diagnozo maligni gliom ima zvišane vrednosti laktata in lipidov. Pacient 9 z diagnozo gliom 4. ventrikla nima povišanih vrednosti laktata in lipidov. Pri pacientu 7 z diagnozo gliom mesencefalona se pojavlja vrh lipidov in močno zvišan holin.

V *glioblastomih* oziroma *glioblastomu multiforme* je izrazito povišan holin, povišano je tudi razmerje holin/kreatin (Sajjad, Alam, 2007). Pacienti z diagnozama glioblastoma ali glioblastoma multiforme (pacienti 4, 11, 12) imajo zelo povišan signal holina, vrednosti holina pa pri pacientu 10 z enako diagnozo pa niso izrazito povišane. Prav tako je v MR spektrih pri vseh močno znižan signal NAA, pojavljata se tudi vrhova laktata in lipidov.

Meningeomi kažejo na povišano vrednost holina, znižanje kreatina in skoraj na popolno odsotnost NAA. V okolici *metastaz* lahko opazimo znižano vrednost holina zaradi vazogenega edema in tkivne tekočine, medtem ko je za gliome značilna povišana vrednost holina v okolici zaradi infiltrativne rasti. Metastaze imajo povišane vrednosti holina in se v primerjavi z visoko malignimi gliomi razlikujejo glede na povišano vrednost lipidov. Vrednosti NAA in kreatina so v primerjavi s primarnimi možganskimi tumorji značilno znižane (Sajjad in Alam, 2007). Pacient 8 z diagnozo solitarne metastaze v možganih ima v MR spektru povišan signal holina in znižan signal NAA, kar se sklada z navedbo vrednosti metabolitov v literaturi, ki navaja zvišane vrednosti holina in lipidov v okolici metastaz.

Zaključek

Magnetno resonančna spektroskopija kot neinvazivna diagnostična metoda omogoča vpogled v metabolično stanje izbranega tkiva in pomaga pri postavljanju diagnoz bolezenskih procesov, pri ocenjevanju napredka bolezni (na primer malignost tumorja) in tudi pri podajanju ocene končnega rezultata zdravljenja. MRS v nekaterih primerih omogoča postavitev diagnoze, na primer razlikovanje med benignimi in malignimi spremembami, vendar pa preiskava z MRS ni vedno uspešna. Kadar gre za nemirne paciente, ki se med preiskavo iz različnih vzrokov premikajo, je razmerje signal-šum zelo slabo, kar povzroči v MR spektru veliko dodatnega šuma in onemogoči diagnosticiranje možganskih sprememb. Na poslabšanje MR spektra lahko vpliva tudi uporaba neprimerne tuljave za slikanje glave.

Spremembe vrednosti metabolitov pri obravnavanih pacientih so v večini primerov v skladu s podatki v literaturi, v določenih primerih pa prihaja do odstopanj, med drugim tudi zaradi zgoraj navedenih vzrokov.

Raziskava je lahko izhodišče za nadaljnje raziskave z namenom, da bi oblikovali optimalne tehnične protokole za MRS preiskave, tako da bi bila občutljivost preiskave čim večja.

Literatura

- Al-Okaili RN, Krejza J, Wang S, Woo JH, Melhem ER. Advanced MR Imaging Techniques in the Diagnosis of Intraaxial Brain Tumors in Adults. *RadioGraphics*. 2006; 26: 173–189.
- Bendszusa M, Warmuth-Metza M, Kleina R, Burgera R, Schichora C, Tonna JC, Solymosia L. MR Spectroscopy in Gliomatosis Cerebri. *AJNR*. 2000; 21: 375–380. Dostopno na: <http://www.ajnr.org/content/21/2/375.full> (06. 01. 2012).
- Hasselink JR. Fundamentals MR Spectroscopy. Dostopno na: <http://spinwarp.ucsd.edu/neuroweb/Text/mrs-TXT.htm> (06. 01. 2012).
- In vivo magnetic resonance spectroscopy. Wikipedia, the free encyclopedia. 2011. Dostopno na: http://en.wikipedia.org/wiki/In_vivo_magnetic_resonance_spectroscopy (06. 01. 2012).
- Danielsen ER, Ross B. Magnetic Resonance Spectroscopy Diagnosis of Neurological Disease. New York: Marcel Dekker; 1999
- Koren A. Magnetic resonance spectroscopy: an overview of the method and its application in clinical neuroradiology. *Radiol Oncol*. 2002; 36 (2): 95–102.
- Majos C, Sape JM, Alonso J, Serallonga M, Aquilera C, Acebs JJ, Arus C, Jaume G. Brain Tumor Classification by Proton MR Spectroscopy: Comparison of Diagnostic Accuracy at Short and Long TE. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2004; 25: 1696–1704.
- Medical Policy. Magnetic resonance spectroscopy. 2011. Dostopno na: <http://blue.regence.com/trgmedpol/radiology/rad27.html> (06 .01. 2012).
- Orgon Stamper T, Vagal A. Magnetic Resonance (MR) Spectroscopy basic level. Mayfield Clinical & Spine Institute. 2010. Dostopno na: <http://www.mayfieldclinic.com/PE-MRspectroscopy.HTM> (06. 01. 2012).
- Royal Philips Electronics. Application Guide. 2006. Vol. 4: 9 chapters.
- Sajjad Z, Alam S. Magnetic resonance spectroscopy (MRS): Basic principles and applications in focal brain lesions. *Pak J Neurol Sci*. 2007; 2 (1): 42–46. Dostopno na: <http://www.pakjns.com/Previous/Archived/Jan-Mar-07/Contents/docs/FRONTIERS.pdf> (06. 01. 2012).
- Saunders DE. MR spectroscopy in stroke. *Brit Medic Bull*. 2000; 56 (2): 334–345. <http://bmb.oxfordjournals.org/content/56/2/334.full.pdf> (06. 01. 2012).
- Vink R. Magnetic resonance spectroscopy. 1997; 261–268. <http://www.neurotraumasociety.org/thebook/Chap14.pdf> (06. 01. 2012).

Psihična in fizična priprava pacienta na operativni poseg

Psychological and Physical Preoperative Care of the Patient before Surgery

Sara Muška, Mojca Saje

Povzetek

Izhodišča: Preoperativna zdravstvena nega obsega postopke ocenjevanj ter psihično in fizično pripravo pacienta na operacijo. V sklopu tega ocenjujemo zdravstveno stanje in pripravljenost pacienta na operacijo na podlagi zdravstvenega stanja in njegovih predhodnih izkušenj. Vsi postopki v času preoperativne obravnave so usmerjeni k zmanjševanju straha in stresa pred posegom, upoštevajoč holistično obravnavo, pospeševanje zdravljenja in preprečevanje infekcij. Zavedati se moramo, da celovita priprava pacienta na operativni poseg zmanjšuje perioperativne zaplete. S tem želimo dvigniti nivo znanja medicinskih sester in študentov o temeljiti preoperativni pripravi.

Metode: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja, pri kateri smo kot instrument uporabili anketni vprašalnik. Sestavljen je bil iz petih demografskih vprašanj in dvajsetih vsebinskih vprašanj. Raziskavo smo izvedli marca 2012 med naključno izbranimi študenti tretjega letnika Visoke šole za zdravstvo Novo mesto. Zbrane podatke smo statistično obdelali z uporabo programa Microsoft Excel.

Rezultati: Analiza je pokazala, da imajo študenti iz predhodnih izkušenj dovolj znanja o preoperativni pripravi pacienta na operativni poseg. Izkušnje so študenti pridobivali na klinični praksi, v času pripravništva in študentskega dela, pa tudi v času izobraževanja na Visoki šoli za zdravstvo Novo mesto. Glede na to, da je bila povprečna ocena iz anketnih vprašalnikov 8,3, moramo poudariti, da je znanje zbir izkušenj, ki so si jih študentje pridobili.

Diskusija in zaključki: Različne oblike predhodnega dela v kliničnem okolju vplivajo na obseg znanja študentov. Bolj kot je bil študent vključen v sam proces dela ob pacientu, tem več znanja je pridobil.

Gljučne besede: medicinske sestre, preoperativna obravnavo, priprava pacientov, stres, klasifikacija ASA.

Abstract

Introduction: Preoperative nursing includes the procedures relating to nursing assessments as well as the psychological and physical preparation of the patient for surgery. In that context, we assess the patient's health condition and willingness to undergo surgery based on the patient's health and previous experience. All the procedures during the preoperative phase are aimed at reducing anxiety and stress before the surgical intervention, taking into

account the holistic care, health promotion and infection prevention. We should be aware that the holistic preparation of the patient for surgery reduces the possibility of perioperative complications. Therefore, the aim is to improve the skills of nurses and students regarding comprehensive preoperative preparation.

Methods: The study was based on the descriptive method of empirical research in which we used a questionnaire as an instrument. The questionnaire included five demographic questions and twenty substantive issues. The survey was conducted in March 2012 among randomly selected third-year students of the School of Health Sciences Novo mesto. The collected data were statistically analysed using the Microsoft Excel software.

Results: The analysis showed that students with previous experience from the clinical environment have sufficient knowledge of the preoperative preparation of the patient for the surgical procedure. The students gained experience during their clinical practice, traineeship and students work as well as the study programme at the School of Health Sciences Novo mesto. Given that the average score of the questionnaires was 8.3, it should be emphasised that the knowledge is based on the experience obtained.

Discussion and conclusions: The various forms of previous work in the clinical environment affect the extent of the knowledge of students. If students are involved in the work process with the patient, they gain more knowledge.

Key words: nurses, preoperative treatment, preparation of the patient, stress, ASA classification.

Uvod

Medicinske sestre imajo pri pripravi pacienta na operativni poseg pomembno vlogo. Z dobro pripravo na operativni poseg se želimo izogniti zapletom, ki se lahko zgodijo. S kakovostno organizirano preoperativno oskrbo skrajšujemo čas hospitalizacije, kar je v današnjem času pomembno zaradi manjše porabe denarja v zdravstvu. Pacient je ob takšni pripravi bolj miren, ima manj bolečin in hitreje okreva. Vse večji pomen moramo pripisovati psihični pripravi. Tudi fizične priprave ne smemo zanemariti. Tudi od te je odvisen razplet operacije. Sama priprava se mora začeti že v trenutku, ko pacient izve, da bo treba izvesti operativni poseg. Na pripravo pa vplivajo tudi pacienti sami. Da bi se najbolje pripravili, medicinske sestre in zdravniki posredujejo vse informacije, s katerimi bodo pacienti dopolnili svoje znanje. Ob prihodu v bolnišnico začnejo medicinske sestre z opazovanjem in prepoznavanjem stiske pacientov. Glede na to sledi načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege in izvedbo le-teh prilagodijo posamezniku in njegovim potrebam.

Preoperativna zdravstvena nega

Preoperativna zdravstvena nega se nanaša na časovni interval, ki se začne z odločitvijo o operativnem posegu in traja, vse dokler pacient ne pride v operacijsko sobo. Pri tem sodeluje multidisciplinarni tim v skladu s kliničnimi potmi in individualnimi potrebami pacienta. Klinična pot določa, kako je treba opraviti postopke, in poteka že pred operacijo ter se nadaljuje skozi druge faze. Vsak član ekipe, ki sodeluje pri obravnavi pacienta (kirurg, anesteziolog, medicinska sestra) ima pomembno vlogo in odgovornost do preoperativne priprave pacienta. Sodelovanje med člani je bistveno za načrtovanje zdravstvene nege. Pomen sodelovanja temelji na oblikovanju rešitev na podlagi zastavljenih vprašanj in doseganje ciljev kot visoko kakovostnih rezultatov (DeLaune, Ladner, 2002). Posameznik v času bolezni, že pred postavitvijo diagnoze, spozna spremembe in simptome, za katere ima po-

misleke in nikakor ne ukrepa. Največkrat se pojavijo: zaničanje, da ima simptome, simptomu zanj niso videti nevarni, boji se posledic bolezni, strah ga je bolnišnične oskrbe ... Kadar se pacient sooči z boleznijo in dejstvom pred operativnim posegom, postane pasiven in prevzema odvisno razmerje do zdravljenja. Takrat se pacienti različno odzivajo na nastalo situacijo (Ivanuša, Železnik, 2000).

Odziv organizma

Medicinska sestra mora biti sposobna opaziti odstopanja od normalnega obnašanja pacienta. Operacija predstavlja za pacienta dejansko ali verjetno nevarnost za lastno celovitost. Pacient le-to izraža v psihičnih in fizičnih stresnih odzivih. Psihični odziv ni vedno povezan z obsegom operacije, neposredno pa je s tem povezan fiziološki stres. Operativni poseg na obrazu lahko izzove večji psihični odziv, saj je pacient zaskrbljen zaradi nastale brazgotine (Ivanuša, Železnik, 2000).

Psihološki odziv

Psihološko se ljudje odzivajo na različne načine. Avtor Mitchell (2005) navaja, da ljudje dojemajo pomen operacije na različne načine. Najpogostejše sta prisotna strah in zaskrbljenost. Razlogov za čustveno negativni odziv (strah, zaskrbljenost, prestrašenost) je več (Williams, Hopper, 2007):

- strah pred smrtjo in neznanim,
- strah, da bodo zaspali in se nikoli več zbudili,
- možne posledice anestezije in okvara možganov,
- strah pred občutenjem med operacijo,
- občutek izgube nadzora.

Strah pred neznanim in smrtjo sta najbolj pogosta razloga za zaskrbljenost pacienta pred operacijo. Strah ima poleg zgoraj naštetih razlogov dva najbolj pomembna razloga; strah pred operativnim posegom in strah pred anestezijo (William, Hopper, 2007). Anestezija predstavlja velik strah pred smrtjo, neznanim, izgubo kontrole nad seboj, bolečino, strah pred pripomočki, masko, tubosom in predstavlja poglobljen del priprave pacienta nanjo. Strah zmanjšamo z informiranjem pacienta in s pomočjo zdravil, ki jih medicinska sestra aplicira po naročilu zdravnika 60–90 minut pred operacijo v sklopu premedikacije (Ivanuša, Železnik, 2000). Vsekakor pa mora pacienta podučiti o pomenu anestezije in ga s tem pripraviti na soočanje z njo. Pacientu zagotavlja informacije že pred prihodom v bolnišnico, kjer mu predhodno izroči soglasje za anestezijo, skupaj s potrebnimi pisnimi informacijami o anesteziji (Hilditch, 2006).

Priprava na operacijo

Priprava na operacijo se začne v sklopu preoperativne zdravstvene obravnave, kar zajema psihično in fizično pripravo pacienta na poseg. Medicinska sestra mora primerno, glede na predhodne zdravstvene težave, hospitalizacije, pričakovane rezultate, starost, zdravila in zdravstveno stanje načrtovati preoperativno zdravstveno nego pacienta na oddelku. Pacient, ki je naročen na poseg, mora ob sprejemu prinesiti zdravstveno kartico, veljavno napotnico, izvide predhodno opravljenih preiskav specialista in drugih specialistov (rentgenske, ultrazvočne slike, slike magnetne resonance), sveže laboratorijske izvide, zapis elektrokardiograma, rentgen pljuč in srca ter podpisano soglasje za privolitev za anestezijo ter operativ-

ni poseg (Seničar, 2005). Poleg administrativnih postopkov, ki jih opravi ob sprejemu, mora medicinska sestra pacienta psihično in fizično pripraviti na operativni poseg. Pred pripravo mora oceniti pacientovo zdravstveno in splošno stanje že ob sprejemu na oddelek. Medicinska sestra ugotavlja potrebe po zdravstveni negi, pri tem pa ji pomaga ocena o znanju pacienta glede zdravljenja, dogajanja in posegov. Opazuje psihično pripravljenost ter fizično stanje pred posegom.

Psihična priprava

Priprava na operativni poseg je timsko delo. Interdisciplinarni tim sestavljajo osebni zdravnik, medicinska sestra, zdravnik operater, anesteziolog, oddelčna medicinska sestra, anestezijska medicinska sestra, psiholog, duhovnik, svojci, socialni delavci, ter še posebej osebe, ki jih pacient želi ob sebi. Medicinska sestra s pacientom preživlja največ časa, zato prav njej pripisujemo največjo vlogo pri psihični pripravi na poseg. Da bi medicinska sestra učinkovito zmanjševala strah, se pogovarja s pacientom in svojci, daje pojasnila o nejasnostih glede posega, postopkov in pripomočkov, vendar ne presega kompetenc. Najpomembnejše je poučevanje o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju po operaciji. Da bi se pacient počutil čim bolj udobno, zagotavlja varno okolje in varnost pacienta v njem (Daniels, Nicoll, 2012).

Psihična priprava in zdravstvena nega zajemata več strokovnih ukrepov zdravstvene nege, ki temeljijo na razumevanju pacientovega doživljanja bolezni, hospitalizacije in operativnega posega in zajemajo preprečevanje stresa in zmanjševanje strahu (Šmitek, 2006). Poleg ukrepov za preprečevanje strahu in stresa izvajajo medicinske sestre zdravstveno vzgojo o pravilnem načinu dihanja, izkašljevanju in gibanju. Te vaje pacientu služijo po operativnem posegu. Namen vaj je pospeševanje zdravljenja po operaciji in zmanjšanje respiratornih zapletov po operaciji (Burghardt, 2012). Učenje pravilnega gibanja z nogami preprečuje zastoj krvi v venah v postoperativnem obdobju in nastanek trombusov in tromboflebitisa. Vaje služijo pacientom, ki se bodo zaradi narave operacije po operaciji manj gibali, imajo anamnestično ugotovljeno motnjo periferne cirkulacije ali imajo kardiovaskularno operacijo ali operacijo medenice (Ivanuš, Železnik, 2000). V sklopu teh vaj poznamo gibanje z nogami ter pravilno vstajanje iz postelje.

Fizična priprava

Fizična priprava pacienta na operativni poseg zajema postopke, s katerimi medicinska sestra ocenjuje fizično pripravljenost pacienta. Podatke zbira na podlagi dosedanjih rezultatov zdravstvene nege in svojcev, ki neposredno sodelujejo pri pripravi pacienta. Poleg tega medicinska sestra pregleda pacientovo zdravstveno in negovalno dokumentacijo, ki ji služi za načrtovanje intervencij zdravstvene nege. Pri dokumentaciji lahko opazi odstopanja (nepodpisana soglasja, predhodne postoperativne komplikacije, nepridobljeni izvidi, zastarani izvidi idr.), ki bi lahko privedla do odložitve operativnega posega (DeLaune, Ladner, 2002). Fizična priprava je bistveni element zdravstvene nege pred operacijo in je odvisna od časa sprejema do odhoda v operacijsko sobo. V tem obdobju medicinska sestra temeljito obravnava in pripravi pacienta na naslednjih področjih (Timby, Smith, 2010):

- *priprava kože* (cilj: zmanjšanje bakterij – odstranitev dlak, če so v operativnem polju),

- *priprava prebavnega trakta in sečil* (izpraznitev mehurja pred prejemom premedikacije, vstavev katetra pri operacijah spodnjega dela trebuha, klistir/odvajala pri poskih v trebuhu ali medenici),
- *hrana in tekočina* (nič per os (NPO) po polnoči v noči pred operacijo, v kirurških centrih v Ameriki od 3 do 4 ure pred posegom, pomen beljakovin in vitamina C),
- *skrb za dragocenosti* (spodbujanje pacientov, da jih predajo svojcem, drugače dokumentira in jih shrani v sefu, dokument podpišeta pacient in medicinska sestra).

Medicinska sestra skrbi tudi za proteze in pacientova oblačila, ki jih dokumentira in shranjuje, po naročilu zdravnika oblači kompresijske nogavice ali povija noge, zobno protezo odloži v podpisano posodico in jo shrani poleg dragocenosti v sef, druge proteze ali ude odstrani, razen če zdravnik odredi drugače) (Timby, Smith, 2010).

