



Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
Angela Boškin Faculty of Health Care

13.

13.

MEDNARODNA ZNANSTVENA KONFERENCA

Odgovornosti zdravstvene politike in zdravstvenega managementa za zadržanje in razvoj kadrov v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih strokah – 2020: mednarodno leto medicinskih sester in babic

13th

INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

Responsibilities of health policy-makers and managers for the retention and development of nurses and other healthcare professionals – 2020: International year of the nurse and the midwife

Spletni dogodek, 24. september 2020
Virtual event, September 24th, 2020

13. mednarodna znanstvena konferenca: Odgovornosti zdravstvene politike in zdravstvenega managementa za zadržanje in razvoj kadrov v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih strokah - 2020 mednarodno leto medicinskih sester in babic / 13th international scientific conference: Responsibilities of health policy - makers and managers for the retention and development of nurses and other healthcare professionals - 2020: International year of the nurse and the midwife

Urednici / Editors

doc. dr. Katja Pesjak

mag. Saša Mlakar

**Programski odbor konference/
Conference Program Comitee**

doc. dr. Katja Pesjak

Sanela Pivač, viš. pred.

red. prof. dr. Brigita Skela Savič

red. prof. dr. Fiona Murphy

doc. dr. Saša Kadivec

izr. prof. dr. Mirna Macur

dr. Monika Zadnikar, pred.

doc. dr. Irena Grmek Košnik

red. prof. dr. Birgit Vosseler

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

doc. dr. Branko Bregar

Sedina Kalender Smajlovič, viš. pred.

Mateja Bahun, viš. pred.

doc. dr. Radojka Kobentar

doc. dr. Tine Kovačič

mag. Saša Mlakar

Recenzenti / Peer Reviewers

Mateja Bahun, viš. pred.

Sedina Kalender Smajlovič, viš. pred.

Sanela Pivač, viš. pred.

red. prof. dr. Fiona Murphy

doc. dr. Branko Bregar

doc. dr. Ivica Avberšek Lužnik

doc. dr. Katja Pesjak

izr. prof. dr. Mirna Macur

red. prof. dr. Birgit Vosseler

dr. Monika Zadnikar, pred.

doc. dr. Saša Kadivec

mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

doc. dr. Irena Grmek Košnik

doc. dr. Radojka Kobentar

doc. dr. Tine Kovačič

Tehnična ureditev / Technical arrangement

Nina Rustja

Maja Femc

Oblikovanje naslovnice / Front page design

MA marketing, d.o.o.

Jezikovni pregled / Language Reviewers

Salve d.o.o. Ljubljana

Oblikovanje / Design

Salve d.o.o. Ljubljana

Jesenice, 2020

Izdala in založila / Published by

Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia / Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Avtorji odgovarjajo, da je vsa uporabljena literatura v prispevku navedena v seznamu literature.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2/.3:658+616-083(082)(0.034.2)

TRINAJSTA mednarodna znanstvena konferenca

13. mednarodna znanstvena konferenca, 24. september 2020, ZOOM [Elektronski vir] = 13th International Scientific Conference, 24th September 2020, ZOOM : odgovornosti zdravstvene politike in zdravstvenega managementa za zadržanje in razvoj kadrov v zdravstveni negi in drugih zdravstvenih strokah - 2020, mednarodno leto medicinskih sester in babic = responsibilities of health policy-makers and managers for the retention and development of nurses and other healthcare professionals - 2020: International year of the nurse and the midwife / [urednici Katja Pesjak, Saša Mlakar]. - E-knjiga. - Jesenice : Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin : Angela Boškin Faculty of Health Care, 2020

Način dostopa (URL): <https://www.fzab.si/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=5539&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=10&cntnt01returnid=23>

ISBN 978-961-6888-47-9

1. Pesjak, Katja

COBISS.SI-ID 28753155



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

13. MEDNARODNA ZNANSTVENA KONFERENCA

**Odgovornosti zdravstvene politike in zdravstvenega managementa
za zadržanje in razvoj kadrov v zdravstveni negi in drugih zdravstveni
strokah - 2020 mednarodno leto medicinskih sester in babic**

13th INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE

**Responsibilities of health policy – makers and managers for
the retention and development of nurses and other healthcare
professionals - 2020: International year of the nurse and the midwife**