Zdravstvena nega na dan operacije

Medicinska sestra mora na dan operacije oceniti pacientovo stanje. Prisotna so lahko morebitna stanja, ki bi lahko privedla do opustitve operacije. Pojavi se lahko povišana temperatura, menstruacija, slabo psihično stanje idr. Te mora medicinska sestra sporočiti operaterju za nadaljnje ukrepanje (Ivanuša, Železnik, 2000). Vsi postopki zdravstvene nege, ki jih izvaja na dan operacije, so usmerjeni k preprečevanju infekcij in zagotavljanju varnosti pacienta. Avtorja Anderson in Hames (2009) navajata, da je higiena kože zelo pomembna pri preprečevanju okužb po operaciji (Surgical Site Infection – SSI), saj le-te lahko privedejo do podaljšanja hospitalizacije in povzročajo visoko smrtnost pri kirurških pacientih. Preventiva nastanka okužb kirurških pacientov in higienska priprava kože segata daleč v zgodovino, zato sta dandanes zelo pomembni (Anderson, Hames, 2009). Pacient se na dan operacije stušira, umije zobe in pri tem ga medicinska sestra spodbuja, usmerja ali mu pomaga. Na jutro operativnega dne izmeri vitalne funkcije (telesno temperaturo, arterijski krvni tlak, pulz, bolečino po VAS lestvici), opravi pa tudi dodatne naročene preiskave in posege ter pravočasno poskrbi za izvide. Če ima pacientka menstruacijo, je le-to treba označiti na temperaturnem listu, pacientko pa ustrezno oskrbeti. Pacient mora imeti pred odhodom iz oddelka nameščeno identifikacijsko zapestnico. Zaradi zagotavljanja varnosti mora medicinska sestra poskrbeti, da ima pacient v ušesu slušni aparat, da lahko ta prejme pomembne informacije (Ivanuša, Železnik, 2000). Medicinska sestra za varnost poskrbi tako, da oceni pacientovo zmogljivost in fizično pripravljenost na operativni poseg. Ameriško združenje anesteziologistov je razvilo klasifikacijo fizičnega statusa pacienta, ki se uporablja kot vprašalnik za ugotavljanje pacientovega stanja v preoperativnem obdobju. Klasifikacija ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status) ocenjuje pacientovo pripravljenost na anestezijo ter operacijo in možne komplikacije po anesteziji (Anderson, Hames, 2009).

Tabela 1: ASA klasifikacija fizičnega statusa pacienta.

Kategorija	Preoperativni zdravstveni status	Primer
ASA I	Normalno zdrav pacient	– pacient lahko hodi po stopnicah, – ga je malo ali nič strah, – obstaja malo ali nič tveganja

Kategorija	Preoperativni zdravstveni status	Primer
ASA 2	Pacient z lažjo boleznijo	– pacient hodi po eno stopnico in se vmes ustavlja zaradi dihalne stiske, – v zgodovini zdravljenja ima dobro nadzorovane kronične nenalezljive bolezni (od inzulina neodvisna sladkorna bolezen, hipertenzijo, astma, epilepsija), bolezni ščitnice
ASA 3	Pacient z hudo sistemsko boleznijo	– pacient lahko hodi po stopnicah, vendar se pogosteje ustavlja zaradi stiske, – v zgodovini zdravljenja so prisotne angina pectoris, miokardni infarkt, cerebrovaskularni inzult ter srčno popuščanje izven zadnjih 6 mesecev
ASA 4	Pacient z hudo sistemsko boleznijo, ki je življenjsko ogrožajoča	– pacient ne more hoditi po stopnicah navzgor, – v zgodovini zdravljenja ima nestabilno angino pectoris, miokardni infarkt, cerebrovaskularni inzult ter srčno popuščanje v zadnjih 6 mesecih
ASA 5	Umirajoč pacient, ki naj ne bi preživel brez operacije	– hospitaliziran, terminalno bolan pacient
ASA 6	Možgansko mrtev pacient, primeren za donorja	/

Vir: Anderson K L, Hames M V P. Preadmission and Preoperative Patient Care. In: Hamlin L, Richardson-Tench M, Davies M, eds. Preoperative Nursing: an Introductory Text. Chatswood: Elsevier; 2009: 25.

Pri oceni pacienta na zmožnost anestezije ima poleg oddelčne medicinske sestre pomembno vlogo tudi anestezijska medicinska sestra, ki pacienta obišče pred operativnim posegom in mu približa negovalne postopke v zvezi z anestezijo ter oceni pripravljenost pacienta po ASA klasifikaciji (Šumenjak, 2004). Preoperativna zdravstvena nega s pripravo pacienta se zaključi s transportom pacienta v operacijsko sobo, kjer medicinska sestra preda raport operacijski medicinski sestri in eventualno anestezijski medicinski sestri (Ivanuš, Železnik, 2000).

Namen raziskave

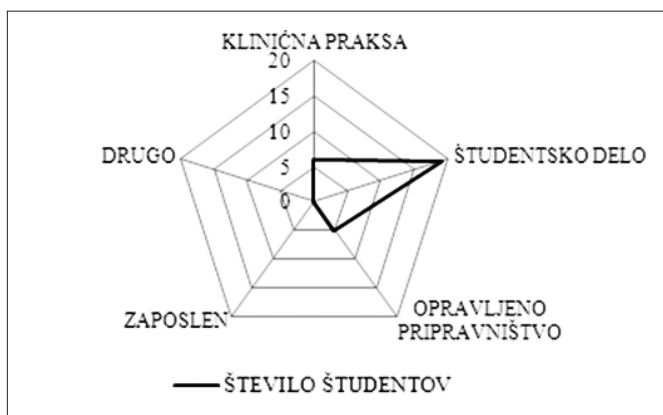
Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno znanje imajo študenti Visoke šole za zdravstvo Novo mesto o preoperativni pripravi pacienta na operacijo z ozirom na predhodno delo v kliničnem okolju.

Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki je temeljil na testnih vprašanjih, na katere so študenti odgovarjali glede na svoje znanje in delovne izkušnje. Sestavljen je bil iz 8 vprašanj odprtega tipa in 12 vprašanj z možnostjo izbire odgovorov. Analiza anketnih vprašalnikov je temeljila na ECTS točkovanju izpitnih testov in pridobivanju ocen. Raziskava je bila izvedena med študenti 3. letnika Visoke šole za zdravstvo Novo mesto, med katere je bilo razdeljenih 30 anketnih vprašalnikov. Vrnjeni so bili vsi vprašalniki, kar pomeni 100 % velikost vzorca.

Rezultati

Demografski podatki nam prikazujejo, da so bili med skupno 30 anketiranimi osebami 4 (13 %) moški in 26 (87 %) žensk. Povprečna starost anketirancev je bila med 21 in 23 let. Največ študentov ima predhodno zaključeno srednjo zdravstveno šolo, eden študent splošno gimnazijo in en študent srednjo farmacevtsko šolo. Na vprašanje o delovnih izkušnjah smo dobili podatek, da si je 6 študentov pridobivalo izkušnje na obvezni klinični praksi, 19 študentov izhaja iz izkušenj, pridobljenih s študentskim delom in 5 jih ima opravljeno pripravništvo (Slika 1).



Slika 1: Delovne izkušnje študentov. Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Povprečna ocena testov, ocenjenih na podlagi ECTS lestvice, skupno znaša 8,3 oziroma 75,9 % po ECTS kriterijih. Glede na skupno pridobljeno oceno znanja smo rezultate kategorizirali in jih primerjali glede na predhodne pridobljene izkušnje iz kliničnega okolja (klinična praksa, opravljeno študentsko delo, opravljeno pripravništvo).



Slika 2: Ocene znanja študentov glede na področje delovnih izkušenj. Vir: Anketni vprašalnik, 2012.

Iz Slike 2 je razvidno, da je študentsko delo opravljalo 16 žensk in 3 moški, skupaj 63,3 % študentov. Glede na to so dosegli povprečno oceno testa 8,5. Pripravništvo so opravile 4

ženske in 1 moški, skupaj 16,6 % študentov. Glede na znanje o psihični in fizični pripravi pacienta so dosegli skupno oceno testa 8,4. Študentov, katerih znanje o psihični in fizični pripravi temelji na izkušnjah, pridobljenih na obvezni klinični praksi, je bilo samo 6 (samo ženske) oziroma 20 % vseh anketirancev, ki so dosegli skupno oceno testa 8.

Diskusija in zaključki

Z analizo zbranih podatkov smo prišli do ugotovitev, da različna delovna okolja, kjer so študenti pridobili znanje in izkušnje, vplivajo na to, kakšno znanje imajo. Glede na to, da so se anketirani študenti opredelili glede predhodne izkušnje po načelu, kje so pridobili največ znanja s področja fizične in psihične priprave pacienta, lahko potrdimo, da imajo študenti s predhodnimi izkušnjami, pridobljenimi s študentskim delom, večinoma več znanja o obravnavi pacienta. Takoj za temi so študenti z opravljenim pripravništvom. Iz rezultatov je razvidno, da imajo najmanj znanja študenti, ki pridobivajo izkušnje le na klinični praksi.

Med izobraževanjem si študenti pridobivajo določeno teoretično znanje, ki ga prenesejo v klinično okolje. Avtorica Clark-Burg (2008) navaja, da se tako znanje študentov, pridobljeno v šolskih kabinetih, kot tudi znanje, pridobljeno v učni bazi, še uspešneje izrazi v kliničnem okolju, če je študent osebno vključen v proces izobraževanja in ustvarjanja možnosti novih spoznanj in izboljšav. Poleg tega je pomembna vključenost študentov v proces dela v kliničnem okolju.

Rezultatom tega lahko dodamo, da oblika študentskega dela in pripravništva študente bolj vključi v proces obravnave pacienta in tako zvišuje znanje in izkušnje posameznika. Med študentskim delom se delo v kolektivu lažje opravlja, saj pride do boljših in bolj kompleksnih interakcij med študentom in zaposlenim osebjem. Odnosi so takrat bolj sproščeni in v takšnem okolju lahko študent pridobi več izkušenj.

Ne glede na delovne pogoje je pomembno, da je znanje študentov v kliničnem okolju izraz stroke zdravstvene nege v luči celovite skrbi za pacienta. K temu bistveno prispeva znanje, pridobljeno v programu visoke šole za zdravstvo.

Literatura

Anderson K L, Hames M V P. Preadmission and preoperative patient care. In: Hamlin L, Richardson-Tench M, Davies M, eds. Preoperative nursing: an introductory text. Chatswood: Elsevier; 2009: 20–43.

Burghardt J C. Medical-Surgical Nursing Made Incredibly Easy! 3rd Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Clark-Burg K. Future perioperative registered nurses: an insight into a perioperative programme for undergraduate nursing students. J Perioper Pract. 2008; 18 (10): 432–35.

Daniels R, Nicoll H L. Contemporary Medical-Surgical Nursing, Second Edition. New York: Delmar; 2012.

DeLaune C S, Ladner K P. Fundamentals of Nursing: Standards & Practice, Second Edition. New York: Delmars; 2002.

Hilditch G. Preoperative care. In: Colvin J R, eds. Raising the Standard: A Compendium of audit recipes for continuous quality improvement in anaesthesia, Second Edition. London: The Royal College of Anaesthetists; 2006: 17–42.

Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika : izbrana področja. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.

Mitchell M. Anxiety Management in Adult Day Surgery: A Nursing Perspective. London: Whurr Publishers; 2005.

Seničar Z. Zdravstvena nega pacienta pri artroskopiji. In: Rijavec I, eds. Kakovost zdravstvene nege kirurškega bolnika v Splošni bolnišnici Novo mesto : zbornik predavanj. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji; 2005: 98–103.

Šmitek J. Celovita priprava bolnika na operativni poseg. In: Batas R, eds. Dobra obravnava na operacijo-manj zapletov po njej, Radenci. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji; 2006: 9–27.

Šumenjak I. Vloga medicinske sestre pri psihični pripravi bolnika na operacijo. In: Hajdarević I B, eds. Zagotavljanje kontinuitete zdravstvene nege, 1. simpozij, Čatež. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za anesteziologijo, intenzivno nego in terapijo ter transfuziologijo; 2004: 190–95.

Timby B K, Smith N E. Introductory Medical-Surgical Nursing, 10th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

Williams L S, Hopper P D. Understanding Medical Surgical Nursing, Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2007.

Vpliv ambrozije na okolje in zdravje

The impact of ambrosia on the environment and health

Urška Vernik, Sonja Šostar Turk, Mateja Lorber

Povzetek

Izhodišča: Ambrozija se je v zadnjih letih zelo razširila po Sloveniji, povečalo pa se je tudi število ljudi, alergičnih na ambrozijo. Namen raziskave je bil opisati ambrozijo in njen vpliv na okolje in zdravje ter ugotoviti poznavanje razširjenosti ambrozije na območju Ptuja.

Metode: Podatke smo zbrali s pomočjo dveh strukturiranih anketnih vprašalnikov. En vprašalnik je imel 6 vprašanj zaprtega tipa in eno odprtega tipa, drugi vprašalnik pa je bil sestavljen iz 12 vprašanj zaprtega tipa in 4 vprašanj odprtega tipa. Raziskovalni vzorec je zajemal 5 občin na območju Ptuja in 30 lastnikov kmetijskih zemljišč na območju Ptuja.

Rezultati: Ugotovili smo, da ljudje prepoznajo ambrozijo in jo tudi zatirajo, ne glede na to, da jih večina ne ve, da je to zakonsko predpisano in da jih nihče ne ozavešča o tej trdoživi in škodljivi rastlini. Večina (30 %) zatira ambrozijo s košnjo, (22 %) s herbicidi, 22 % s herbicidi in košnjo in le 17 % zatira ambrozijo s puljenjem, kljub temu da je puljenje najbolj učinkovito. Diskusija in zaključki: Čeprav večina anketiranih prepozna in zatira ambrozijo, je to verjetno še vedno premalo, saj jo lahko pogosto opazujemo v okolju. Tako kot se širi ambrozija na območju Ptuja, se povečuje tudi število ljudi, alergičnih nanjo.

Ključne besede: ambrozija, alergija, okolje, zdravje, zakonodaja.

Abstract

Introduction: In recent years ambrosia has spread all over Slovenia, also the number of people allergic to ambrosia increased. The purpose of the research was to describe ambrosia and its impact on the environment and health, and to establish the knowledge of prevalence of ambrosia in the Ptuj area.

Methods: We collected the data through two structured questionnaires. One questionnaire included six closed questions and one open-ended question, the other questionnaire was composed of twelve closed questions and four open-ended questions. The research sample covered five municipalities in the Ptuj area and thirty agricultural landowners in the Ptuj area.

Results: We found out that people recognize ambrosia and suppress it, irrespective of the fact that most people don't know that this is statutory and that nobody makes them aware of this tenacious and harmful plant.

Discussion and conclusions: Although the majority of the questionnaire respondents recognize and suppress ambrosia, it is probably still not enough, because there is more and more of it seen in the environment. As ambrosia is spreading in the Ptuj area, the number of people allergic to it, is also increasing.

Keywords: ambrosia, allergy, environment, health, legislation.

Uvod

Ambrozija je v grški mitologiji »hrana, ki daje bogovom mladost in nesmrtnost« (SSKJ, 1994, 12). Mnoga stoletja kasneje pa velja ambrozija za eno izmed največjih škodljivk za okolje in zdravje ljudi. Rod *Ambrosia* šteje okrog 40 vrst, ki večinoma prihajajo iz Severne Amerike, le ena vrsta naj bi izhajala iz Evrope. Najpogostejša vrsta ambrozije je *Ambrosia artemisiifolia* ali pelinolistna ambrozija. Pelinolistna ambrozija je tujerodna invazivna rastlina, ki je vse bolj razširjena v Evropi in tudi v Sloveniji. Škodljiva je zaradi tega, ker pri ljudeh povzroča alergijo, na kmetijskih zemljiščih pa vpliva na zmanjšanje pridelka. Vsaka rastlina ambrozije lahko tvori 30.000 do 100.000 semen, ki so lahko kaljiva tudi do 20 let (Škerbot, 2011). V Evropo je prišla iz Severne Amerike, in sicer predvsem s človeško pomočjo. Prenesla se je z uvozom različnih semen žitaric in drugih poljščin, prav tako pa je ambrozija prisotna v vseh ptičjih hranah, ki vsebujejo sončnično seme (Alberternst et al., 2006). Intenzivno širjenje ambrozije kot invazivne rastline po Evropi, pa se je začelo pred dvajsetimi ali petindvajsetimi leti. Pelinolistna ambrozija je razširjena predvsem v Vzhodni in Srednji Evropi. V nekaterih državah, kot je na primer Madžarska, je že skoraj 80 % obdelovalne zemlje zapleveljene z ambrozijo in je tudi najbolj pogost plevel v zadnjih 20 letih na kmetijskih površinah (Euphresco, 2008–2009, 7–9). Ambrozija se namreč v zadnjih letih v večji meri iz naših sosednjih držav širi v notranjost Slovenije. V Sloveniji se ta rastlinska vrsta najhitreje širi predvsem na nekmetijskih slabo vzdrževanih zemljiščih, od koder se nato širi na kmetijska zemljišča. Natančnejših, zlasti pa sistematičnih popisov območij, kjer se pojavlja, pri nas še ni narejenih (Kofol-Seliger, 2001, 276–278). Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano RS je leta 2010 prvič sprejelo ukrepe za zatiranje ambrozije (Odredba o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu *Ambrosia*, 2010).

Metoda

V okviru raziskovalnega procesa smo uporabili kvantitativni pristop. Kot raziskovalni instrument smo uporabili dva anketna vprašalnika. En anketni vprašalnik je bil namenjen lastnikom kmetijskih zemljišč na območju Ptuja in je obsegal 16 vprašanj, in sicer je 12 vprašanj zaprtega tipa in 4 vprašanja so odprtega tipa; drugi vprašalnik pa je bil namenjen občinam na območju Ptuja in je obsegal 7 vprašanj, od tega je 6 vprašanj zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa. Skupno smo razdelili 30 anketnih vprašalnikov in vsi so bili tudi vrnjeni. Prav tako je sodelovalo tudi vseh 5 občin, ki smo jih izbrali. Statistične podatke o številu alergičnih ljudi na ambrozijo smo pridobili pri Službi zdravstvenega varstva pljučnih bolnikov Ptuj. Raziskavo smo izvedli na občinah in pri lastnikih kmetijskih zemljišč na območju Ptuja. V raziskavi je sodelovalo 30 lastnikov kmetijskih zemljišč in 5 odgovornih na občinah za zatiranje ambrozije na območju Ptuja. Vsi udeleženci v raziskavi so bili pisno obveščeni o namenu in ciljih raziskave. Vsem anketirancem je bila zagotovljena anonimnost in možnost odklonitve sodelovanja. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V okviru raziskave

smo si zastavili štiri raziskovalna vprašanja. Raziskovalno vprašanje 1: Ali lastniki kmetijskih zemljišč prepoznajo ambrozijo in poznajo njeno razširjenost v okolju in škodljivost za zdravje ljudi? Raziskovalno vprašanje 2: Ali odgovorni za zatiranje ambrozije na občinah na območju Ptuja poznajo njeno razširjenost v okolju in škodljivost za zdravje ljudi? Raziskovalno vprašanje 3: Ali lastniki kmetijskih zemljišč in odgovorni na občinah za zatiranje ambrozije na območju Ptuja upoštevajo Odredbo o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu *Ambrosia* iz leta 2010 Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano Republike Slovenije? Raziskovalno vprašanje 4: Ali se je v zadnjih letih povečalo število alergij na ambrozijo na območju Ptuja?

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 5 odgovornih oseb za zatiranje ambrozije v občinah na območju Ptuja. V štirih občinah so na vprašanja odgovarjali župani, na eni pa direktor občinske uprave.

V vseh petih (100 %) občinah so seznanjeni, da je zatiranje ambrozije na površinah, katerih lastnica je občina, obvezno. V vseh občinah so mnenja, da je zatiranje ambrozije zakonsko predpisano zaradi zdravja ljudi, in vedo, da ambrozija povzroča alergijo. V nobeni občini nimajo odgovorne osebe, ki bi se ukvarjala s problematiko razširjenja ambrozije; to nam pove, da se še ne zavedajo, kako težko je ambrozijo izkoreniniti in kako trdoživa je oz. kako hitro se širi.

V štirih (80 %) občinah imajo v proračunskih sredstvih predvidene stroške za zatiranje ambrozije. V eni (20 %) občini pa teh stroškov nimajo predvidenih; to je zelo nenavadno, saj so pri naslednjem vprašanju odgovorili, da ambrozijo zatirajo s herbicidi. Ob tem lahko predvidevamo, da ambrozije sploh ne zatirajo, saj morajo imeti vse občine za stroške rezervirana sredstva v proračunu. V treh (60 %) občinah zatirajo ambrozijo s košnjo, v eni (20 %) občini pa s košnjo in še s herbicidi.

V raziskavo je bilo vključenih 30 lastnikov kmetijskih zemljišč na območju Ptuja. Anketne vprašalnike je izpolnilo 8 (26,7 %) žensk in 22 (73,3 %) moških. Najvišji odstotek anketiranih je starih od 31 do 40 let (26,7 %) in nad 61 let (26,7 %). Najnižji odstotek (6,7 %) je starih od 20 do 30 let. 28 (93,4 %) anketiranih je odgovorilo, da pozna ambrozijo.

Ugotovili smo, da ambrozijo po sliki resnično pozna 25 (83,4 %) anketiranih, eden (3,3 %) jo je zamenjal za belo metliko, trije (10 %) pa za navadno lobodo.

Večina anketiranih 23 (76,7 %) ve, da je ambrozija škodljiva za zdravje ljudi in da povzroča alergijo. 7 (23,3 %) pa jih ne ve, zakaj je ambrozija nevarna. Kar 19 (63,3 %) anketiranih je odgovorilo, da ambrozija cveti od avgusta do septembra oz. je takrat najbolj škodljiva.

Da je v Sloveniji zatiranje ambrozije zakonsko urejeno, je pritrdilno odgovorilo 15 (50 %) anketiranih. Velik odstotek, 43,3 %, pa jih ni vedel, da je zatiranje ambrozije pri nas zakonsko urejeno. 24 (80 %) anketiranih je mnenja, da nadzira zatiranje ambrozije kmetijski inšpektor, 20 % pa jih je mnenja, da nihče ne nadzoruje zatiranja te trdožive rastline. Glede na to, kako močno se v Sloveniji širi ambrozija, bi lahko država opozorila ljudi na obvezno zatiranje ambrozije, saj je 70 % anketiranih odgovorilo, da jih še nihče ni opozoril na obvezno zatiranje ambrozije oz. jih podučil kakšna je ambrozija in kakšen je pravočasen in pravilen način zatiranja.

Zaskrbljujoče je pa to, da je kar 23 (76,7 %) od 30 anketiranih že opazilo ambrozijo na svojih zemljiščih, vendar jo je vseh 23 anketirancev tudi zatiralo. Največ (30,4 %) anke-

tirancev se je odločilo za metodo zatiranja s košnjo, 5 (21,7 %) anketirancev zatira ambrozijo s herbicidi, enak odstotek pa jo zatira s košnjo in herbicidi hkrati. Štirje (17,4 %) anketirani jo zatirajo s košnjo in puljenjem.

V devetih (30 %) družinah imajo po enega družinskega člana, ki je alergičen na cvetni prah. 21 (70 %) jih je sicer odgovorilo, da ne vedo, ali je kdo alergičen na ambrozijo. Glede na število anketiranih je odstotek alergikov visok. Največ jih ima težave z alergijo od aprila do maja (33,3 %) in od avgusta do septembra (33,3 %). Tako lahko predvidevamo, da so ti isti trije, ki imajo težave v avgustu in septembru, alergični na ambrozijo, saj je ambrozija edina rastlina, ki tako dolgo cveti.

Diskusija

Čeprav večina občin zatira ambrozijo s košnjo, je ta košnja vzporedna z letno košnjo, ki pa je običajno prepozna in nezadostna za zatiranje ambrozije. V Euphresco (2008–2009) so zapisali, da je čas košnje ključnega pomena, ker močno vpliva na sposobnost obraščanja in cvetenja ambrozije, saj lahko po košnji ambrozija razvije vodoravne stranske poganjke s cvetovi, ki rastejo tik nad površino in jih pri naslednji košnji ne moremo pokositi.

V raziskavi smo ugotovili, da le štirje lastniki zemljišč zatirajo ambrozijo s puljenjem in košnjo, pet pa jih za zatiranje uporablja herbicide. V Euphresco (2008–2009) je zapisano, da je najbolj učinkovito seveda puljenje, vendar to, žal, na velikih površinah ni mogoče. Herbicidov pa ni dovoljeno uporabljati predvsem na površinah, kjer se izvaja ekološka pridelava. Košnja je priporočljiva za velike površine oz. tam, kjer je zatiranje s herbicidi prepovedano, vendar s košnjo preprečujemo samo nadaljnje tvorjenje semen.

V nadaljevanju so podani odgovori na zastavljena raziskovalna vprašanja:

Raziskovalno vprašanje 1: *Ali lastniki kmetijskih zemljišč prepoznajo ambrozijo in poznajo njeno razširjenost v okolju in škodljivost za zdravje ljudi?*

Večina, 83,4 % anketirancev, prepozna ambrozijo. Zavedajo se tudi njene razširjenosti, saj so jo vsi, ki so jo prepoznali, na njihovih zemljiščih tudi zatirali. Zelo velik odstotek, in sicer 76,7 % anketiranih, je mnenja, da ambrozija povzroča alergijo.

Raziskovalno vprašanje 2: *Ali odgovorni za zatiranje ambrozije v občinah na območju Ptuja poznajo njeno razširjenost v okolju in škodljivost za zdravje ljudi?*

V vseh petih (100 %) občinah vedo, kako je ambrozija razširjena, saj jo v vseh občinah tudi zatirajo. Zavedajo pa se, da jo je potrebno zatirati zaradi zdravja ljudi, saj povzroča alergijo.

Raziskovalno vprašanje 3: *Ali lastniki kmetijskih zemljišč in odgovorni na občinah za zatiranje ambrozije na območju Ptuja upoštevajo Odredbo o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu *Ambrosia* iz leta 2010 Ministrstva za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano Republike Slovenije?*

Da je zatiranje ambrozije zakonsko predpisano, so vedeli v vseh petih (100 %) občinah in Odredbo tudi upoštevajo, saj jo na vseh občinah zatirajo. Vsi lastniki kmetijskih zemljišč, ki so opazili ambrozijo na svojih površinah (76,7 %), so jo tudi zatirali oz. upoštevali Odredbo. Vendar je samo 15 (50 %) anketiranih vedelo, da je zatiranje ambrozije zakonsko predpisano, to nam pove, da jo nekateri zatirajo, ne da bi vedeli, da je to obvezno.

Raziskovalno vprašanje 4: *Ali se je v zadnjih letih povečalo število alergij na ambrozijo na območju Ptuja?*

V letu 2009 je bilo narejenih 450 kožnih testov, od tega jih je bilo alergičnih na ambrozijo 45 testiranih. V letu 2010 se je tako povečalo število kožnih testov kot število alergikov, in sicer je bilo narejenih 820 kožnih testiranj, pozitivnih na ambrozijo pa je bilo 56 testirancev. V letu 2011 so do 15.10. v letu naredili 661 kožnih testov, pozitivnih testirancev na ambrozijo je bilo 43. Po mnenju Bojana Novaka, dr. med. spec. internist-pulmolog, ki je vodja Službe zdravstvenega varstva pljučnih bolnikov Ptuj, bo do konca leta 2011 število alergikov na ambrozijo večje od leta 2010.

Rezultati raziskave kažejo, da večina prepozna ambrozijo in da je ta rastlina že zelo prisotna na kmetijskih zemljiščih na območju Ptuja. Večina anketirancev je seznanjena, da ambrozija povzroča alergijo, vendar pa jih polovica ne ve, da je zatiranje zakonsko predpisano z Odredbo o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu *Ambrosia* iz leta 2010. Kar 70 % anketiranih ni bilo opozorjenih, da je ambrozijo potrebno zatirati.

Zaključki

Vsi bi se morali zavedati, da se ambrozija v Sloveniji močno širi. V medijih se veliko govori o tem, od kod je ambrozija prišla, kako hitro se širi, da je alergena in da je bila sprejeta Odredba o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu *Ambrosia*. Nihče pa ne opiše ambrozije, ne svetuje, kako in kdaj jo je potrebno zatirati, tudi nihče tega ne nadzoruje in/ali spodbuja lastnike zemljišč, da bi jo zatirali. Vzrok je verjetno v tem, ker država sama ne poskrbi za zemljišča, katerih lastnik, je in se na njenih površinah (predvsem ob avtocestah, železniških progah, parkiriščih itd.) zadržuje in razrašča ambrozija. Če ne bomo zatirali ambrozije oz. je vsaj pravočasno prepoznali na zemljiščih, se bo še naprej širila, to pa ni dobro ne za okolje in tudi ne za zdravje ljudi. Pomembno in trenutno zelo pozitivno je, da na Inštitutu za varovanje zdravja spremljajo vsebnost cvetnega prahu ambrozije v zraku in s tem opozarjajo alergike, kdaj naj se izogibajo zunanjemu zraku. Število alergikov se z leti viša, to je razvidno iz podatkov Službe zdravstvenega varstva pljučnih bolnikov Ptuj. Ti so bili eni redkih, ki so bili pripravljeni sodelovati v okviru raziskave. Verjetno se na ravni države še ne zavedamo, da bi bili preventivni ukrepi veliko cenejši kot kasnejši vedno večji stroški za zdravljenje alergij.

Predlagani preventivni ukrepi, ki bi jih lahko sprejeli na državni ravni, so: ozaveščanje ljudi o ambroziji in njenih negativnih posledicah preko različnih medijev, lahko bi tudi vsakemu gospodinjstvu poslali letak o značilnostih ambrozije in možnostih zatiranja. Veliko bi naredili, če bi na lokalni ravni organizirali srečanja oz. seminarje, na katerih bi strokovnjaki predavali o škodljivostih ambrozije in pomagali ljudem z nasveti, kako prepoznati ambrozijo in jo učinkovito ter na najbolj naraven način zatirati. Uvedli bi lahko tudi večji nadzor nad zatiranjem s strani pristojnih služb. Če se ti preventivni ukrepi ne bodo začeli izvajati, se bo ambrozija razširila tako močno, da je ne bo mogoče več izkoreniniti, to pa povečuje možnost razširjenja in tudi večje stroške.

Upamo, da bodo na eni izmed občin držali obljubo in naslednje leto uvedli nadzor nad zatiranjem ambrozije. Na drugi občini bodo razdelili zloženke o ambroziji, ki jo je pripravilo Ministrstvo za kmetijstvo, gozdarstvo in prehrano. Menimo, da bi lahko veliko naredili s preventivnimi ukrepi oz. z ozaveščanjem ljudi o tej grozljivi škodljivki, ki se širi po naši prelepi deželi.

Literatura

- Alberternst, B, Nawrath, S, Klingenstein, F. Biologie, verbreitung und einschleppungswege von ambrosia artemisiifolia in Deutschland und bewertung aus naturschutzsicht. Deut Pflanzenschutz. 2006; 58 (11): 279–285.
- Euphresco. Navodila za zatiranje ter preprečevanje širjenja pelinolistne ambrozije-Strategije za nadzor ambrozije. Univerza v Kopenhagnu, 2008-2009. Dosegljivo na: <http://www.furs.si/svn/zvr/POSNadzori/Ambrosia/U%C5%A1hresconavodila.pdf> (25. 10. 2011).
- Kofol-Seliger, A. Neofiti-rastline pritepenke, rod ambrozije (žvrklja). Proteus. 2001; 63 (6): 276–278.
- Odredba o ukrepih za zatiranje škodljivih rastlin iz rodu Ambrosia. Uradni list Republike Slovenije št. 63/2010.
- SSKJ-Slovar slovenskega knjižnega jezika. Inštitut za slovenski jezik Frana Removša ZRC SAZU. Ljubljana: DZS, 1994.
- Škerbot, I. Zatiranje pelinolistne ambrozije. Kmetijsko-gozdarski zavod Celje, 2011. Dosegljivo na: <http://www.kmetijskizavod-celje.si/11-7-2011-pelinolistna-ambrozija> (22. 10. 2011).

Sekcija 8

Druge sodobne raziskovalne teme s področja zdravstva

Biografska metoda dela v zdravstveni negi Biographical method in nursing care

Irena Boljtar, Radojka Kobentar

Povzetek

Izhodišča: Biografska metoda vključuje določene tehnike dela z osebami z demenco, ki se uporabljajo na podlagi poznavanja njihove biografije. Zdravstvenim delavcem omogoča boljše sodelovanje in načrtovanje zdravstvene nege iz poznavanja njihovih življenjskih navad, krepitev medsebojnih odnosov in zaupanja. Osebam z demenco pa prinaša večje zadovoljstvo, samospoštovanje, izboljša komunikacijo ter s tem omogoča kakovost življenja.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna in kvantitativna metoda raziskovanja. Uporabljena je bila lestvica za oceno stopnje kakovosti življenja oseb z demenco (Cornell-Brown Quality of life in Dementia scale). Vzorec je zajemal šest oseb z demenco, ki živijo v instituciji in so na začetni stopnji demence. S tremi od šestih oseb je potekalo biografsko delo. Vse podatke, zbrane z anamnezo, smo zapisovali. Izjave iz zapisanih intervjujev smo kodirali tako, da smo jih zapisali v levi del stolpca, pripisane kode pa v desni del stolpca. Pri izvajanju biografske metode smo vsakodnevno zapisovali izjave oseb z demenco in jih kodirali ter iz pridobljenih kod povzeli, na katero življenjsko aktivnost dejavnost smo pozitivno vplivali s to metodo. Lestvice za oceno kakovosti življenja oseb z demenco smo anonimizirali in obdelali s programom SPSS 15.0 ter s tem objektivizirali oceno stopnje izboljšanja po obravnavi z biografsko metodo. Skupno število doseženih točk, zbranih z ocenjevalno lestvico pred in po obravnavi z biografsko metodo pa smo obdelali s programom Excel.

Rezultati: Rezultati izjav, opazovanja in ocenjevalne lestvice kažejo na izboljšanje razpoloženja, vedenja in zmanjšanje motenj doživljanja, ter tako izboljšajo kakovost življenja oseb z demenco.

Diskusija in zaključki: Raziskava je pokazala, da ima poznavanje biografije osebe z demenco pri načrtovanju zdravstvene nege pomemben vpliv in da omogoča boljše izvajanje in ohranjanje določenih življenjskih aktivnosti ter dobro komunikacijo, s katero ohranjajo tudi spoznavne sposobnosti.

Cljučne besede: demenca, zdravstvena nega, biografska metoda, tehnike dela, življenjske aktivnosti.

Abstract

Introduction: Biographical method is a special way of working with people with dementia, adapted to the individual based on the knowledge of his biography, which enables health

workers a better cooperation and planning of nursing care based on knowledge of life and the elderly person's living habits. The purpose of these procedures is to deepen the relationship and trust between health professionals of care and the elderly person in terms of improving communications, in particular, customer satisfaction and maintaining the longest possible liveness of dementia.

Methods: We used the combination of qualitative and quantitative methods of research, for which we obtained the data through a combination of semi-structured interviews and observation, and by analysing the records. In addition, we used a Cornell-Brown Quality of Life in Dementia Scale for assessing the quality levels of life for persons with dementia, by which we assessed the level of quality of life of persons with dementia before and after using the biographical method. The sample consisted of six persons with dementia living in institutions suffering from at an early stage of dementia. With three of the six patients we held biographical work. All data, gathered with case history, we were taking notes. Statements from recorded interviews are coded like this, that we wrote down them to left part of column, written in code to right part of column at execution of biographical procedure are daily written down statement of people with dementia and coded and from gained codes summarised, we influenced activity positively with this procedure on which life activity. Charts behind assessment to quality of life of people with dementia are anonymized and treated SPSS 15.0 with program and from themes objectivized assessment of rate of improvement for treatment with biographical procedure. Common number of achieved points, of concentrated with marking scale in front of and we treated Excel with program round treatment with biographical procedure.

Results: Results, statements, observations and rating scales primarily demonstrated improvement in mood behaviour and reduced disruption experiences. All biographical methods used have a positive effect on mood and well-being, as well as improve the quality of life for persons with dementia.

Discussion and conclusions: The research showed how important the personal biographies knowledge is in order to enable high quality extension of some important life activities and planning health care for patients suffering from dementia.

Key words: dementia, nursing care, biographical method, techniques, life activities.

Uvod

Prebivalstvo se stara in vsakih 5 let višja starost podvoji verjetnost za nastanek demence, zaradi česar se število pacientov z demenco povečuje hitreje kot samo število starejših, pravi Kogoj (2009).

K pacientu usmerjena zdravstvena nega poudarja pomen obravnave oseb z demenco in prepoznavo njihovega življenja in osebnosti. Bio-psihosocialni pristop pomaga k razumevanju demence in vključno z biomedicinsko obravnavo poudarja pomen njihovih biografij v okviru širšega socialnega razmerja z družino in prijatelji znotraj skupnosti (Small, 2007). Poznavanje biografije (Kennard, 2006) omogoči boljše razumevanje oseb z demenco in pojasni nekatere vzorce obnašanja, daje razlago, zakaj nekatere izkušnje iz preteklosti vplivajo na sedanje življenje.

Demenca

Po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB - 10) je demenca opredeljena kot sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, običajno kronične ali napredujoče narave. Vključuje motnje višjih živčnih dejavnosti, ki zajemajo spomin, mišljenje, orientacijo, razumevanje, računanje, sposobnost učenja, sposobnost besednega izražanja in presojanja. Demenco spremljajo zmanjšane sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja in dnevnih aktivnosti (Mali, 2010). Po vzrokih razdelimo demenco na Alzheimerjevo demenco, vaskularno demenco, frontotemporalno demenco in demenco Lewyjevih telesc. Ostale oblike demenc so Creutzfeld-Jacobova demenca, Huntingtonova demenca in demenca pri HIV (Sadock, 2007; Muršec, 2007; Van Hülsen, 2010).

Po Naomi Feil (Van Hülsen, 2010) poznamo štiri stopnje demence: 1. stopnja je pomanjkljiva, nesrečna orientacija, 2. stopnja – časovna dezorientacija, 3. stopnja – ponavljajoči se gibi in 4. stopnja vegetiranje. Po navedbi Ayalon, Feliciano in Arean (2006), ki opisujejo tristopenjsko razdelitev demence, traja prva faza demence od 2 do 4 let, druga faza od 2 do 8 let in tretja od 1 do 3 let.

Potrebe oseb z demenco

Pri delu z osebami z demenco je pomembno upoštevati njihove osnovne psihološke potrebe, kot so: potreba po povezanosti z drugimi ljudmi, potreba po tolažbi, potreba po ustvarjanju lastne istovetnosti, potreba po zaposlitvi, potreba po vključenosti in potreba po ljubezni (Kitwood, 2005 cit po Milošević, Mali 2008, 12). Temeljne smernice zdravstvene nege so zbiranje in analiza informacij, ocenjevanje in ugotavljanje življenjskih potreb, določanje ciljev, načrtovanje intervencij zdravstvene nege z dejavnim vključevanjem pacientov v procesu izvajanja in odločanja, z upoštevanjem moralno-etičnih norm, spoštovanjem osebnosti in človekovih pravic (Kobentar, 2009, 90). Mirc in Čuk (2010) pa poudarjata dejavno vlogo medicinske sestre v procesu zdravstvene nege, ki pomembno vpliva na izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco. Z ohranjanjem duševne in telesne vitalnosti krepimo samozavest in pripomoremo k večji samostojnosti in neodvisnosti. Prav tako pravi Kobentarjeva (2009), da so aktivnosti zdravstvene nege usmerjene k ohranjanju, izboljšanju in/ali vzpostavljanju ponovne aktivnosti, ki je usmerjena k večji samostojnosti, neodvisnosti in samoiniciativnosti posameznika.

Diagnostika in zdravljenje

»Za postavitev diagnoze je potreben klinični pregled, ki vključuje pregled duševnega stanja in anamnestičnih podatkov, pridobljenih od pacientove družine, prijateljev in delodajalcev« (Sadock, 2007, 334). Podroben nevropsihološki pregled opravi nevropsiholog na predlog zdravnika, navajajo Granda, Mlakar in Vodušek (2003).

V okviru farmakološkega zdravljenja Kramberger (2009) v klinični poti za demenco navaja za zdravljenje demence registrirane antidementive: inhibitorji acetilholinesteraze, memantin in ostalo simptomatsko terapijo (antidepresivi, nevroleptiki, anksiolitiki, sedativi in internistična terapija. »Nemedikamentozni ukrepi so v zgodnjih stadijih demence bolj učinkoviti kakor uporaba zdravil, zlasti če jih uporabljamo v kombinaciji s svetovanjem, učenjem, sproščanjem in rednimi obiski svojcev, ki prispevajo k večjemu zadovoljstvu in izboljšanju kakovosti življenja pacientov.« (Kobentar, Gorše Muhič, 2005, 97)

Teorija kognitivne rezerve

Teorija o kognitivni rezervi se je pojavila ob ponavljajočih opažanjih v kliničnem okolju, kjer se ne more potrditi neposredne povezave med stopnjo okvare ali poškodbe možganov in kliničnimi znaki te okvare. Posamezniki z večjo kognitivno rezervo so bolj uspešni pri premagovanju možganskih okvar. Povečana uporaba kognitivnih dejavnosti pa je povezana z zmanjšano stopnjo upada spomina pri zdravih starostnikih (Stern, 2006; Pečjak, 2007; Rolstad, 2010). Prav tako, kot je pomembna telesna vadba za ohranjanje in krepitev fizične aktivnosti in gibljivosti, so pomembne umska aktivnost dejavnost in osnovne komunikacijske veščine, ki pomagajo posameznikom z okvaro spomina in motnjami mišljenja (Stevens, 2006, 131).