**24. september 2020, preko aplikacije ZOOM /
24th September 2020, ZOOM**

**Zbornik predavanj z recenzijo /
Proceedings of lectures with peer review**

Jesenice, 2020

Kazalo / Contents

VABLJENA PREDAVANJA / INVITED LECTURES

Marking the International Year of the Nurse and Midwife 2020	8
dr. Brigita Skela Savič	

ZNANSTVENI PRISPEVKI / SCIENTIFIC CONTRIBUTIONS

Ocenjevanje pogostosti sindroma bolnih stavb skozi različne metodološke pristope - sistematični pregled literature	14
Sedina Kalender Smajlovič, dr. Andreja Kukec, dr. Mateja Dovjak	
Upoštevanje načel Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije v praksi – kvalitativna opazovalna raziskava urgentne ambulante	23
Tilen Tej Krnel	
Ocene delodajalcev o doseganju kompetenc diplomantov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin	30
Mateja Bahun, Sedina Kalender Smajlovič, Sanela Pivač, dr. Mirna Macur	
Klinično mentorstvo in učne metode v kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege	39
Manca Pogačnik Žebovec, dr. Irena Trobec	
Student nurses' cultural awareness and experiences of delivering culturally competent care in the clinical practice-phenomenological study	48
Qun Wang	
Sprejemanje informacij o kolonizaciji z bakterijo <i>Staphylococcus aureus</i>, odporno proti meticilinu	54
Doživljanje in izkušnje pacientov	54
Jana Lavtižar, dr. Irena Grmek Košnik	
Application of key performance indicators for monitoring the nursing service in the Republic of Kazakhstan: first experience	62
Zhanagul Bekbergenova, Gulmira Derbissalina, Ayagyozy Umbetzhanova, Vitaliy Koikov	
Prevalence and risk factors of sharps injuries among primary care nurses in Kazakhstan	70
Kuroalay Aimoldina, Gaukhar Rakhymgalieva	

Assessing patients' perceptions of the nursing profession in Kazakhstan	76
Sholpan Batarbekova, Alexandra Belyatko, Gulmira Derbissalina	
Posledice fizične obremenitve pri zaposlenih v zdravstveni negi – pregled literature	82
Romana Petkovšek-Gregorin	
Koristi vzpostavitve varnih sob za injiciranje v Sloveniji	91
Matic Raušl, Aljoša Lapanja	
Telemedicina v vodenju kroničnih pacientov z arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo tipa 2 – predstavitev rezultatov pilotnega projekta	99
dr. Marija Petek Šter, Janja Ahlin	
Percepcija odnosov med zaposlenimi in stanovalci v socialno varstvenih institucijah – presejanje z lestvico AAS	108
dr. Radojka Kobentar, Slavica Roljič	
Standardizirana metoda za ocenjevanje veščin, kot inovativni pristop in izziv na področju izobraževanja v zdravstveni negi za dvig kakovostne oskrbe pacientov	116
Anja Novak, Živa Varl, Tadeja Drenovec, Sanela Pivač	
Obremenjujoče izkušnje iz otroštva – spregledan dejavnik za slabše zdravstvene izide v odraslosti	125
dr. Helena Jeriček Klanšček, dr. Metka Kuhar, dr. Gaja Zager Kocjan, Ada Hočevar Grom	
The main topics of current nursing research in Kazakhstan	131
Inesh Meyermanova, Hanna Hopia	
Pristopi in izboljšave na področju aktivnega staranja in samooskrbe/ohranjanja samostojnosti oseb z demenco	137
David Krivec, dr. Špela Glišović Krivec, Maša Bastarda, David Fabjan	
Odgovornost vodenja in vpliv na kakovost zdravstvene nege in oskrbe pacientov – pregled diplomskih del v zdravstveni negi	145
dr. Marjeta Logar Čuček	
Poročanje o uspešnosti slovenskih zdravstvenih domov	153
Suzana Šuklar, dr. Mirna Macur	
Izkušnje diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov na področju skupnostne obravnave uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc	160
Robert Medved, Aleš Zajc, dr. Branko Bregar	
Razumevanje kategorizacije pacientov pri medicinskih sestrah – pilotna raziskava	166
Nina Pogačnik, Matej Pogačnik, dr. Brigita Skela Savič	
Training scheme for clinical skills mentors in Bosnia and Herzegovina	174
Duska Jović, Mediha Avdić, Nena Marković, Ines Katić-Vrdoljak	
Effectiveness of evidence-based nursing educational materials for Kazakhstan undergraduate nursing students	179
Laura Kassym, Almira Akhmetova, Zhuldyz Zhetmekova, Mateja Bahun	
Mentorstvo in klinično usposabljanje študentov	185
Marta Smodiš	
Izobraževanje laične populacije o temeljnih postopkih oživljanja na področju občine Jesenice	191
Sanela Pivač	
STROKOVNI PRISPEVKI / PROFESSIONAL CONTRIBUTIONS	
Vloga kliničnega mentorja v izobraževanju fizioterapevtov	200
Slađana Božič	
Zadovoljstvo hospitaliziranih pacienata i zdravstvenih djelatnika u Univerzitetском kliničkom centru Tuzla	206
Selma Sinanović, Senada Mujačić	
Prenova srednješolskega programa zdravstvena nega	212
Maja Štampihar	