Biografska metoda dela

Biografija, sestavljena iz spominov, pisanja, psihoterapije ali usmerjene avtobiografije, je velik izziv gerontologom zadnjega četrto stoletja (Ebersole et al., 2005). Biografsko delo se je začelo uporabljati v rejniških ustanovah v Veliki Britaniji za pomoč otrokom pri oskrbi (Ryan, Walker, 1985 cit po Day, Wills, 2008, 22). Biografska metoda (Mackin, Arian, 2005 cit po Stuart, 2009) omogoča osebi pregled nad življenjem ter sprejemanje, spreminjanje in ponovno vključevanje problematičnih in motečih obdobj.

Biografske tehnike dela

Tehnike vključujejo tudi srečanja s svojci in uporabo življenjskih knjig. Z uporabo teh tehnik razrešujejo stare probleme, povečujejo strpnost v primeru konfliktov, razrešujejo krivdo in strah, izboljšajo samopodobo, ustvarjalnost, velikodušnost in sprejemanje preteklosti (Sadock, 2007). Po raziskavi, ki jo je opravila Skupina za razvoj pri Ministrstvu za zdravje v Veliki Britaniji (2010), biografska metoda izboljša načrtovanje zdravstvene nege, pripomore h kakovosti življenja, dostojanstvu, zadovoljstvu, izboljšanju komunikacije, samospoštovanja in motivacije oseb z demenco. Tehnike, ki se uporabljajo v biografski metodi (Zurbuchen, 2006; Van Hülsen, 2010), so: risanje, barvanje, izrezovanje, petje, poslušanje glasbe, ples, pregledovanje zemljevidov, izleti, kuhanje in peka, igre in razgovori o določenih obdobjih v življenju.

Življenjska knjiga

Življenjska knjiga je pripomoček za spominjanje. V njej so besede in podobe o pomembnih trenutkih človekovega življenja od rojstva pa do sedanjosti. Če se zdi, da so nova doživetja pomembna, jih je moč prav tako vključiti v življenjsko knjigo. Prelistavanje take knjige lahko osveži ključne dogodke iz življenja posameznika. Ta pa spodbuja samozavest in pomaga ljudem, da so bolj sproščeni, ko gre zanje in njihove spomine. Pomembno zamišlja je potrebno približati svojcem in tudi dementnemu pacientu, jo narediti zanimivo, zlasti tedaj, ko je varovanec še na zgodnji stopnji obolenja (Powell, 2007).

Metoda

Pripomočki

Uporabljena je bila metoda polstrukturiranega intervjuja z opazovanjem in udeležbo ter pregled zdravstveno negovalne dokumentacije za pridobitev anamnestičnih podatkov. Pred začetkom in ob koncu raziskave smo naredili tudi oceno stopnje kakovosti življe-

nja oseb z demenco. Za dodatno potrditev in oceno stopnje izboljšanja splošnega stanja in počutja oseb z demenco je bila uporabljena Cornell-Brownova lestvica za ocenjevanje kakovosti življenja oseb z demenco. Cornell-Brown Quality of life in Dementia scale je lestvica, katere avtorji so Ready, Ott, Grace in Fernandez (2002) z univerze Massachusetts v Amherstu. V lestvici so po sklopih zajeti ocenjevanje razpoloženja, motnje doživljanja, vedenjske motnje, fizični znaki in ciklične funkcije, ki vključujejo dnevni ritem razpoloženja in spanja.

Vzorec

Sodelovalo je šest oseb z demenco, od katerih so bile tri osebe obravnavane po biografski metodi in tri osebe, ki niso bile deležne te obravnave. Osebe v raziskavi so bile stare od 68 do 89 let. Za ugotavljanje stopnje bolezni smo uporabili kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (KPSS) (Granda, Mlakar, Vodušek, 2003). Osebe, ki so sodelovale v raziskavi, so imele oceno KPSS od 21 do 25 točk od 30 možnih, povzeto iz medicinske dokumentacije. Pri obeh skupinah je bila pred raziskavo in po raziskavi narejena ocena s Cornell-Brownovo lestvico za oceno kakovosti življenja oseb z demenco. Načrt zdravstvene nege je bil prilagojen vsaki osebi posebej glede na podatke iz biografske anamneze, ki je bila narejena po teoriji Virginie Henderson o 14 življenjskih aktivnostih.

Potek raziskave in obdelava podatkov

Pred raziskavo so bila pridobljena soglasja vseh oseb. Poleg tega pa smo dobili tudi soglasje Državne komisije za medicinsko etiko in soglasje Doma dr. Franceta Bergelja Jesenice, v katerem je raziskava potekala od 28. 2. 2011 do 7. 3. 2011. Osebe, ki so sodelovale v raziskavi, so bile pred začetkom seznanjene z namenom diplomskega dela. Udeleženi v raziskavi je bila anonimnost zagotovljena tako, da so podatki anonimizirani in nikjer ni razpoznavna identiteta posameznika. V ta namen smo pripravili poseben obrazec. Ocenjevalna lestvica je bila zaradi zagotavljanja objektivnosti izpolnjena s pomočjo diplomirane medicinske sestre, ki v zavodu posebej skrbi za osebe z demenco.

Vse podatke, zbrane z anamnezo, smo zapisovali. Izjave iz zapisanih intervjujev smo kodirali tako, da smo jih zapisali v levi del stolpca, pripisane kode pa v desni del stolpca. Iz zbranih kod smo dobili podatke, pri katerih življenjskih aktivnostih se kažejo največji problemi. Glede na to smo izbrali biografske tehnike dela. Pri izbiri tehnik dela smo upoštevali, katere dejavnosti so osebam z demenco že poznane in jih rade izvajajo. Pri izvajanju biografske metode smo vsakodnevno zapisovali izjave oseb z demenco in jih kodirali ter iz pridobljenih kod povzeli, na katero življenjsko aktivnost dejavnost smo pozitivno vplivali s to metodo.

Lestvice za oceno kakovosti življenja oseb z demenco smo anonimizirali in obdelali s programom SPSS 15.0 ter s tem objektivizirali oceno stopnje izboljšanja po obravnavi z biografsko metodo. Primerjava rezultatov prve in druge meritve s Cornell-Brownovo lestvico je bila izračunana na podlagi Wilcoxovega rang testa, ki se uporablja za male vzorce. Izboljšava, dosežena z biografsko metodo, je bila izračunana na podlagi Mann-Whitneyjevega rang testa, ki se prav tako uporablja za male vzorce. Skupno število doseženih točk, zbranih z ocenjevalno lestvico pred in po obravnavi z biografsko metodo pa smo obdelali s programom Excel.

Rezultati

Osebe v raziskavi so po medicinski diagnozi in oceni kratkega preizkusa spoznavnih sposobnosti na začetni stopnji bolezni, za katero so značilne predvsem motnje čustvovanja, razpoloženja in komunikacije.

Za načrt dela po biografski metodi smo izbrali tehniko z uporabo glasbe, s katero smo želeli vplivati na čustvovanje in razpoloženje ter posredno tudi na komunikacijo.

S tehniko pogovora in obujanja spominov smo obravnavali praznike, in sicer pustovanje, ker se je ta ljudski praznik dogajal ravno v tem času, ko je potekala raziskava, poleg tega pa je bil predmet razgovora tudi dan žena. V sklop te tehnike smo vključili tudi ročna dela, pri kateri smo izdelovali rože iz papirja in oblikovali plakat za okrasitev prostora z izrezovanjem pustnega okrasja in mask ter hrane, ki je aktualna v tem času. Tehnika ročnih del je vplivala na ohranjanje življenjske aktivnosti gibanje, komuniciranje, izražanje čustev in seveda koristno delo.

Tretja tehnika biografske metode je bila izdelava življenjske knjige, pri kateri smo uporabili slike iz preteklosti oseb, udeleženi v raziskavi, in slike njihovega kraja bivanja ter končno tudi slike trenutnega kraja bivanja, to je doma. V življenjsko knjigo smo vstavili tudi njim ljuba besedila pesmi. Ob slikah in izrezkih so tudi nekaj zapisali. Izdelava življenjske knjige je imela pomen pri življenjski aktivnosti komunikacije, izražanja čustev, medosebnih odnosov in tudi koristno delo ter gibanje. V naši raziskavi z biografskim delom zbrane izjave oseb kažejo, da se rade spominjajo lepih stvari, ki so jih doživele v svojem življenju. Izjave o dogodkih in ljudeh, ki jim veliko pomenijo, se pogosto ponavljajo. Ponavljanje izjav po navedbi Vogrinca (2008) povečuje stabilnost, zanesljivost in veljavnost spoznanj. Izjave oseb z demenco, ki kažejo na izboljšanje splošnega zadovoljstva, izboljšanja na področju čustvovanja in komunikacije:

Mi je všeč, da sem tukej. Lepo življenje sem imela in se ga rada spominjam. Lepo je bilo ...

Včasih je bilo lepo ... Rada se spominjam lepih časov, težkih ne ...

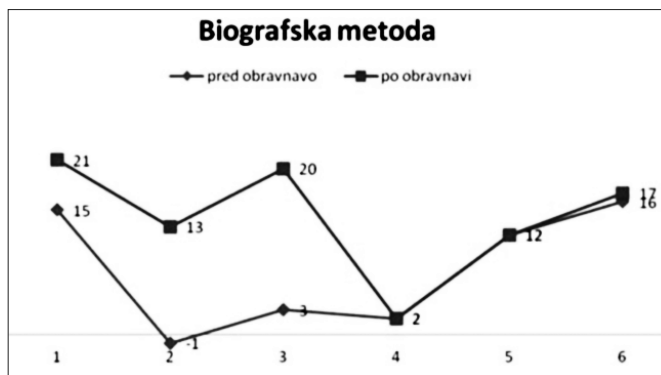
Da je človek v zakonu srečen ... Tako sem šla rada domov.

Navadla sem se, vse so tako prijazne z nami.

Vse imamo tukaj. Na toplem smo. Dobro kuhajo. Sestre so dobre z nami.

Moja želja je bila, da bi bila zdrava. Sem zadovoljna, vse mam tukej, kar potrebujem.

Še kaj pridite ... na obisk ... Zdravja si najbolj želim. Drugo vse imam.



Slika 1: Ocena s Cornell-Brownovo lestvico pred in po obravnavi z biografsko metodo.

Slika 1 kaže skupno število doseženih točk s Cornell-Brownovo lestvico pred obravnavo z biografsko metodo in po obravnavi. Pred obravnavo in po obravnavi so bile ocenjene vse osebe, ki so sodelovale v raziskavi. Prve tri osebe so bile deležne obravnave z biografsko metodo, druge tri pa ne. Prva oseba iz skupine treh oseb, ki so sodelovale v biografski metodi, je imela po obravnavi boljšo oceno za 6 točk, druga za 14 točk in tretja za 17 točk. V povprečju se je tem osebam izboljšal rezultat za 12, 3 točke. Pri osebah iz kontrolne skupine rezultat ostaja enak. Rezultati prikazani na sliki 1 ne dosegajo statistične pomembnosti (p vrednost je 0,109), kar je pričakovano zaradi majhnega vzorca. Vsota doseženih točk pri skupini, ki je bila deležna obravnave z biografsko metodo nakazuje trend k izboljšanju.

Razprava

V raziskavi smo ugotavljali, ali z biografsko metodo izboljšamo sodelovanje oseb z demenco pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Na izboljšanje sodelovanja smo vplivali z načrtom, ki je bil narejen na podlagi izjav in opažanj, zbranih z anamnezo, ter podatkov iz zdravstvene in negovalne dokumentacije. Po podatkih, zbranih z anamnezo, in naših opažanjih se pri vseh osebah kažejo spremembe na področju čustvovanja, motnje kratkoročnega spomina, ponavljanje besed, motnje koncentracije z občasnim nemirom, hojo po prostoru, vstajanje, presedanje, težave pri sporazumevanju, kar ugotavljata tudi Van Hülse (2010) in Kennard (2006). Pri dveh osebah se je pogosto ponavljalo iskanje stvari, vedno so bile nekam založene, izgubljene ali so jih po njihovih navedbah vzeli drugi. Očesnega stika ne zdržijo dolgo, prav tako navaja Van Hülse (2010). Pri eni osebi je bilo opaziti pomanjkanje energije in je bila upočasnjena. Poleg tega je ta oseba tudi zelo malo govorila.

Ohranjanje ročnih spretnosti in predvsem gibalnih spretnosti nasploh omogoča osebam z demenco boljše zagotavljanje samostojnosti ter neodvisnosti od drugih. Vse to vpliva tudi na kakovost življenja. Enake ugotovitve navajajo tudi Kobal Straus in Kalan (2008), Kobentarjeva (2009) ter Mirc in Čuk (2010).

Biografska metoda omogoča k pacientu usmerjeno zdravstveno nego (Small, 2007). Zdravstvenim delavcem omogoča poznavanje biografije oseb z demenco boljše načrtovanje zdravstvene nege (Russel, Timmons, 2009), osebam z demenco zagotavlja izpolnjevanje njihovih potreb po povezanosti, lastni identiteti, zaposlitvi in ljubezni (Kitwood, 2005 cit po Milošević, Mali, 2008).

Zaključki

V raziskavi smo ugotovili, da ima uporaba biografske metode pri zdravstveni negi oseb z demenco pozitiven vpliv na razpoloženje, doživljanje in vedenje. Poznavanje biografije oseb z demenco pozitivno vpliva tudi na načrtovanje, izvajanje in evalvacijo zdravstvene nege. Med medicinsko sestro in osebo z demenco je lažje vzpostaviti komunikacijo in jo tudi vzdrževati. Pri biografskem delu s posamezniki v raziskavi smo ugotavljali, da obujanje spominov na njihova življenja pozitivno vpliva na čustvovanje. Izboljšanje razpoloženja se je kazalo z dobro voljo in pogostejšim smehom. Splošna dejavnost in gibanje sta se pri osebah, ki so sodelovale v raziskavi, izboljšala.

Prenos pozitivnih rezultatov iz raziskave v vsakdanjo uporabo zdravstveni negi oseb z demenco omogoča kakovostnejšo obravnavo in osebam z demenco izboljšuje kakovost življenja.

Literatura

- Ayalon L, Feliciano L, Arean PA. Ageing changes that affect communication. In: Mauk KL ed. Gerontological nursing. Competencies for care. Boston: Jones and Bartlett publishers; 2006: 87–119.
- Cajnkó AA. Priročnik – Projekt RESje. Ljubljana: Zveza društev upokojencev Slovenije; 2009.
- Day MR, Wills T. A biographical approach. *Nurs Older People*. 2008; 20 (6): 21–4.
- Ebersole P, Hess PA, Touhy T, Jett K. Gerontological nursing & healthy ageing. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005: 494–6.
- Granda G, Mlakar J, Vodušek DB. Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti – umerjanje pri preiskovancih, starih od 55 do 75 let. *Zdrav Vestn*. 2003; 72: 575–81.
- Kennard C. Life stories. 2006; Dostopno na: http://alzheimers.about.com/od/professionalresources/a/life_stories.htm, (1. 4. 2010).
- Kennard C. Life stories. 2006; Dostopno na: http://alzheimers.about.com/od/professionalresources/a/life_stories.htm, (1. 4. 2010).
- Kobal Straus K, Kalan M. Povečana potreba po psihiatrični obravnavi in zdravstveni negi v domu upokojencev Idrija. *Obzor Zdr N*. 2008; 42 (2): 107–16.
- Kobentar R, Muhič M. Obravnava motenj spanja pri starostnikih. In: Velikonja I, ed. Zdravstveni, pravni in socialni vidiki obravnave oseb z demenco – Zbornik prispevkov 4. Psihogeriatrično srečanje; 2005 Mar 31–Apr 1; Lipica, Slovenija. Ljubljana: Spominčica – Slovensko združenje za pomoč pri demenci; 2005.
- Kobentar R, Zdravstvena nega pacienta z demenco. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 90–8.
- Kogoj A. Demenca – javnozdravstveni problem tudi v Sloveniji. *JAMA–SI*. 2009; 17(6): 251–52.
- Kramberger MG. Klinična pot za obravnavo bolnika z demenco. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. Klinični oddelek za bolezni živčevja; 2009. Dostopno na: <http://www.kobz.si/si/Klinicne%20poti/klinicnapotd.pdf> (14. 6. 2010).
- Mali J. Delo z ljudmi, ki imajo demenco. 2010. Dostopno na: [http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/\\$fId/2010052321170765/\\$fName/DEMENCA-koordinatorji%2Bzastopniki+%5BZdru%C5%BEljivostni+na%C4%8Din%5D.pdf](http://www.fsd.uni-lj.si/mma_bin.php/$fId/2010052321170765/$fName/DEMENCA-koordinatorji%2Bzastopniki+%5BZdru%C5%BEljivostni+na%C4%8Din%5D.pdf) (27. 8. 2010).
- Milošević AV, Mali J. Demenca kot izziv za socialno delo. In: Štrukelj KB, Kogoj A, eds. Gerontopsihiatrija – izziv in priložnost sodobnega časa – Zbornik prispevkov 5. Psihogeriatrično srečanje; 2007 Apr 11–12; Zreče, Slovenija. Ljubljana: Spominčica – Slovensko združenje za pomoč pri demenci in Psihiatrična klinika Ljubljana; 2008.
- Mirc A, Čuk V. Ohranjanje življenjskih aktivnosti varovanca z demenco s pomočjo teoretičnih modelov zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*. 2010; 44 (3): 163–72.
- Muršec M. Obrazi demence. In: Stanojevič JP, Jeriček H, eds. Ali se znam učinkovito spoprijeti s stresom in depresijo? Zbornik strokovnih prispevkov srečanj. Demenca, kaj bi morali vedeti?; 2007 Feb 14–15; Maribor: zavod za zdravstveno varstvo; 2007: 76–82.
- National Steering Group. The positive contribution of life story work to individuals and carers. UK: Department of health; 2010.

- Pečjak V, Pečjak M. Psihologija staranja. Bled: samozaložba; 2007.
- Powell J. Poti k sporazumevanju (pomoč starejšim pri demenci). Ljubljana: Mestna zveza upokojencev; 2007.
- Ready RE, Ott BR, Grace J, Fernandez I. The Cornell-Brown Scale for quality of life in dementia. Providence: Brown University. Department of neurology; 2002. Dostopno na: <http://med.brown.edu/neurology/qol> (19. 11. 2010).
- Rolstad S. Reserve in mild cognitive impairment – new approaches [doktorsko delo]. Gothenburg: Institute of neuroscience and physiology; 2010.
- Russell C, Timmons S. Life story work and nursing home residents with dementia. *Nurs Older People*. 2009; 21 (4): 28–32.
- Sadock BJ, Sadock VA. Geriatric psychiatry. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. In: Grebb JA, Pataki CS, Sussman N, eds. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 1348–58.
- Small N. Dialogues about palliative care. In: Frrogatt K, Downs M, eds. Living and dying with dementia Oxford: Oxford university press; 2007: 76–80.
- Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2006; 20 (2): 112–5.
- Stevens K. Therapeutic communication with older adults. In: Mauk KL ed., Gerontological nursing. Competencies for care. Boston: Jones and Bartlett publishers; 2006: 121–40.
- Van Hülsen A. Zid molka: Oblike dela z osebami z demenco na primeru validacije in drugih novih teorij. Logatec: Firis Imperl; 2010.
- Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008.
- Zurbuchen E. Biographiearbeit. Socialbegleitungund Biographiearbeit im Umgang mit älteren Menschen [diplomsko delo]. Zürich: Schule für Socialbegleitung; 2006.

Zdravljenje in odnos družbe do neplodnosti z vidika neplodnega para

Treatment and society relationship to the infertility in terms of infertile couple

Nina Hojsak, Jožica Ramšak Pajk

Povzetek

Izhodišča: Sprejetje neplodnosti in pogled družbe na neplodni par sta izjemno pomembna pri doživljanju posameznih parov v procesu soočanja, sprejemanja in v postopku zdravljenja. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako se pari soočijo z neplodnostjo ter kakšen je pogled družbe na neploden par ter vloga medicinske sestre pri neplodnem paru.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metoda s tehniko polstrukturiranega intervjuja. V raziskavo sta bila vključena dva neplodna para z izkušnjami z zdravljenjem neplodnosti. Z neplodnim parom sta bila izvedena poglobljena intervjuja na njihovem domu. Pridobljeno gradivo je bilo prepisano. V procesu oblikovanja kodirnega protokola je bil uporabljen induktivni pristop s poudarkom na fenomenološkem raziskovanju.

Rezultati: Z analizo besedila je bila prepoznana ena kategorija Neplodnost in tri podkategorije Želja po uspehu, Doživljanje med postopki in Podpora partnerja in socialne mreže. Analiza besedila kaže, da para poročata o težkem sprejetju diagnoze neplodnosti. Družba ima vedno manj predsodkov glede neplodnosti in zdravljenje le-te. Medicinske sestre imajo pri postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo pomembno in odgovorno vlogo.

Diskusija in zaključki: Družbo je potrebno osveščati, da je neplodnost vedno bolj pogosta. V Sloveniji je neploden že vsak šesti par. Potrebno je spregovoriti o tem problemu in brez obtoževanja pomagati neplodnemu paru prebroditi težko pot do njunega cilja. Zanimivo bi bilo izvesti kvantitativno raziskavo, kjer bi na večjem vzorcu dobili več pogledov na omenjeno problematiko bolj intimne narave.

Ključne besede: fenomenološka študija, neplodnost, stališča družbe.

Abstract

Background: Adoption and infertility at the sight of infertile couple are extremely important in the experience in each couple in the process of coping, and acceptance in the treatment process. The purpose of this study was to determine how couples cope with infertility and how it views the society's infertile couple and the role of nurses in the infertile couple. Methods: The qualitative methods were used with semi-structured interview technique. The survey consisted of a two infertile couple with experience in treating infertility. With infertile couple were carried out in depth interview at their home. Obtained material was

typed. In the process of creating coding protocol was used inductive approach with an emphasis on phenomenological research.

Results: With the analysis of text we identified one category Infertility and three subcategories: The desire for a positive outcome, Experience during assisted and Support from the partner and the social network. Couple report on the adoption of a difficult diagnosis of infertility. The society has fewer prejudices regarding infertility and treats it. Nurses have important and responsible role in medically assisted reproduction.

Discussion: Society should be more aware that infertility is more common. In Slovenia, the infertile couple have a sixth. It is necessary to talk about it and blame-free to help the infertile couple overcomes the difficult path to their goal. It would be interesting to make quantitative methods, where a larger sample to get more views on these issues even more intimate nature.

Key words: phenomenological study, infertility, viewpoint of society.

Uvod

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), govorimo o neplodnem paru takrat, kadar ženska po rednih, nezaščitenih spolnih odnosih (2–3-krat na teden) ne zanosí v 12 mesecih (Peterlin, 2007). O primarni neplodnosti govorimo takrat, ko pri paru še nikoli ni prišlo do zanositve, torej ženska še ni nikoli zanosila, moški pa nikoli oplodil katerekoli partnerke. O sekundarni neplodnosti govorimo v primeru, če je par v preteklosti že zanosil, sedaj pa do zanositve ne pride. To pomeni, da ženska ne more ponovno zanositi, moški pa je v preteklosti že oplodil partnerko (Vlaisavljević, 2006). V Sloveniji od leta 2000 dalje velja zakon, ki ureja zdravljenje neplodnosti s postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (v nadaljevanju: OBMP). Ta zakon imenujemo Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (s kratico: ZZNPOB), Ur.l. RS, št. 70/2000 (Pinter et al., 2006).

Problematika neplodnosti družbo vedno bolj zanima, zaradi dejstva, da se v razvitem svetu vedno več parov v reproduktivnem obdobju sooča z neplodnostjo (Rigol Chachamovich et al., 2010). Po podatkih iz leta 2008 naj bi v Evropi 15 % parov trpelo za neplodnostjo (Vlaisavljević, 2011). Družba ugotavlja, da neplodni pari na začetku težko spregovorijo o tej diagnozi. Najpogosteje se zavijejo v molk, nikomur ne zaupajo. Ko mine nekaj časa, se počasi odprejo in zaupajo svoje življenjske izkušnje svoji najožji socialni mreži (starši, sestre, bratje, najboljši prijatelji). Neplodnost je trenutno še vedno tema, o kateri par razpravlja z ožjim krogom ljudi: primarna družina, zdravstveno osebje in ljudje, ki imajo podobno izkušnjo (Fekonja, 2009).

Vloga medicinske sestre pri obravnavi neplodnega para je izjemno odgovorna (Peterlin, 2007). Medicinska sestra se mora še posebej posvetiti psihičnim in čustvenim potrebam para v postopku OBMP (Lewis, 2001 cit po Peterlin, 2007, 20–21). Medicinska sestra je pri obravnavi neplodnega para vključena tako v oskrbo in razumevanje pacientov, spodbujanje splošnega dobrega počutja, svetovanje pri odločitvah o možnih vrstah zdravljenja kot tudi v zagotavljanje podpore med postopki OBMP, tudi v neuspešnih primerih (Hammer Burns in Covington, 2000). Tako ima medicinska sestra pri postopkih OBMP vlogo svetovalke, učiteljice in zagovornice neplodnega para (Lewis, 2001 cit po Peterlin, 2007, 20–1).

Pri neplodnih parih, ki so v procesu postopka OBMP, in zdravstvenim osebjem je komunikacija izjemno pomembna. Odločilnega pomena je prav prvi stik med parom in zdravstvenim osebjem. Pomembno je, da medicinska sestra pridobi pacientovo zaupanje in z njim vzpostavi čim bolj pristen stik, kar lahko doseže s prijaznostjo, vljudnostjo in predvsem časom, ki mu ga nameni (Rungapadiachy, 2003 cit po Kogovšek, 2010, 25). Par se mora počutiti varno in imeti občutek, da lahko zdravstvenemu osebju postavi kakršnokoli vprašanje (Peterlin, 2007). Bistveno je empatično komuniciranje, ki med drugim pomeni, da zdravstveno osebje spoštuje pacientovo samopodobo (Ule, 2006 cit po Prebil, 2010, 64–65). Zaradi napetosti, stresa, preobremenjenosti, je pogosto komunikacija oziroma odnos med partnerjema ranljiv (Salzer, 2000; Rigol Chachamovich et al., 2010) na kar mora biti medicinska sestra pozorna.

Metode

Namen naše raziskave je bil ugotoviti kako neplodni pari sprejmejo diagnozo neplodnost, ter kakšen je družbeni vidik na neploden par.

Cilj raziskave:

- Opisati doživljanje neplodnega para glede na poglede družbe do neplodnosti.
- Prepoznati izkušnje neplodnih parov med postopkom zdravljenja in doživljanje strokovne podpore.

Izvedli smo kvalitativno fenomenološko študijo. Fenomenološko raziskovanje se raje kot na proučevanje objektivne stvarnosti osredotoča na proučevanje človekovih izkušenj te realnosti (Vogrinc, 2008). Tako smo s poglobljeno analizo opisali doživljanje in izkušnje pri postopkih OBMP obeh parov. Kot instrument za namen zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturiran intervju. Vodilna vprašanja smo sestavili na osnovi pregleda literature (Rigol Chachamovich et al. 2010, Fontenot, 2008, Salzer, 2000, Hammer Burns, Covington, 2000). Oblikovali smo pet ključnih vprašanj, podvprašanja so sledila situaciji oziroma dinamiki intervjuja.

Pri izvedbi raziskave smo uporabili namenski vzorec merjencev. V raziskavo smo vključili dve ženski in dva moška oziroma dva para, ki že imata izkušnje s postopki OBMP. En par smo spoznali v kliničnem okolju, drugi par v zasebnem življenju. Intervjuji so potekali julija 2011 po predhodni pridobitvi soglasja obeh parov, pri katerih smo v njihovem okolju izvedli intervjuja. Z obema paroma smo se srečali enkrat na njihovem domu, kjer je bilo sproščeno vzdušje, zato je bil pogovor dovolj poglobljen za pridobitev vseh potrebnih informacij. S prvim parom je intervju potekal približno dve uri v popoldanskem času, z drugim parom pa približno dve uri in pol v dopoldanskem času. Tako je bila realizacija vzorca 100 %. Zagotovljena je bila anonimnost obeh parov in upoštevanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Pri kvalitativnem raziskovanju je raziskovalec neposredno vključen v okolje, kar mu pomaga pri opazovanju preučevanega predmeta. Tako lahko razume tisto, kar je izraženo v pogovoru, pa tudi tisto, česar z besedami ni mogoče izraziti (Vogrinc, 2008). Pri procesu kodiranja smo uporabili induktiven pristop to je pristop odprtega kodiranja. Rezultat tega je seznam, ki mu pravimo kodirni protokol velikega števila neurejenih in nepovezanih kod. Pri analiziranju kvalitativno zbranega gradiva je bistvo iskanje tem (kod, pojmov) v analiziranem gradivu (Bryman, 2004 cit po Vogrinc, 2008, 61). Za namen interpretacije smo posamezne intervjuvance označili s kratico Ž1, Ž2, M1 in M2.

Rezultati

Na podlagi analize pridobljenih odgovorov oziroma besedila smo oblikovali eno glavno kategorijo t. j. kategorija *Neplodnost* in tri podkategorije *Želja po uspehu*, *Doživljanje med postopki* in *Podpora partnerja in socialne mreže*. V podkategoriji *doživljanje pri postopkih OBMP*, so bile med drugim prepoznane sledeče kode: sprejetje neplodnosti, občutek jeze, zanikanje in sramu, nepoznavanje postopka, občutek zmedenosti, odkrit pogovor z zdravstvenih osebjem, slabo počutje, strah in zadržanost, psihično in fizično naporni postopki, razočaranje in žalost, občutek izčrpanosti in nemoči, premalo zasebnosti, zadovoljstvo z obravnavo medicinskih sester, kompetentne medicinske sestre, brez predsodkov družbe.

Sprejetje neplodnosti

Novico o neplodnosti in dejstvo, da bo par prišel do otroka po naravni poti je zelo majhna, zato je to zelo težko sprejeti. Vsak posameznik se najprej vpraša, zakaj se je to moralo zgoditi ravno meni, to vendarle ni mogoče.

Ž1: »Težko je bilo sprejeti novico, da verjetno s partnerjem ne bova mogla imeti otrok po naravni poti. Prvo vprašanje, ki mi je rojilo po glavi, je bilo: zakaj se je to moralo zgoditi ravno meni. Mislim, da se to vprašanje poraja po glavi vsem, ki so na istem mestu kot midva.«

M2: »Priznam, da se res ni bilo prijetno soočiti z novico. Spraševal sem se, kako se je to moralo zgoditi ravno nama. Ker nama vzroka za neplodnost niso nikoli ugotovili, sva se tolažila s tem, da nama bo enkrat že uspelo priti do zelenega otroka.«

Brez predsodkov družbe

Para si ne želita, da bi ljudje imeli predsodke o neplodnosti. Zelo neprijetna so vprašanja, zakaj še nimata otrok, če pa imata urejene stanovanjske in finančne razmere. Pari, ki se spopadajo z neplodnostjo, sprva odgovarjajo na ta vprašanja v smislu »Trenutno še ni čas za otroke« ali pa »Bodo prišli, ko bo čas za njih«. Nekateri so že tako naveličani tega vprašanja, da enostavno odgovorijo »Mogoče si jih pa celo ne želiva imeti«, globoko v njih pa sta le razočaranje in žalost ter mogočno upanje, da bo nekoč vendarle uspelo.

Ž1: »Včasih me zmoti, ko slišim kakšnega sosedo, da je od nekoga drugega slišal, da ne ve, zakaj se pravzaprav sploh še trudi. Takrat dobim občutek, da mi določene osebe ne privoščijo otroka. Na srečo je takih ljudi malo, lahko jih preštejem na prste ene roke. Vendar me zelo prizadenejo s svojimi govoricami. Najini družini in prijatelji nama dajejo nesebično podporo ob vsakem trenutku.«

Ž2: »Na začetku nama je bilo težko spregovoriti o neplodnosti. Vendar sva kasneje, po dveh neuspešnih postopkih, spregovorila tudi z ožjimi prijatelji. Družini naju že od vsega začetka podpirata. Vsi prijatelji in znanci so bili zelo odprti in pozitivno gledajo na zdravljenje neplodnosti. Tako nimava slabih izkušenj s strani družbe in prijateljev. Imava pa kar nekaj prijateljev, ki so tudi sami imeli težave z zanositvijo. Ko spregovoriš z drugimi o problemu, ki ga imaš, ti je lažje.«

Zadovoljstvo z obravnavo medicinskih sester

Med pogovorom z obema paroma smo zasledili, da sta bila oba para, tako ženski kot moška, zelo zadovoljna s pristopom medicinskih sester. Ta je namreč oseba, s katero ima par

največ stika, predvsem ženska – pacientka, saj jo spremlja od sprejemne ambulate pa vse do zaključka postopka OBMP. Par je z njo tako v fizičnem kontaktu kot tudi po telefonu.

M1: »Imel sem malo kontakta z zdravstvenim osebjem. Kar pa sem ga imel, moram povedati, da sem bil zelo razočaran glede odnosa zdravnik – pacient. Sem mnenja, da se ne zavzamejo preveč za neploden par. Imajo premalo časa, da bi nam razložili vse, kar nas zanima. Ko prideš na pregled, se počutiš kot na tekočem traku. Najin problem je bil s strani zdravnikov površno obravnavan. Ni se poglobil v problem, ko partnerki zdravilo ni odgovarjalo. Samo predpisal je drugo zdravilo in to je bilo to. Kar sem imel stika z medicinskimi sestrami bi jih pa rad zelo pohvalil, saj si res poskušajo vzeti čas za vsak par posebej, upoštevajo vsa etična načela, so komunikativne in vestno opravljajo svoje delo. Vendar jih na trenutke zdravniki, nadrejeni, preveč tempirajo in jim ne dopuščajo, da bi si vzele več časa za pare, ki pridemo tja z istim namenom.«

Ž2: »Zdravstveno osebje je bilo prijazno do mene. Zdravniki bi si lahko po mojem mnenju vzeli več časa za vsak par. Dejansko preveč sledijo točno določenemu tempu in premalo časa si vzamejo za pogovor. Z medicinskimi sestrami sem bila izredno zadovoljna, res so empatične, prijazne, razumljive, zaupljive. Res vse najboljše imam povedati glede odnosa medicinskih sester do mene.«

Kompetentne medicinske sestre

Skozi pripovedovanja parov se je izkazalo, da so medicinske sestre v centrih za zdravljenje neplodnosti kompetentne strokovnjakinje na svojem področju. Sposobne so motivirati par tako, da si partnerja skupaj prizadevata k doseganju istega cilja. Medicinske sestre na osnovi izkušenj in znanja ter sprotnega izobraževanja razvijejo spretnosti, ki so nujna za delo z neplodnim parom.

Ž1: »Medicinske sestre so res strokovnjakinje na svojem področju. Zelo so sposobne, imajo veliko znanja, spretnosti, sposobnosti motivirati par k določenemu cilju, določene naloge izvajajo perfektno. Mislim, da jih zdravniki absolutno premalo spoštujejo glede na to, koliko znanja imajo in kako empatične so.«

Ž2: »Medicinske sestre so profesionalke na svojem področju. Imajo ogromno izkušenj, empatije in sposobnosti, da opravljajo svoje delo. Bila sem zelo zadovoljna z njihovim znanjem, edino mislim, da jih zdravniki premalo spoštujejo.«

Diskusija in zaključki

Ob postavitvi diagnoze neplodnosti se vsak posameznik najprej vpraša, zakaj ravno midva. Sledi reakcija zanikanja, pri ženskah občutek jeze nad zdravniki, ki so postavili diagnozo, pri moških pa občutek sramu, da ni pravi moški, ker ne more ustvariti otroka. Šele po sprejetju diagnoze neplodnosti in premaganih negativnih čustvih se lahko sprejme odločitev za zdravljenje neplodnosti in postopke OBMP. Postopek OBMP je izjemno zahteven, zato je potrebna vztrajnost, potrpežljivost in upanje, o čemer govori tudi Fontenot (2008). Pri zdravljenju neplodnosti s postopki OBMP vzpostavljajo optimistično razpoloženje na oddelku, medicinske sestre, z obravnavo katerih sta bila oba para zelo zadovoljna. Po njihovih besedah, so izjemno komunikativne, prijazne, empatične predvsem pa strokovnjakinje na svoje področju z ogromno kompetencami in so ravno zaradi tega prava motivacija za prizadevanja parov, da dosežejo svoj cilj, t.j. rojstvo otroka. Zanimivo je, da par, ki prihaja iz urbanega okolja, ni imel neprijetnih izkušenj s družbenimi predsodki. Pri paru,

ki prihaja iz ruralnega okolja, je ena od primarnih družin nekoliko težje sprejela dejstvo o težavah z zanositvijo, še dandanes pa lahko sliši iz okolice govorice, ki izražajo predsodke o neplodnosti. Našo ugotovitev lahko primerjamo z ugotovitvijo Bercko (2010), ki pravi, da je neplodnost v družbi lahko dojeta kot nekaj nezaželenega in negativnega za pomembne družbene vrednote (to sta starševstvo in materinstvo). V nekaterih družbah je prisoten mit, da je materinstvo največ, kar lahko ženska doseže v svojem življenju. Če otrok ne more imeti, ni »prava« ženska. Še posebej izrazito je to v družbah, kjer se ženske odločijo, da ne bodo imele otrok. Družba jih pogosto označi za sebične in odklonske (Urh, 2009 cit po Fekonja, 2009, 24). Zanimivo je spoznanje analize besedila intervjuvanih, da so medicinske sestre strokovne s poudarkom, da z neplodnimi pari vzpostavijo pristen in korekten odnos. Kot so pokazali rezultati študije, ki so jo izvedli avtorji Sina, Ter Meulen in Carasco de Paula (2010), si večina parov želi osebno svetovanje in podporo zdravstvenega osebja ter osebno podporo partnerja in svojih najbližjih. Pri nadaljnjih raziskavah bi bilo zanimivo izvesti še kvantitativno raziskavo, v kateri bi pridobili več statističnih podatkov in v kateri bi s pomočjo anketnih vprašalnikov pridobili nove in dodatne informacije o pogledu družbe na neplodne pare. Namen raziskave je prispevati, da obravnavana problematika ne bo več tako tabuizirana, glede na to, da narašča število neplodnih parov tako doma kot tudi v svetu.

Literatura

Bercko Z. Družbeni vidiki neplodnosti [magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani; 2010.

Fekonja S. Informiranost partnerjev o postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2009.

Fontenot MC. A phenomenological study of couples who pursue infertility and the impact on their lives [doktorsko delo]. The School of Human Resource Education and Workforce Development, Louisiana State University; 2008.

Hammer Burns L, Covington NS. Psychology of infertility. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 3–26.

Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Peterlin A. Počutje pacientk med prejetjem hormonske terapije v postopku priprave oploditev za oploditev z biomedicinsko pomočjo [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo; 2007.

Pinter B, Tomaževič T, Meden-Vrtovec H, Drobnič S, Bačar-Kermavner L, Virant-Klun I, et al. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo z darovanimi spolnimi celicami na Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani. Zdrav Vestn. 2006; 75: 463–8.

Prebil A. Primeri podpornega komuniciranja v komunikacijskem procesu. In: Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja. Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, Skinder Savič K, Mežik Veber M, Romih K et al., eds. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 63–71.

Rigol Chachamovich J, Chachamovich E, Ezer H, Fleck PM, Knauth D, Passos PD. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010; 31 (2): 101–10.

Salzer LP. Adoption after Infertility. In: Hammer Burns L, Covington NS, eds. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. New York: Parthenon Pub. Group; 2000: 391–409.

Sina M, Ter Meulen R, Carrasco de Paula I. Human infertility: is medical treatment enough? A cross-sectional study of a sample of Italian couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010; 31 (3): 158–67.

Vlaisavljević V. Neplodnost. In: Borko E, Takač I, But I, Gorišek B, Kralj B, eds. *Ginekologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka šola za zdravstvo; 2006: 307–36.

Vlaisavljević V. Smeri razvoja reproduktivne medicine. *Zdrav Vest* 2011; Suppl. 80 (5): 1–3.

Vogrinc J. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta; 2008.