Klinično sklepanje pri obravnavi težav v ramenskem sklepu po principih in klinični praksi Maitland koncepta-poročilo o primeru	218
Barbara Pantar	
Državni program razvoja paliativne oskrbe – spodbujanje vključevanja paliativnega pristopa v posamezne poklicne skupine večpoklicnega tima	225
mag. Mateja Lopuh	
Vpliv vadbe v vodi na bolečine v križu	229
Mojca Eržen, Vida Grum, Barbara Sever, Tinkara Urankar, Gal Požun, dr. Monika Zadnikar	
Bolnišnice in fakultete združeno za razvijajočo se ter znanstveno utemeljeno zdravstveno nego (ProCare) ...	236
dr. Katja Pesjak, Sedina Kalender Smajlovič, Sanela Pivač, dr. Brigita Skela Savič	
Projekt po kreativni poti do znanja: spodbujanje aktivnosti pri osebah z Demenco	244
dr. Monika Zadnikar, Danielle Jagodic	

SEZNAM AVTORJEV / AUTHOR'S INDEX



**Vabljena predavanja /
Invited lectures**

Marking the International Year of the Nurse and Midwife 2020¹

Ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic 2020

dr. Brigita Skela Savič²

Extended summary / Razširjeni povzetek

In 2019 we celebrated the 100th anniversary of the beginning of Angela Boškin's career as the first professionally trained nurse, and the 120th anniversary of the International Nursing Council. We are in the middle of year 2020, which has been declared by the World Health Organization (WHO) to be the International Year of the Nurse and the Midwife and which also commemorates the 200th birthday of Florence Nightingale. Such a wealth of memories and opportunities to evaluate what has been accomplished and plan for the future!

The multifaceted objectives of three-year the Nursing Now campaign efforts directed towards emphasizing the prominent role of nurses and midwives in the healthcare system and society are grounded in scientific research. They aim to alert national officials to the fact that nurses and midwives play a vital role in ensuring access, efficiency and quality of care (International Center on Nurse Migration (ICNM), 2018), as the WHO has made it clear that universal health coverage cannot be achieved without an active role played by nurses and midwives (World Health Organization (WHO), 2015). Thus, in 2019, the WHO launched a data-collection project with the aim of issuing a report on the global state of the nursing workforce, entitled *The State of the World's Nursing Report*, which was presented on the International Health Day, i.e., on 7 April 2020. Data is also being collected for midwifery personnel. The report aims to influence governments and their officials to invest in the development of the nursing practice and personnel. In 2019, a report was published on the recruitment of nursing personnel and the effects thereof on patient safety and work safety for health professionals (Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses, (SPSC & ICN), 2019). Recommendations were presented in terms of the registered nurse-to-patient staffing ratio by respective fields of practice. The aim of such recommendations on safety standards and risks posed by "malnourished" staffing policies is to urge healthcare officials and healthcare funders to revise the existing staffing standards. In this context, Aiken and colleagues (2018) point out that at least 80 % of all nursing personnel should hold a bachelor's degree. These guidelines were first adopted by the United States, and later also by other countries, e.g. Ireland, the United Kingdom, etc.