Seznanjenost pacientov z lastnimi pravicami

Patient awareness of their rights

Ivanka Ražem, Astrid Prašnikar, Sabina Ličen

Izvleček

Izhodišča: Pravice pacientov so v pravnih ureditvah posameznih držav opredeljene v različnih predpisih in na različne načine; kako se te pravice v praksi uresničujejo, pa postaja ena glavnih tem povsod po svetu.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda, za tehniko zbiranja podatkov pa anketni vprašalnik, razdeljen 60 naključno izbranim pacientom na različnih oddelkih bolnišnice, različnih starosti, obeh spolov in izobrazbene strukture.

Rezultati: Rezultati kažejo, da večina pacientov pozna svoje pravice, vendar ne v celoti. Nekatere kršitve pacientovih pravic so bile ugotovljene pri varstvu osebnih podatkov, pri predstavitvi zdravstvenega osebja pacientom, pri pridobivanju osnovnih informacij o lastnem zdravstvenem stanju in pri možnosti izbir svojega zdravstvenega pooblaščenca.

Diskusija in zaključki: Cilj vsake zdravstvene ustanove mora biti, da bi se pacienti in vsi udeleženci v zdravstveni oskrbi povezali pri spoznavanju vseh pacientovih pravic in da bi njihovo uresničevanje doseglo najvišjo možno stopnjo, kar bi imelo za posledico zadovoljstvo pacientov in tudi zdravstvenega osebja.

Ključne besede: ZPacP, pacient, medicinska sestra, pravice pacientov, dolžnosti pacientov.

Abstract

Introduction: Patients' rights are written down in the laws worldwide. How these rights are exercised in practice, is becoming one of the main themes throughout the world.

Methods: A quantitative research method was used in the study. The data were collected through a questionnaire distributed among 60 patients, randomly selected in different hospital departments, different ages, both genders and educational structure.

Results: The results suggests that most patients know their rights, but not entirely. Also it was established that in certain cases the patient's rights are violated, namely the protection of personal data, the introduction at first contact, poor informing about medical condition and almost half of the interviewees didn't know that legal aid is available.

Discussion and conclusion: The goal of every health organization should be that patients know their rights and staffs realizes this rights which leads to patient satisfaction and quality of their hospitalization.

Keywords: ZPacP (Law on Patients' Rights), patient, nurse, patient rights, patient duties.

Uvod

Že leta 1948 je bila sprejeta Splošna deklaracija o človekovih pravicah, ki jo je sprejela Generalna skupščina Združenih narodov (Brezovšek, 1998). V njej se priznava človeško dostojanstvo in enakost vseh ljudi ter čut do človeka s strani zdravnika in države. Pravice pacientov se sicer razlikujejo po različnih državah, Splošna deklaracija o človekovih pravicah pa je bila ključnega pomena ob utemeljitvi pojma človekovega dostojanstva v mednarodnem pravu, ki zagotavlja pravno in moralno trdnost za izboljšanje standarda oskrbe pacientov. V evropskih državah si določene organizacije in društva za varstvo človekovih pravic prizadevajo, da bi izboljšali standarde za zaščito človekovih pravic ter vzpostavili bolj enakovredno razmerje med pacienti, zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem. Skozi časovna obdobja in z razvojem demokratične družbe so se v svetu razvijale tudi pravice, ki so povezane z zdravstveno obravnavo posameznika na področju zdravljenja, negovanja in rehabilitacije pacienta (Flajs, 2005).

Danes se po svetu vedno bolj povečuje zanimanje za vprašanja pravic pacientov, saj so ti tudi vedno bolj izobraženi, seznanjeni s svojimi pravicami, ki postajajo glavna zahteva za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva (Butala, 2011). Pravice pacienta so specifično urejene, saj je pacientovo zdravje njegova volja, zato naj tudi odloča o svojem telesu, zdravju in življenju (Kraljić, 2009). Med večino evropskih držav, ki je prilagodila svojo zakonodajo pacientovim pravicam, sodi tudi Republika Slovenija (v nadaljevanju RS), ki je nekatere pravice pacientov uredila že neposredno z Ustavo RS, in sicer predvsem v členih, ki opredeljujejo ključne pravice, povezane z zdravstvenim varstvom: (17. člen) nedotakljivost človekovega življenja, (46. člen) pravica do ugovora vesti, (51. člen) pravica do zdravstvenega varstva. Januarja 2008 pa je Državni zbor RS sprejel ZpacP (Zakon o pacientovih pravicah), ki se je začel uporabljati šest mesecev po njegovem sprejemu (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). ZPacP določa pravice pacienta kot uporabnika zdravstvenih storitev v javnih in zasebnih zdravstvenih ustanovah, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, ter s temi pravicami povezane dolžnosti. ZPacP določa pravice, ki so vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja in se uresničujejo v okviru drugih predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja, kar predstavlja pomembno novost v Sloveniji v sistemu zdravstvenega varstva, saj se z njim uresničujejo temeljne pravice pacientov. Z ZPacP je pacientu zagotovljena njegova zasebnost, varstvo osebnih podatkov, informiranost itn. Pacientom je potrebno omogočiti, da se v odločanje vključijo glede svoje zdravstvene oskrbe, diplomirane medicinske sestre in ostali zaposleni v zdravstvu pa naj bi pripomogli k temu (Pajnkhiher, 2009). Med pomembnimi novostmi, ki jih je prinesel ZPacP, sta določitev zdravstvenega pooblaščenca, ki bo v primeru pacientove nesposobnosti lahko odločal o njegovi zdravstveni oskrbi, ter pravica do vnaprejšnje zavrnitve zdravstvene oskrbe (RS, Ministrstvo za zdravje, 2008).

S sprejetjem ZPacP je Slovenija sledila desetim državam članicam Evropske unije in dvema nečlanicama (Norveška in Islandija), ki so podobne zakone že sprejele in jih tudi uresničujejo. Z ZPacP se širijo ustavno priznane pravice, s čimer se daje višjo kakovost zdra-

vstvenim storitvam, posebno pa postavlja paciente v ugodnejši položaj glede na izvajalce zdravstvenih storitev (RS, Ministrstvo za zdravje, 2008).

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu. Uporabljena je bila opisna raziskovalna metoda. Namen raziskave je bil s pomočjo domače in tuje literature raziskati področje o pacientovih pravicah ter na podlagi raziskave ugotoviti, koliko so pacienti seznanjeni z lastnimi pravicami in ali so jim bile te pravice kdaj kršene.

Želeli smo preveriti naslednjo hipotezo:

Hipoteza 1: Pacienti v Ortopedski bolnišnici Valdoltra so seznanjeni z vsemi pravicami, zapisanimi v ZPacP.

Raziskava je bila izvedena v Ortopedski bolnišnici Valdoltra (OBV), in sicer v septembru 2011, na priložnostnem vzorcu 60 pacientov iz vseh oddelkov bolnišnice. Anketni vprašalnik je bil anonimen in prostovoljen, razdeljen naključno izbranim pacientom – tako moškim kot ženskam, različnih starosti in različne strokovne izobrazbe. Pri tem je bilo pridobljeno soglasje vodstva OBV in pacientov. Pridobljene podatke smo statistično obdelali z uporabo programa Microsoft Excel, rezultate pa prikazali pisno. Anketo smo pripravili za potrebe raziskave in je bila sestavljena iz vprašanj zaprtega tipa in enega vprašanja odprtega tipa.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 60 pacientov, in sicer 42 % moških in 58 % žensk. Največ anketirancev ima srednjo izobrazbo (37 %), sledili so anketiranci s poklicno šolo (25 %), z osnovno šolo in manj jih je bilo 15 %, z višjo/visoko izobrazbo 13 % in z univerzitetno izobrazbo 8 %. Največ anketirancev je starih od 56 do 65 let (30 %) in nad 66 let (30 %), sledili so anketiranci, stari od 45 do 55 let (17 %), od 25 do 45 let (20 %), najmanj pa je bilo mladih do 25 let (3 %).

Ker ZPacP določa, da mora zdravstveno osebje upoštevati vrstni red naročenih pacientov, nas je zanimalo, kako je bila ta pravica upoštevana pri anketirancih. Večina anketirancev (88 %) je menila, da se je upošteval vrstni red pacientov tako, kot so bili naročeni. Prav tako jih je 88 % navedlo, da so bili seznanjeni s pravico do izbire drugega zdravnika oz. bolnišnice.

O diskretni komunikaciji zdravstvenega osebja so anketiranci podali naslednje mnenje. Zdravstveno osebje se je o zdravstvenem stanju anketirancev v 45 % pogovarjalo v bolniški sobi, 28 % anketirancev pravi, da le v njihovi prisotnosti, v ambulantni pa je bil ta pogovor v 22 %. Pet odstotkov pacientov je izjavilo, da se je ta pogovor odvijal na hodniku.

Vsak pacient ima pravico, da je seznanjen, kdo ga zdravi, zato ZPacP določa, da bi se moralo zdravstveno osebje pri prvem stiku predstaviti. Rezultati so pokazali, da se je zdravstveno osebje predstavilo s polnim imenom in priimkom le v 7 %, v 14 % so se predstavili le nekateri, isti odstotek je dosegel tudi odgovor, da se ne spomnijo, kar 65 % anketiranih pa je obkrožilo odgovor, da se nihče ni predstavil.

Nadalje nas je zanimalo, koliko so bili pacienti seznanjeni s svojim zdravstvenim stanjem in s postopki zdravljenja. Anketiranci so se največkrat odločili za odgovor, da so informacije bile dovolj jasne (70 %), temu je sledil podatek, da informacij sploh niso dobili (18 %), v 12 % so anketiranci informacije sicer dobili, vendar zelo na kratko.

Kje so anketiranci izvedeli, da imajo pravico do pridobitve drugega mnenja zdravnika, opisujemo v nadaljevanju. Rezultati so pokazali, da so bili anketiranci v veliki meri seznanjeni o svojih pravicah preko medijev (40 %), 23 % je bilo seznanjenih s strani svojega izbranega zdravnika, v 15 % s strani svojcev in prijateljev, 12 % je izjavilo, da jim nihče ni omenil možnosti pridobitve drugega mnenja, in 10 % anketirancev je izjavilo, da so bili seznanjeni ob sprejemu v bolnišnico.

Zanimalo nas je, ali so anketiranci imeli možnost soodločanja o načinu zdravljenja. Anketiranci so v 70 % povsem sodelovali pri odločitvah o svojem zdravljenju, v 18 % je bilo to odločanje le delno, v 12 % pa te možnosti niso imeli.

Ena od novosti ZPacP je tudi pravica do vnaprejšnje zavrnitve zdravstvene oskrbe. Približno polovica anketirancev je izjavila, da pozna to pravico (45 % se za to ni odločilo, 7 % je to voljo že izrazilo), nekaj manj kot polovica pa se je odločila nasprotno, in sicer 38 % tega ne ve in jim tudi nihče tega ni omenil, 10 % pa je izjavilo, da jih to ne zanima.

V kolikor pride do kršenja pacientovih pravic, imajo vsi pacienti pravico do brezplačnega zastopnika po celi Sloveniji. Zanimalo nas je, ali anketiranci vedo za to možnost. Petinštirideset odstotkov anketirancev za to možnost ni vedelo, 38 % je za to slišalo od svojih prijateljev, znancev in svojcev, ena tretjina pa je izjavila, da so bili seznanjeni s tem s strani zdravstvenega osebja.

Na koncu smo anketirancem ponudili šest različnih odgovorov, kdo bi jih moral seznaniti s pravicami, ki jih imajo kot pacienti. Po mnenju anketirancev bi za seznanitev pacienta z njegovimi pravicami morala najprej poskrbeti država oz. Ministrstvo za zdravstvo (30 %), nato sledi osebni zdravnik (28 %), sledi informiranost preko medijev (23 %) ter informacije ob prihodu v bolnišnico (14 %). Da bi te informacije morali podati zdravniki v bolnišnici, so izjavili 3 % anketirancev, da je to dolžnost medicinske sestre, pa sta menila 2 % anketirancev.

Diskusija

Namen ZPacP je bil predvsem izboljšati in zaščititi materialnopravni ter procesni položaj pacienta v okviru zdravstvene oskrbe, saj le-ta v zdravstvenem sistemu predstavlja vedno šibkejšo stranko, posledično tudi potrebuje posebno pravno varstvo (Zakon o spremembah ..., 2011). Vsak pacient ima pravico do zasebnosti in varovanja zaupnosti osebnih podatkov, kar je določeno v 45. členu ZPacP. Raziskava je pokazala, da je največji problem zasebnost v bolniških sobah, kjer se medicinsko osebje pogovarja s pacientom v pričo vseh v sobi. Medicinska sestra mora biti pri svojem delu diskretna, prijazna, pridobiti mora zaupanje pacientov in spoštovati etična načela, določena v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2001). Glede na to, da se je polovica pacientov odločila za odgovor, da so bili pri pogovoru o njihovem zdravstvenem stanju prisotni tudi drugi, menimo, da je to neetično, hkrati pa bi morda posamezne primere obravnavali kot kršitev pravice do zaupnosti in zasebnosti. V ZPacP (23. člen) je določeno, da morajo imeti zdravstveni delavci, ki imajo neposreden stik s pacienti, na vidnem mestu označeno ime in priimek in naziv, ter da se morajo predstaviti (Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2001). Raziskava, ki smo jo izvedli, je pokazala, da se zdravstveno osebje v večini primerov ne predstavi. Čeprav zdravstveni delavci imajo izpisana imena na identifikacijskih tablicah, so se dolžni po zakonu predstaviti, sicer gre za nespoštovanje zakonskih določil. Po pregledu in določitvi diagnoze je potrebno pacientu podati informacijo

o njegovem zdravstvenem stanju in postopkih zdravljenja, in sicer tako, da jih bo razumel. Fallowfield (Skela Savić, 2003) pravi, da trije od štirih pacientov slabo razumejo predlagane načine zdravljenja, njihovo razumevanje pa je povezano z inteligenco, starostjo, življenjskim slogom, kar potrjuje dejstvo, da moramo vsakega pacienta posebej oceniti in mu informacije prilagoditi. Dajanje informacij o bolezni in zdravljenju je izključno naloga zdravnika, ki pa lahko informacije daje postopoma in ne naenkrat (Skela Savić, 2003). Pacienti, ki so sodelovali v anketi, so bili na splošno zadovoljni z informacijami. Prav tako morajo biti informacije izrečene v celoti in pravočasno. Raziskava je tudi pokazala, da osemnajst odstotkov pacientov ni dobilo informacij. Razlogov za to nismo ugotavljali. Vsekakor je nedajanje informacij pacientu kršenje njegovih pravic. ZPacP (21. člen) določa, da ima pacient pravico do pridobitve pojasnil o svojem zdravstvenem stanju in pravico, da sodeluje pri izbiri načina zdravljenja. Večina pacientov je aktivno sodelovala pri svojem zdravljenju. Prav tako je potrebno pacientu omogočiti, da prevzame odgovornost za svoje zdravljenje, saj se mu s tem tudi dvigujeta samozavest in aktivno sodelovanje pri zdravljenju. ZPacP poudarja, da o pacient svojem zdravljenju odloča samostojno in da mu brez njegove predhodne svobodne in zavestne privolitve ni dovoljeno opraviti ničesar na področju zdravstvene oskrbe (RS, Ministrstvo za zdravje, 2008). Pacient lahko tudi odloča o zavrnitvi zdravstvene oskrbe, razen v primerih, ko bi to ogrozilo njegovo življenje in zdravje drugih. Pri tem pacientu ni potrebno pojasnjevati, zakaj bo določeno zdravstveno oskrbo zavrnil (prav tam). Čeprav je tudi ta pravica novost v ZPacP, je z njo seznanjenih več kot polovica pacientov. Medicinske sestre morajo pri tem upoštevati etična načela spoštovanja avtonomije pacienta, njegove pravice o svobodni izbiri tudi tedaj, ko ta odločitev zanj ne pomeni najboljše rešitve ali izida. Včasih so te odločitve zelo težke, posebej ko so za pacienta najboljše rešitve v nasprotju z njegovimi moralnimi normami ali prepričanji (Klemenc, 2004). Pomembna novost, ki jo je prinesel ZpacP, je določitev zdravstvenega zastopnika, ki pacientom svetuje, pomaga in jih zastopa pri uresničevanju njihovih pravic. Tudi o tej pravici je bila seznanjena večina pacientov. V OBV so po oddelkih nameščene knjige pohval in pritožb, kjer pacienti vpisujejo svoja mnenja in vtise. Prav tako so po oddelkih izobešene informacije o pritožbenem postopku in vseh varuhih pacientovih pravic, kar je ugotovil tudi nadzor inšpektorice (OBV, 2012). Glede na to, da se ljudje včasih bojimo povedati stvari na glas, bi morali pacientom omogočiti tudi anonimne prijave kršitev. Na koncu raziskave smo paciente vprašali, kdo je tisti, ki bi moral obveščati svoje državljane o njihovih pravicah kot pacientih. Pacienti so na prvo mesto postavili državo, na drugo pa osebnega zdravnika, najmanj pa naj bi bila to dolžnost medicinskih sester in zdravnika.

Na podlagi rezultatov smo hipotezo »*Pacienti v Ortopedski bolnišnici Valdoltra so seznanjeni z vsemi pravicami, zapisanimi v ZPacP*« potrdili le delno. Rezultati so namreč pokazali, da so nekateri anketiranci seznanjeni s posameznimi pravicami, vendar ne z vsemi.

Zaključki

Zagotavljanje pravic, kot jih določata Ustava RS in ZPacP, pacientom je zahtevna in odgovorna naloga, ki bi se je moralo zavedati celotno zdravstveno osebje. Čeprav ZPacP velja že od leta 2008, ga zdravstveno osebje ne izvaja v celoti, prav tako tudi vsi pacienti niso z njim popolnoma seznanjeni. Na podlagi rezultatov je mogoče tudi sklepati, da tudi zdravstveno osebje ne pozna vseh pacientovih pravic, morda jih nenamerno krši ali pa so te kršitve prisotne zaradi neupoštevanja oz. zaradi nepoznavanja pravic. Vse pravice iz ZPacP

morajo zdravstveni delavci obvezno in natančno poznati, saj pomeni njihova kršitev v določenih primerih (npr. varovanje osebnih podatkov idr.) odškodninsko pa tudi kazensko odgovornost. Dolžnost tako OBV kot tudi drugih bolnišnic je zagotoviti zaposlenim zadostno oz. ustrezno seznanitev z zakonodajo – tudi z ZPacP, saj bi s tem preprečili možnost kršitve zakonodaje oz. odškodninske in kazenske odgovornosti ter dvignili kakovost zdravstvene oskrbe oz. institucij v celoti. Prav tako je izobraževanje in informiranje hkrati pravica in dolžnost vsakega zaposlenega zdravstvenega delavca.

Literatura

- Brezovšek M. Politični sistem in temeljne človekove pravice. In: Zver M. ed. Človekove pravice in svoboščine v tranziciji primer Slovenije, Državni svet, Ljubljana, 1998: 51.
- Butala A. Pomen varuha bolnikovih pravic. Dostopno na: <http://www.varuh-rs.si/publikacije-gradiva-izjave/govori-referati-in-clanki/novice/detalj/pomen-varuha-bolnikovih-pravic/?cHash=1bddf33ht> (09. 09. 2011).
- Flajs N. Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2005: 66.
- Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N. 2004; 38 (4): 287–296.
- Kraljič S. Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi. In: Reberšek Gorišek J, Kraljič S. eds. Medicina in pravo. Maribor: Slovensko zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo v Mariboru; 2009: 135–44.
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra. Sprejem v bolnišnico in odpust. Dostopno na: <http://www.ob-valdoltra.si/sprejem-in-odpust> (14. 01. 2012).
- Pajnkihar M. Pravice pacientov glede informiranja in vključevanja v proces obravnave. In: Kokol P. ed. Pacientove pravice in dolžnosti. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, Univerza v Mariboru, 2009: 23–28.
- Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje. Kaj vam prinaša Zakon o pacientovih pravicah? Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zlozenke_periodika_2008/ZPacP2008.pdf (09. 09. 2011).
- Skela Savić B. Informiranje bolnika z rakom kot element celovitega upravljanja kakovosti. Obzor Zdr N. 2003; 37 (2): 107–115.
- Zakon o pacientovih pravicah (Ur. list RS, št. 15/08). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (09. 09. 2011).
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2011/ZPacP/ZPacP_JR_060411.pdf (14. 01. 2012).
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (Ur. l. RS, št. 86/2001). Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200486&stevilka=3836> (15. 10. 2011).

Organizacijska kultura v Negovalni bolnišnici Ljubljana: realnost in želje

Organizational Culture in Nursing Hospital Ljubljana: reality and aspirations

Alma Sušić, Vida Oražem, Aleksandar Pavlović, Mirko Markič

Povzetek

Izhodišča: Nekateri avtorji, ki so raziskovali organizacijsko kulturo, so ugotovili, da v slovenskih bolnišnicah prevladuje kultura hierarhije. To je problem, zato je namen tega članka raziskati organizacijsko kulturo, ki prevladuje v Negovalni bolnišnici Ljubljana, in vprašanje, kakšno organizacijsko kulturo si želijo zaposleni. Morda ta bolnišnica odstopa od slovenskega povprečja.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Pridobivanje podatkov je potekalo s pomočjo vprašalnika. Anketiranih je bilo 27 od 34 zaposlenih v Negovalni bolnišnici Ljubljana.

Rezultati: V Negovalni bolnišnici Ljubljana prevladuje kultura klana (anketirani so ji pripisali 296,03 točk, kar znaša 35,75 %) in prav takšno kulturo si zaposleni tudi želijo v še nekoliko večji meri (214,50 točk, kar znaša 49,34 %).

Diskusija: Negovalna bolnišnica Ljubljana bi bila s tega vidika lahko pozitiven zgled za ostale slovenske bolnišnice. Iz rezultatov je mogoče sklepati, da je možno imeti prijazno delovno okolje. Zaposlenim se le-to zdi kot razširjena družina in se razlikuje od prevladujočih organizacijskih kultur v slovenskih bolnišnicah. Ugotovitve iz raziskave bodo koristne za vse tiste, ki načrtujejo, organizirajo, vodijo in kontrolirajo uspešnost delovanja zdravstvenih ustanov.

Gljučne besede: anketa, kultura klana, oddelek, organizacijska kultura, raziskava, vzdušje.

Abstract

Introduction: some authors have already research the organizational culture and have been discovered that in Slovenian hospitals dominant hierarchical culture. This is a problem, so the purpose of this article is to research the organizational culture that is predominant in the Ljubljana Nursing Hospital and what organizational culture employee's want. Perhaps this hospital is not in the Slovenian average.

Methods: a quantitative method was used. The research was carried out using a survey questionnaire. 27 of 34 employees at the Ljubljana Nursing Hospital filled out this questionnaire.

Results: a clan culture is predominant in the Ljubljana Nursing Hospital (35.75% of the surveyed employees believe so) and such culture is desired by the employees on an even greater extent (49.34%).

Discussion: the Ljubljana Nursing Hospital could be, from this perspective, a positive example for other Slovenian hospitals. The results show that a pleasant working environment is possible. The employees think of it as an extended family and it is different from the prevailing organizational culture in Slovenian hospitals. Findings from the survey will be useful for those who plan, organize, administer and control the performance of health facilities.

Keywords: questionnaire, clan culture, department, organizational culture, research, atmosphere.

Uvod: opredelitev pojma

Pojem kultura so si študije organizacije sposodile iz antropologije (Smircich, 1983; Denison, Mishra, 1995). V širšem pomenu je kultura vse to, kar je ustvarila človeška družba s fizičnim in umskim delom ljudi. Tako obstajata materialna in duhovna kultura (Kralj 2005). Černetič (2007) pa kot možne vrste kultur navaja nacionalno, politično in organizacijsko. Vsaka organizacija naj bi delovala znotraj določene kulture, ki s svojimi vrednotami, prepričanji, pravili in pričakovanji vpliva na način delovanja organizacij. Mesner Andolšek (1995) navaja, da je kultura kompleksen in večplasten pojav, ki nam omogoča globlje razumevanje organizacije. Tako Kralj (2005) pravi, da ni enotne definicije za pojem kultura organizacije. Po njegovem kultura podjetja obsega v podjetju prevladujoče vrednote, vzore, navade in značilnosti neformalnih odnosov med sodelavci. Lahko bi rekli, da je tudi organizacija socialni sistem, kjer potekajo socializacijski procesi, socialne norme in strukture (Allaire, Firsirotu, 1984). Vendar pa Meek (1988) ločuje socialno in kulturno strukturo, saj naj bi kultura zajemala simbole, identifikacijski sistem in rituale. Znotraj kulture v organizacijah pa najdemo tudi različne subkulture (Sackmann, 1992).

Zanimiva je tudi definicija, ki jo opisuje Schein (1983). Organizacijska kultura je po njegovem vzorec osnovnih predpostavk, da je določena skupina skozi učenje izumila, odkrila ali razvila, kako biti kos problemom povezanim s prilagajanjem zunanji okolici in notranji integraciji posameznih članov.

Tipi organizacijske kulture

Različni avtorji so organizacijsko kulturo razčlenili na različne tipe. V tem članku pa bo zaradi povezanosti z empiričnim delom podrobneje predstavljena tipologija Quinna in Camerona (1999), ki sta na temeljih raziskovanj Campbella in sodelavcev oblikovala nov model za merjenje organizacijske kulture. Na podlagi statističnih analiz sta razvila dve dimenziji za merjenje organizacijske kulture. Ti dve dimenziji delita indikatorje v štiri skupine, ki predstavljajo naslednje štiri tipe kultur:

1. *Kultura hierarhije:* Gre za organizacijo kot zelo formalizirano in strukturirano okolje. Voditelji so dobri in učinkoviti usklajevalci in organizatorji ter ponosni na to. Delovanje ljudi določajo razni postopki. Organizacijo povezujejo formalni predpisi in pravila, pomembno je, da je učinkovita. Stabilnost in uspešnost sta njihovi dolgoročni usmeritvi. Merila uspešnosti po njihovem so zanesljive dobave, izpolnjevanje rokov in nizki stroški. Skrb za sodelavce v takšnih organizacijah obsega varnost zaposlitve in predvidljivost (Biloslavo, 2006). Kultura hierarhije je značilna predvsem za velike

organizacije, največkrat proizvodne, ki sestavljajo različne sektorje skozi proizvodni proces, za kar je potrebno veliko ljudi. Vse, kar morajo zaposleni storiti, je predpisano v kodeksu ali pravilniku (Cameron, Quinn, 1999).

2. *Kultura trga: Gre za organizacijo*, ki je naravnana na izide, naloge so prioriteta. Zaposleni med sabo tekmujejo in stremijo k zastavljenim ciljem. Za njihove vodje je značilno, da so trdi, zahtevni, tekmovalni (naredijo, česar se lotijo). Zavzemajo se, da bi bila njihova organizacija ugledna in uspešna, kot tudi za konkurenčno delovanje in doseganje merljivih ciljev. Štejejo konkurenčne cene in vodilna vloga na tržišču (Biloslavo, 2006). Za to vrsto kulture je značilno, da zaposleni stremijo k tekmovalnosti s konkurenco in k produktivnosti. Vodje na določene trenutke delujejo celo zastrašujoče, vse to za dobiček, produktivnost in donosnost organizacije. Ne marajo hierarhije, pravil, skupinskega dela, specializiranega dela, centralizacije odločanja, pomemben je trg in stranke na njem (Cameron, Quinn, 1999; Zabukovec, 2008).
3. *Kultura klana: Gre za organizacijo*, ki ima prijazno delovno okolje, funkcionira kot nekakšna velika družina. Vodje so mentorji sodelavcem. Povezava organizacije je pripadnost in tradicija. Zavzetost je na visoki stopnji. V takšni organizaciji je poudarek na osebnem razvoju ljudi, veliko štejeta složnost in dobro vzdušje. Pomembna sta poslušanje za odjemalce in skrb za ljudi. Največ štejejo timsko delovanje, sodelovanje in soglasje (Biloslavo, 2006). Značilni so odprti in prijateljski odnosi, poudarek je na zaposlenih in na odjemalcih. Lahko se zgodi, da so vodje celo preveč starševski in odprti za komunikacijo. Prijazni in nasmejani zaposleni se jim namreč zdijo ključ do uspeha. Za to kulturo so značilne skupne vrednote in cilji, močan občutek skupnosti in pripadnosti. Veliko je timskega dela, za dobro opravljeno delo niso nagrajeni posamezniki, temveč skupina (Kastelic, 2008).
4. *Ad hoc kultura: V takšni organizaciji* je značilno dinamično, podjetniško in ustvarjalno delovno okolje. Zaposleni v njej se izpostavljajo in sprejemajo tveganje. Za vodje v takšnih organizacijah je značilno, da so inovativni in pripravljeni tvegati. Zaposlene povezuje zavezanost k poskušanju in inoviranju. Dolgoročno so usmerjeni na rast in pridobivanje novih možnosti. Kot uspešno štejejo osvajanje posebnih, novih izdelkov ali storitev. Organizacija pri zaposlenih spodbuja osebno pobudo in samostojnost (Biloslavo, 2006). Glavni cilj ad hoc kulture je pospeševanje prilagodljivosti in ustvarjalnosti. Nimajo stalnih pravil, temveč le začasna. Nič ni stalnega, saj se okolje vsakodnevno spreminja. Lahko bi rekli, da se organizacije s tovrstno kulturo ukvarjajo z občasnimi projekti, pri katerih iz različnih delov organizacije tvorijo skupino. Ko je projekt zaključen, se razidejo in spet tvorijo novo skupino z namenom izvedbe novega projekta (Cameron, Quinn, 1999; Zabukovec, 2008).

Raziskovalne teze

Skela Savič (2006) ugotavlja, da v slovenskih bolnišnicah (vzorec 759 zaposlenih v 14 bolnišnicah) prevladuje organizacijska kultura hierarhije. Slovenske bolnišnice naj bi bile nerazvojno usmerjene, kar se kaže kot kontrola in stabilnost procesov dela ter nizka stopnja timskega povezovanja in inovativnosti.

Glede na navedeno raziskavo lahko sklepamo, da Negovalna bolnišnica Ljubljana ni izjema. Gotovo pa bi si zaposleni želeli kulturo, ki temelji na dobrih odnosih, povezanosti,

timskem delu in družinskem vzdušju. Zato bomo raziskovali naslednji tezi: 1) v Negovalni bolnišnici Ljubljana prevladuje kultura hierarhije; 2) zaposleni v Negovalni bolnišnici Ljubljana si želijo kulturo klana.

Metoda

Opis osnovne množice in zbiranje podatkov

Osnovna množica so vsi zaposleni v Negovalni bolnišnici Ljubljana, torej 34 oseb. Anketni vprašalnik o trenutni kulturi organizacije je oktobra 2011 izpolnilo 27 oseb, 7 jih je bilo zaradi nepopolnih odgovorov izločenih, ostalo je 20 anket za analizo (58,82 % vseh zaposlenih). Decembra 2011 pa je anketni vprašalnik o željeni kulturi organizacije izpolnilo 27 oseb, 3 ankete so bile izločene zaradi nepopolnih odgovorov, v analizo je šlo 24 anket (70,59 % vseh zaposlenih).

Vodja Negovalne bolnišnice Ljubljana je bila seznanjena in je soglašala z izvedbo raziskave. Pri izvedbi prve ankete je aktivno sodelovala in bila pobudnica za raziskavo. Struktura zaposlenih po spolu, izobrazbi in starosti ni opisana, ker ne igra vloge pri analizi in interpretaciji rezultatov.

Opis instrumenta

Vprašanja o organizacijski kulturi izhajajo iz modela OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument). Razvila in potrdila sta ga Cameron in Quinn (1999). Vprašalnik je bil preveden in prirejen za slovenščino. Anketa ima šest sklopov vprašanj, vsak od njih pa vsebuje štiri trditve, ki označujejo določen tip organizacijske kulture: trditve pod točko A opisujejo kulturo klana, trditve pod točko B opisujejo kulturo ad hoc, trditve pod točko C opisujejo kulturo trga in trditve pod točko D opisujejo kulturo hierarhije. Gre torej za vprašanja zaprtega tipa.

V vsakega od teh sklopov je bilo potrebno med štiri trditve razdeliti 100 točk. Točke zaposleni določijo glede na to, katera trditev najbolj oziroma najmanj opisuje sedanje stanje kulture v organizaciji (oktobra 2011) oziroma kakšno stanje bi si najbolj želeli (december 2011). Vsak od šestih sklopov opisuje enega od naslednjih dejavnikov organizacijske kulture: splošne karakteristike organizacije, sistem ravnanja z zaposlenimi, stil vodenja, lepilo organizacije, strateške poudarke in kriterije uspeha družbe.

Statistična obdelava podatkov

Uporabljena je bila kvantitativna metoda statističnega raziskovanja. Podatki so predstavljeni tabelarično in grafično, računanje so bile aritmetične sredine in odstotki.

Rezultati

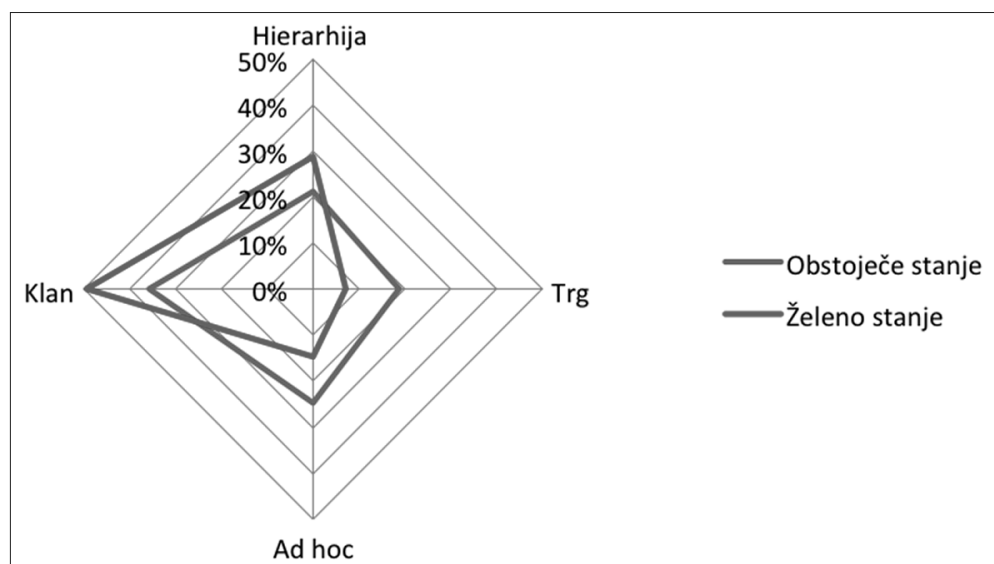
V spodnji tabeli so predstavljeni izračuni aritmetičnih sredin po posameznih sklopih. Posebej so izračunana povprečja ocen, kakšno je obstoječe stanje v organizaciji (torej v Negovalni bolnišnici Ljubljana) in kakšno je pričakovanje (želeno stanje).

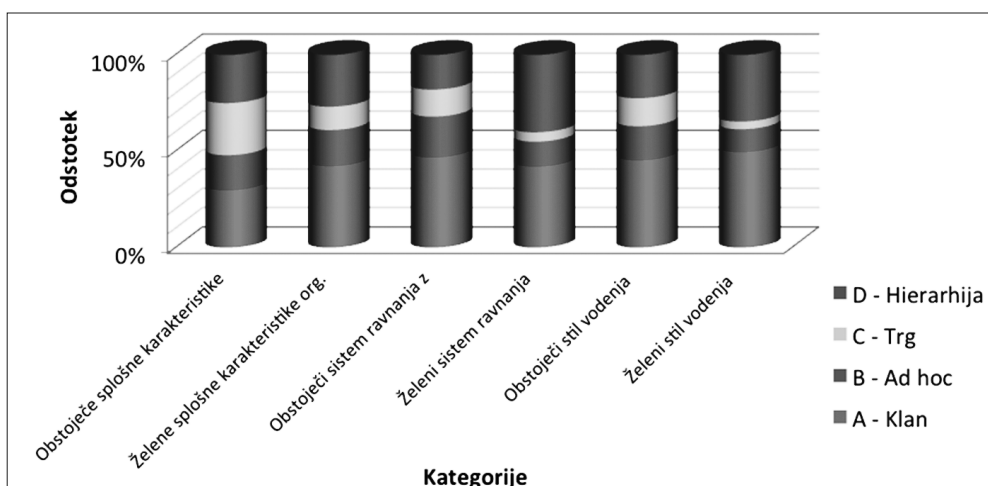
Tabela 1: Primerjava povprečij alternativ A, B, C in D po posameznih sklopih glede na obstoječe in želeno stanje.

Org. kultura Kategorije	A – Klan		B – Ad hoc		C – Trg		D – Hierarhija	
	obstoječe stanje	želeno stanje	obstoječe stanje	želeno stanje	obstoječe stanje	želeno stanje	obstoječe stanje	želeno stanje
1. Splošne karakteristike organizacije	30,00	42,50	18,00	18,54	27,00	12,08	25,00	26,88
2. Sistem ravnanja z zaposlenimi	47,00	42,29	21,00	12,71	14,00	4,83	18,00	40,17
3. Stil vodenja	45,50	49,79	17,50	11,67	14,50	3,96	22,50	34,58
4. Lepilo org.	22,00	59,58	27,00	10,42	28,00	3,79	23,00	26,21
5. Strateške poudarke	23,00	44,79	44,00	19,92	16,00	12,58	17,00	22,71
6. Kriteriji uspeha	47,00	57,08	17,00	14,58	13,00	5,21	23,00	23,13
SKUPAJ	214,50	296,03	144,50	87,84	112,50	42,45	128,50	173,68
SKUPAJ %	35,75	49,34	24,08	14,64	18,75	7,07	21,42	28,95

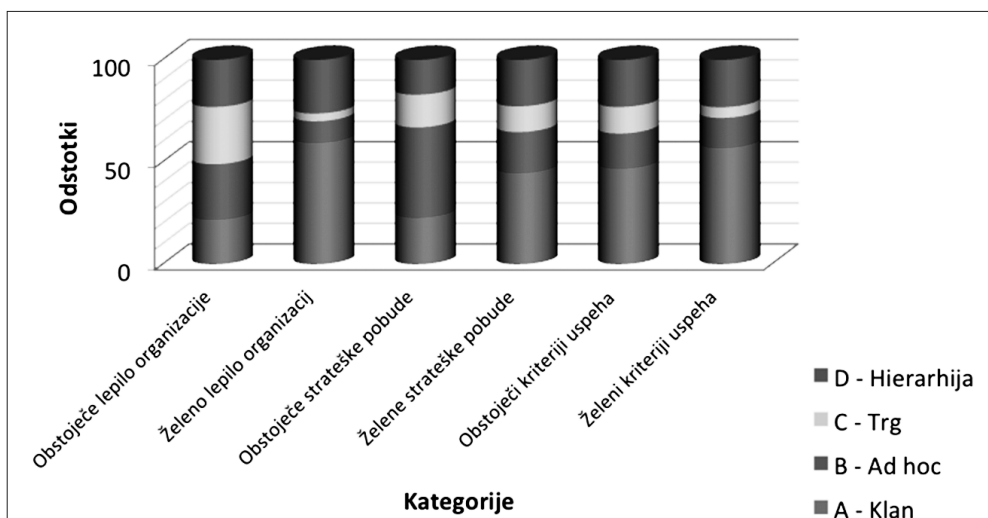
Iz Tabele 1 je razvidno, da si zaposleni najbolj želijo kulturo klana (pripisali so ji 296,03 točk, kar znaša 49,34 %) in da po njihovi oceni ta tudi prevladuje v Negovalni bolnišnici Ljubljana (sicer nekoliko manj, kot bi si želeli; pripisali so ji 214,50 točk, kar znaša 35,75 %). Na drugem mestu glede na obstoječe stanje je kultura ad hoc (pripisali so ji 144,50 točk, kar znaša 24,8 %), glede na želeno stanje pa je na drugem mestu kultura hierarhije (173,68 točk, kar znaša 28,95 %), ki pa so jo glede na obstoječe stanje anketiranci postavili na tretje mesto (128,50 točk, kar znaša 21,42 %). Na tretjem mestu z vidika želenega stanja je kultura ad hoc (87,84 točk, kar znaša 14,64 %), na zadnjem mestu je glede na obstoječe (112,50 točk, kar znaša 18,75 %) kot tudi glede na želeno (42,45 točk, kar znaša 7,07 %) stanje kultura trga.

Razmerje med obstoječo in želeno kulturo je še bolj razvidno iz Slike 1.

**Slika 1:** Seštevek povprečij alternativ A, B, C in D, glede na obstoječe in glede na želeno stanje.



Slika 2: Primerjava treh kategorij glede na obstoječi in gleda na želeni sistem.