Traditional healthcare systems in Europe have struggled to meet the increasing demands for health services resulting from a long-lived society. These policies are predominantly aimed at solving the problems pertaining to doctors, but fail to pay adequate attention to other professional profiles. For years, such has been the attitude of the Slovene health policy, with Slovene nurses and midwives experiencing increasing workloads, poor pay for demanding work, poor working conditions and strained relationships at the workplace, in addition to not having their contribution to patient outcomes recognised. Some of these shortcomings are highlighted in a doctoral dissertation by Mojca Dobnik (Dobnik, et al., 2018). Furthermore, the low number of registered nurses (RNs, i.e., nurses with a bachelor's degree) per 1000 people, coupled with hindering their professional development at the level of clinical specialisations and advanced nursing practices, presents a serious problem. In Slovenia, the practice which has been gaining ground is that of RNs completing postgraduate training for certain professional roles through non-accredited educational programmes designed within narrow circles and aimed primarily towards relieving doctors of their workload. Such training equips students with the ability to perform the tasks and duties of physicians. Upon completion of such a training programme, students at the Nurses and Midwives Association of Slovenia hold specialised skills. This setup has formed the basis for the establishment of reference outpatient clinics, family medicine clinics, and community psychiatry clinics, which are currently being established at the primary level. It is interesting to note that these registered nurses are not encouraged to complete a formal postgraduate clinical specialisation and thereby raise their educational attainment, salary, autonomy and professional status. This is the actual state of affairs within the country, while

¹ The invited lecture is summarized after / Vabljeno predavanje je povzeto po: Skela-Savič, B., 2020. It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 4–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>

² **Professor Brigita Skela Savič, PhD, MPhil, BA, RN, ICN Board member**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia, bskelasavic@fzab.si

outwardly – in various reports and research articles – these healthcare practitioners are portrayed as clinical nurse specialists within a particular field of practice or as providers of advanced nursing care, which is not in accordance with their actual status in Slovenia.

Thus, in 2020, in light of these briefly outlined issues pertaining to competency-based post-graduate training in Slovenia, the new guidelines for advanced nursing practice prepared by the International Council of Nurses (2020) will certainly make a significant impact. These guidelines make a clear distinction between: 1) specialised knowledge within nursing (in Slovenia we refer to this as *specialna znanja*, i.e. special skills or special knowledge), 2) clinical specialisation in nursing, and 3) advanced nursing practice and care. As it clearly defines the levels of postgraduate nursing education, this document will be of central importance to the developers of the Slovenian nursing development strategy for the period from 2020 to 2030 period. Read more about this in Editorial article in Slovenian Nursing Review (Skela-Savič, 2020). The difference between a clinical nurse specialist and an advanced practice nurse is that the former works as an expert within a limited field of practice, is less often confronted with systemic perspectives of health care delivery, but is instead provided more indirect support for quality clinical work (education, publishing, professional guidance, research), while the latter targets the needs of the healthy and unhealthy population groups alike, most often within primary care, and provides care in both acute and chronic treatment of medical conditions, while also engaging in preventive health care within a highly diverse clinical setting. Compared to a clinical nursing specialist, an advanced practice nurse is hence much more involved in independent clinical work and assumes systemic responsibility for the outcomes of medical treatment.

The OECD study (Maier, et al., 2017) places Slovenia in the group of countries with the least developed advanced practice skills. Researchers assign the existing training programmes the status of advanced skills and advanced roles within the healthcare team and do not recognise them as advanced training. The interventions are conducted under the supervision of a medical doctor; they are performed by registered nurses listed according to their field of practice (“reference nurses”, “health promotion nurse”, “family nurse”).

In Slovenia, the pathways to clinical specialisation and advanced nursing practice are long, as the accredited master’s programmes do not offer the aforementioned clinical content or guided clinical training. In most developed countries, a professional master’s degree takes one year, while a bachelor’s degree takes four years to complete. Therefore, bachelor’s degree programmes in nursing should be redesigned to the level of a four-year academic bachelor’s degree programme in Slovenia, which will allow for the adequate implementation of the competences prescribed in the European Directive (2013/55/EU), such as, for example, evidence-based practice. It will also enable a deepening of professional and specialised knowledge in the field of public health problems of contemporary society. With this change, nursing graduates (registered nurses) will have received a broad educational training conducive to their further development within the clinical setting of their field of practice. Most countries have extended their study programmes in nursing to four years, as the RN4CAST survey clearly showed that treatment outcomes were better in patients treated by nurses with academic bachelor’s degrees rather than those with professional bachelor’s degrees (Aiken, 2014; 2018). Upon the transition to four-year programmes, the master’s degree will be reduced to one year. Master’s degree programmes must target different fields of clinical practice, which should be defined at the national level as clinical specialisations and master’s degrees in advanced practice care at the primary level.