Slika 3: Primerjava naslednjih treh kategorij glede na obstoječi in gleda na želeni sistem.

Iz grafa je razvidno, da ni zelo velike razlike med obstoječim in želenim stanjem. Zaposleni si želijo še več kulture klana in nekoliko več hierarhije. Ne želijo pa si kulture trga in ad hoc kulture, oboje je prisotno v večji meri, kot bi si želeli. Kot zanimivost si pogledjmo še primerjavo po posameznih kategorijah. Ti podatki so prikazani na slikah 2 in 3. Stolpci z obstoječim stanjem se z želenimi dokaj ujemajo, določeni pa vseeno izstopajo. Pri splošnih karakteristikah organizacije in stilih vodenja ni takšne velike razlike. Pri sistemu ravnanja z zaposlenimi pa si zaposleni očitno želijo več (40,17 %) hierarhije, kot je imajo (18,00 %). Torej si želijo, da bi bil njihov vodja boljši zgled, kako z dobro koordinacijo in organiziranjem dela doseči splošno učinkovitost.

Zelo velika razlika je tudi pri kategoriji lepilo organizacij. V tej kategoriji si zaposleni želijo veliko več povezanosti med zaposlenimi v obliki zvestobe in medsebojnega zaupanja med zaposlenimi (59,58 % točk so namenili tej kategoriji). Medtem ocenjujejo, da je tega

med zaposlenimi sedaj veliko manj (22,00 %). Tudi pri strateških odločitvah si želijo več zaupanja, odkritosti in sodelovanja (44,79 %), ocenjujejo pa, da sedaj prevladuje poudarjanje novitet, novih programov in izzivov, cenjeno se jim zdi preizkušanje novih stvari (44,00 %). Pri kriterijih uspeha zopet ni bistvene razlike.

Diskusija

Glede na rezultate moramo zavrniti našo prvo tezo. V Negovalni bolnišnici Ljubljana po ocenah zaposlenih prevladuje kultura klana. Zdi se jim torej, da je okolje kjer delajo kot razširjena družina. Ugotovitve Skele Savič (2006), da v slovenskih bolnišnicah prevladuje kultura hierarhije za primer Negovalne Bolnišnice ne drži.

Lahko pa potrdimo našo drugo tezo. Izkazalo se je, da si zaposleni v Negovalni bolnišnici res želijo največ kulture klana in sicer si je želijo še več (49,34 %), kot ocenjujejo, da je že imajo (35,75 %). Torej si želijo še več prijetnega družinskega vzdušja, zaupanja in sodelovanja, timskega dela. Ocenjujejo pa, da to tudi sedaj pri njih prevladuje. Torej lahko rečemo, da imajo zaposleni v Negovalni bolnišnici Ljubljana takšno kulturo organizacije, kot si jo tudi želijo. To bi pomenilo, da se morajo na svojem delovnem mestu dobro počutiti.

Vendarle pa je pri nekaterih posameznih kategorijah prihajalo do večjega odstopanja med obstoječim in želenim stanjem. Tako so anketiranci ocenili, da si pri sistemu ravnanja z zaposlenimi želijo več (40,17 %) hierarhije kot je imajo (18,00 %). Torej si želijo, da bi bil njihov vodja boljši zgled kako z dobro koordinacijo in organiziranjem dela doseči splošno učinkovitost. Da tej kategoriji pripisujejo toliko pomena bi morda pripisali temu, da se jim zdi na področju vodenja pa vseeno bolje imeti jasno hierarhijo in si želijo organiziranega in učinkovito vodjo.

Še bolj očitna razlika se je pokazala pri kategoriji lepilo organizacij. V tej kategoriji si zaposleni želijo veliko več povezanosti med zaposlenimi v obliki zvestobe in medsebojnega zaupanja med zaposlenimi (59,58 % točk so namenili tej kategoriji), kar je značilno za kulturo klana. Medtem ocenjujejo, da je tega med zaposlenimi sedaj veliko manj (le 22,00 %). Tudi pri strateških odločitvah si želijo več zaupanja, odkritosti in sodelovanja (44,79 %), ocenjujejo pa, da sedaj prevladuje poudarjanje novitet, novih programov in izzivov, cenjeno se jim zdi preizkušanje novih stvari (44,00 %).

Na splošno si zaposleni v Negovalni bolnišnici Ljubljana želijo še več prijetnega družinskega vzdušja na delovnem mestu, vendar pa si pri vodenju vseeno želijo več hierarhije (organiziranosti in učinkovitosti), med sodelavci si želijo več zvestobe in medsebojnega zaupanja in pri strateških odločitvah prav tako več zaupanja, odkritosti in sodelovanja.

Podatki nam sicer ne dajo objektivnega vpogleda v organizacijo, saj so anketiranci podajali svoje mnenje, ki pa je subjektivno. Ravno tu se pokaže omejitev te naloge, za objektivno oceno stanja bi bil bolj primeren objektivni zunanji opazovalec. Pa vendarle nam rezultati kažejo, da se morajo zaposleni počutiti dobro na svojem delovnem mestu. Gotovo bi bilo zato zanimivo v nadaljevanju raziskovati, kaj to pomeni z vidika učinkovitosti bolnice in z vidika počutja pacientov. Predvidevamo lahko, da dobro vzdušje med zaposlenimi pomeni tudi dober odnos do pacientov.

Literatura

Allaire Y, Firsirotu ME. Theories of Organizational Culture. *Organ Stud.* 1984; 5 (3): 193–226.

- Biloslavo R. *Strateški management in management spreminjanja*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2006.
- Cameron K S, Quinn R E. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. Addison-Wesley Publishing company; 1999.
- Črnetič M. *Management in sociologija organizacij*. Kranj: Moderna organizacija; 2007.
- Denison D R, Mishra A K. *Toward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness*. *Organ Stud.* 1995; 6 (2): 204–223.
- Kastelic T. *Teorije organizacijske kulture [zaključna projektna naloga]*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2008.
- Kralj J. *Management: temelji managementa, odločanje in ostale naloge managerjev*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2005.
- Meek V L. *Organizational Culture: Origins and Weaknesses*. *Organ Stud.* 1988; 9 (4): 453–473.
- Mesner Andolšek D. *Organizacijska kultura*. Ljubljana: Gospodarski vestnik; 1995.
- Sackmann S A. *Culture and Subcultures: An Analysis of Organizational Knowledge*. *Admin Sci Quart.* 1992; 37: 140–161.
- Schein E H. *The role of the founder in creating organizational culture*. *Fam Bus Rev.* 1983; 8 (3): 221–238.
- Skela Savič B. *Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? Obzor Zdr N.* 2006; 40 (4): 187–196.
- Smircic, L. *Concepts of Culture and Organizational Analysis*. *Admin Sci Quart.* 1983; 28 (3): 339–358.
- Zabukovec B. *Pomen organizacijske kulture za razvoj upravljanja celovite kakovosti [magistrsko delo]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2008.

Avtorji in avtorice prispevkov

Anita Bandelj	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	bandelj.anita@gmail.com
Marjana Benigar Manias	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 1. stopnje Prehransko svetovanje- dietetika Polje 42 6310 Izola	marjana.b@gmail.com
Mojca Bizjak	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedra za prehransko svetovanje - dietetiko Polje 42 6310 Izola	mojca.bizjak@fvz.upr.si
Barbara Blažević	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	barbara.blazevic@gmail.com
Irena Boljtar	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice Splošna bolnišnica Jesenice Cesta maršala Tita 112 4270 Jesenice	irena.boljtar@gmail.com
Iris Bratina	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Polje 42 6310 Izola	iris.bratina@gmail.com

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED IN EVROPSKO LETO
AKTIVNEGA STARANJA TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Klavdija Čuček Trifkovič	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	klavdija.trifkovic-cucek@uni- mb.si
Maja Čurguz	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	maja.curguz@gmail.com
Maja Daničič	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	maja.lubenica@gmail.com
Bernarda Djekić	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za zdravstveno nego 1000 Ljubljana	bernarda.djekic@zf.uni-lj.si
Eva Dolenc	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Študijski program 2. stopnje Zdravstvena nega Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	evkc.dolenc@gmail.com
Barbara Domajnko	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za zdravstveno nego 1000 Ljubljana	barbara.domajnko@zf.uni-lj.si
Duška Drev	Visoka zdravstvena šola v Celju Mariborska cesta 7 3000 Celje	duska.drev@gmail.com
Bojana Dujmovič	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 1. stopnje Prehransko svetovanje- dietetika Polje 42 6310 Izola	bojana.dujmovic@gmail.com
Sabina Eberl	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Žitna ulica 15 2000 Maribor	eberlsabina06@gmail.com
Robert Ekart	Univerzitetni klinični center Maribor Oddelek za dializo Ljubljanska 5 2000 Maribor	robert.ekart@ukc-mb.si
Bojana Filej	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za zdravstveno nego Na Loko 2 8000 Novo mesto	bojana.filej@guest.arnes.si
Zorica Filipovič	Javni zavod Psihiatrična bolnišnica Idrija Pot sv. Antona 49 5280 Idrija	zoka82@gmail.com

Liljana Gajser	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za zdravstveno nego Na Loko 2 8000 Novo mesto	lili.gajser@gmail.com
Karmen Godič Torkar	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za sanitarno inženirstvo Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	karmen.torkar@zf.uni-lj.si
Metka Harih	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	metka.harih@uni-mb.si
Tatjana Harlander	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za temeljne medicinske vede Na Loko 2 8000 Novo mesto Zavod za zdravstveno varstvo Novo mesto Mej vrti 5 8000 Novo mesto	tatjana.harlander@zzv-nm.si
Zlatka Hervol	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Študijski program Zdravstvena nega Na Loko 2 8000 Novo mesto	zlat.hervol@gmail.com
Nina Hojsak	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	nina.hojsak@gmail.com
Marija Horvat	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Žitna ulica 15 2000 Maribor Vinogradska 53 42201 Beretincec Varaždin Hrvaška	mili.m.horvat@gmail.com
Mateja Hrast	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za sanitarno inženirstvo Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	mateja.medves@gmail.com
Mitja Hrastnik	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	
Sabina Hribernik	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	sabina.hribernik@gmail.com

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED IN EVROPSKO LETO
AKTIVNEGA STARANJA TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Robert Ilić	Alma Mater Europaea Evropsko središče Maribor Gosposka 1 2000 Maribor	robert.ciit@gmail.com
Veronika Ivartnik	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Žitna ulica 15 2000 Maribor	ivartnik.veronika@gmail.com
Aleksandra Jančič	Podgora 32 2394 Kotlje Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Podiplomski specialistični študijski program Patronažna zdravstvena nega Žitna ulica 15 2000 Maribor	
Evgen Janet	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Katedra za temeljne vede Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	evgen.janet@gmail.com
Sabina Jelinčič	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Polje 42 6310 Izola	sabina.jelincic@gmail.com
Patricija Jerebic	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Študijski program Delovna terapija Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	jerebic.patricija@gmail.com
Aleksander Jokić	Alma Mater Europaea Evropsko središče Maribor Gosposka 1 2000 Maribor	ultopp@yahoo.com
Matjaž Juhart	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	mat.juhart5@gmail.com
Sedina Kalendar Smajlović	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Katedra za zdravstveno nego Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	skalendersmajlovic@vszn-jc.si
Igor Karnjuš	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedre za zdravstveno nego Polje 42 6310 Izola	igor.karnjus@fvz.upr.si

AVTORJI IN AVTORICE PRISPEVKOV

Barbara Kegl	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	barbara.kegl@uni-mb.si
Alexander Kiško	University of Prešov Slovak Republic Faculty of health care	alexander.kisko@unipo.sk
Andreja Knavs	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji plavž 3 4270 Jesenice	andreja.knavs@gmail.com
Radojka Kobentar	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Spodnji plavž 3 4270 Jesenice Psihiatrična klinika Ljubljana Studenec 48 1260 Ljubljana	rkobentar@vszn-jc.si
Renata Koren	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	koren.renata@mail.com
Jozef Krajčo	University of Prešov Faculty of health care Study Program Physiotherapy Rúbanisko II/59 984 03 Lučenec Slovak Republic	j.krajco83@gmail.com
Edita Krpič	Alma Mater Europaea Evropsko središče Maribor Gosposka 1 2000 Maribor	editakrpic@gmail.com,
Simona Kuzmič	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	simona.kuzmic@amis.net
Milica Lahe	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	milica.lahe@uni-mb.si
Ljiljana Leskovic	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Katedra za zdravstveno nego Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	lleskovic@vszn-jc.si
Vladka Lešer	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za temeljne medicinske vede Na Loko 2 8000 Novo mesto	vladka.leser@guest.arnes.si

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED IN EVROPSKO LETO
AKTIVNEGA STARANJA TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Sabina Ličen	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedre za zdravstveno nego Polje 42 6310 Izola	sabina.licen@fvz.upr.si
Tina Lončarič	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Študijski program 1. stopnje Radiološka tehnologija Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	loncaric.tina@gmail.com
Mateja Lorber	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	mateja.lorber@uni-mb.si
Katja Lužar	Visoka zdravstvena šola v Celju Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Mariborska cesta 7 3000 Celje	katjainsimon@gmail.com
Mirko Markič	Univerza na Primorskem Fakulteta za management Cankarjeva 5 6000 Koper	mirko.markic@fm-kp.si
Renata Marošek	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	renata.marosek@gmail.com
Janja Marzel	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	
Marko Mustar	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	mmstar15@hotmail.com
Sara Muška	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Na Loko 2 8000 Novo mesto	sara.muska@ztlak.si
Rudolf Oprešnik	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	
Vida Oražem	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 2. stopnje Zdravstvene nege Polje 42 6310 Izola Miklavčeva ul. 22 1110 Ljubljana	vida.orazem@kclj.si

AVTORJI IN AVTORICE PRISPEVKOV

Alenka Oven	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za delovno terapijo Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	alenka.oven@zf.uni-lj.si
Marija Ovsenik	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Maribor Žitna ulica 15 2000 Maribor	mara.ovsenik@gmail.com
Ruža Pandel Mikuš	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za zdravstveno nego 1000 Ljubljana	ruza.pandel@zf.uni-lj.si
Aleksandar Pavlović	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 2. stopnje Zdravstvene nege Polje 42 6310 Izola	aco.pai2010@yahoo.com
Nuška Pečarič Meglič	Rusjanov trg 8 1000 Ljubljana Univerzitetni klinični center Ljubljana Klinični inštitut za radiologijo Zaloška c. 7 1000 Ljubljana	nuska.pecaric@kclj.si
Matjaž Petrič	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	matias.petric@gmail.com
Gordana Petrušić	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Študijski program 2. stopnje Vzgoja in menedžment v zdravstvu Na Loko 2 8000 Novo mesto	goga.petrusic@gmail.com
Sanela Pivač	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Katedra za zdravstveno nego Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	spivac@vszn-jc.si
Janez Podobnik	Univerzitetni klinični center Ljubljana Klinični inštitut za radiologijo Zaloška c. 7 1000 Ljubljana	janez.podobnik@kclj.si
Špela Pogačnik	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji plavž 3 4270 Jesenice	spelapogacnik22@gmail.com
David Pogorelc	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	david.pogorelc@amis.net

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED IN EVROPSKO LETO
AKTIVNEGA STARANJA TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Tamara Poklar Vatovec	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedre za prehransko svetovanje - dietetiko Polje 42 6310 Izola	tamara.vatovec@fvz.upr.si
Miha Požek	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	pozekmiha@yahoo.com
Astrid Prašnikar	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedre za zdravstveno nego Polje 42 6310 Izola	astrid.prasnikar@upr.si
Branka Rajter	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Oddelek za zdravstveno nego 1000 Ljubljana	branka.rajter@hotmail.com
Jožica Ramšak Pajk	ZD Ljubljana Patronažno varstvo Metelkova ulica 9 1000 Ljubljana	jozicaramsakp@gmail.com
Tomaž Rantaša	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice Alma Mater Europaea Evropsko središče Maribor Študijski program Zdravstvena nega Gosposka 1 2000 Maribor	Ra.tomaz1@gmail.com
Ivanka Ražem	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Polje 42 6310 Izola	ivanar7@gmail.com
Doroteja Rebec	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedra za zdravstveno nego Polje 42 6310 Izola	doroteja.rebec@fvz.upr.si
Tjaša Rozman	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji plavž 3 4270 Jesenice	tjasa.rozman1@gmail.com
Mojca Saje	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za zdravstveno nego Na Loko 2 8000 Novo mesto	mojca.m.saje@gmail.com
Damjan Slabe	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	damjan.slabe@zf.uni-lj.si

AVTORJI IN AVTORICE PRISPEVKOV

Barbara Staniša	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Zdravstvena nega Na Loko 2 8000 Novo mesto	barbi.stanisa@gmail.com
Suzana Starc	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	starc.suzana@gmail.com
Jadranka Stričević	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za zdravstveno nego Žitna ulica 15 2000 Maribor	jadranka.stricevic@uni-mb.si
Alma Sušić	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Študijski program 2. stopnje Zdravstvene nege Polje 42 6310 Izola Pokopališka 38 1000 Ljubljana	almasusic@gmail.com
Živa Škudnik	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji plavž 3 4270 Jesenice	ziva.skudnik@gmail.com
Sonja Šostar Turk	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Katedra za interdisciplinarne in multidisciplinarne vede Žitna ulica 15 2000 Maribor	sonja.sostar@uni-mb.si
Viktorija Špenger	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji plavž 3 4270 Jesenice	vika.spenger@gmail.com
Tamara Štemberger Kolnik	Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju Katedre za zdravstveno nego Polje 42 6310 Izola	tamara.kolnik@fvz.upr.si
Mateja Tavčar	Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	matejat51@gmail.com
Alenka Terbovc	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Maribor Študijski program 2. stopnje Management v zdravstvu in socialnem varstvu Žitna ulica 15 2000 Maribor	alenka.terbovc77@gmail.com
Dunja Verbič	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Zdravstvena nega Na Loko 2 8000 Novo mesto	dunjaverbic@gmail.com

RAZISKOVANJE ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENIH VED IN EVROPSKO LETO
AKTIVNEGA STARANJA TER MEDGENERACIJSKE SOLIDARNOSTI

Urška Vernik	Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Žitna ulica 15 2000 Maribor	urskav7@gmail.com
Darja Vučina	Visoka zdravstvena šola v Celju Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Mariborska cesta 7 3000 Celje	darja.vucina@gmail.com
Kristina Zorko	Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta Študijski program Zdravstvena nega Zdravstvena pot 5 1000 Ljubljana	kristina.zorko@gmail.com
Tilen Zupanc	Špital 4 1410 Zagorje ob Savi Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice Študijski program 1. stopnje Zdravstvena nega Spodnji Plavž 3 4270 Jesenice	kowalchuk71@gmail.com
Vesna Zupančič	Visoka šola za zdravstvo Novo mesto Katedra za zdravstveno nego Na Loko 2 8000 Novo mesto	vesna.zupancic@guest.arnes.si
Danica Železnik	Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec Katedra za zdravstveno nego Glavni trg 1 2380 Slovenj Gradec	dekanica@vszv-sg.si danica.zeleznik@gmail.com
	Alma Mater Europaea Evropsko središče Maribor Gosposka 1 2000 Maribor	

Donatorji in sponzorji

Organizacijski odbor 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved se zahvaljuje donatorjem in sponzorjem

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZZBNS – ZSDMSBZTS)

Ob železnici 30 A
1000 Ljubljana
www.zbornica-zveza.si

Kemofarmacija d.d.
Cesta na Brdo 100
1000 Ljubljana
www.kemofarmacija.si

Medival d.o.o.
Mestni trg 17
3210 Slovenske Konjice
www.medival.net

Mikro+Polo družba za inženiring, proizvodnjo in trgovino d.o.o.
Zagrebska cesta 22
2000 Maribor
www.mikro-polo.si

Mediline d.o.o.,
Perovo 30
1241 Kamnik
www.mediline.si

Dräger Slovenija d.o.o.
Nadgoriška cesta 19
1231 Ljubljana Črnuče
www.draeger.si

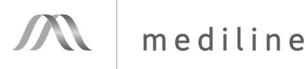
Kemomed, d.o.o.
Kališka ulica 9
4000 Kranj
www.kemomed.si



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



mikro+polo
vse za laboratorij...



Dräger





Založba Univerze na Primorskem

Titov trg 4, SI-6000 Koper

zalozba@upr.si

www.hippocampus.si

ISBN 978-961-6832-11-3



9 789616 832113