This transition requires professional, multidisciplinary as well as political agreement. Application of specialised knowledge in the implementation of clinical specialisation or advanced nursing competences is professionally unacceptable, as the required level of training to obtain specialised knowledge cannot be compared to the competences acquired through a master’s degree programme. Therefore, the professional association and faculties must firmly reject all attempts at the implementation of advanced nursing practice at the primary level and specialist nursing practice at the secondary and tertiary levels.

Slovenian translation / Prevod v slovenščino

Za nami je leto 2019, ko smo praznovali 100-letnico začetka poklicnega dela prve šolane skrbstvene sestre Angele Boškin in 120-letnico ustanovitve Mednarodnega sveta medicinskih sester. Smo sredi leta 2020, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razglasila za mednarodno leto medicinskih sester in babic in je posvečeno spominu na 200 let rojstva Florence Nightingale. Kako velika koncentracija spominov in priložnosti za vrednotenje doseženega in snovanje načrtov za prihodnost! Poteka triletna kampanja Medicinske sestre zdaj (Nursing Now), katere cilj je opozarjati na vlogo medicinskih sester in babic v zdravstvenem sistemu in družbi, ki je večplastna, izhaja iz spoznanj številnih raziskav in opozarja politike na državni ravni, da so medicinske sestre in babice izjemno pomemben člen pri zagotavljanju dostopnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene obravnave (International Centre on Nurse Migration (ICNM), 2018), saj SZO jasno opredeli, da dostopnega zdravja za vse (Universal Health Coverage) ne moremo doseči brez aktivne vloge medicinskih sester in babic (World Health Organization (WHO), 2015). SZO je tako v letu 2019 zbirala podatke za izdelavo

svetovnega poročila o stanju kadra v zdravstveni negi v svetu z naslovom *The State of the World's Nursing Report*, ki je bilo predstavljeno 7. aprila 2020 ob mednarodnem dnevu zdravja. Prav tako se podatki zbirajo za babice. SZO želi s poročilom vplivati na države in njihove politike, da investirajo v razvoj zdravstvene nege in medicinskih sester. V letu 2019 je bilo objavljeno tudi poročilo o zaposlovanju kadra v zdravstveni negi in njegovi povezanosti z varnostjo pacientov ter varnostjo dela za zdravstvene delavce (Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses, (SPSC & ICN), 2019). Predstavljena so bila priporočila za razmerje med diplomirano medicinsko sestro (dipl. m. s., angl. RN) in največjim številom pacientov po strokovnih področjih. Priporočila o varnih normativih in nevarnostih, ki so posledica »podhranjene« kadrovske politike, usmerjajo odgovorne v zdravstvu in financerje v zdravstvu, da prenovijo obstoječe kadrovske normative. Tako Aiken in sodelavci (2018) opozorijo, da je v zdravstveni negi treba zagotavljati vsaj 80 % visokošolsko izobraženih medicinskih sester. Temu sledijo najprej ZDA, pa tudi Irska, Velika Britanija idr.

Tradicionalne zdravstvene politike v Evropi imajo ob vse večjem povpraševanju po zdravstvenih storitvah, ki so posledica dolgožive družbe, vedno večje težave. Usmerjene so predvsem v reševanje problemov zdravnikov, ostalim poklicnim skupinam ne dajejo ustrezne pozornosti. Takšen odnos zdravstvene politike že leta spremlja slovenske medicinske sestre in babice, ki se srečujejo z vedno večjimi delovnimi obremenitvami, slabim plačilom za zahtevno delo, slabimi pogoji dela in odnosi na delovnem mestu, nepriznavanjem njihovega prispevka k izidom zdravstvene obravnave idr. Na nekatere od naštetih pomanjkljivosti opozori doktorska disertacija Mojce Dobnik (Dobnik, et al., 2018). Velik problem predstavljata majhno število diplomiranih medicinskih sester na 1000 prebivalcev ter onemogočanje njihovega razvoja na ravni kliničnih specializacij in naprednih oblik dela. V Sloveniji se uveljavlja praksa, da se diplomirane medicinske sestre podiplomsko izobrazijo za določene delovne naloge na neakreditiranih izobraževalnih programih, ki so pripravljene v ozkih krogih in usmerjeni predvsem v razbremenitev zdravnikov. Gre za izobraževanja, ki slušatelje usposobijo, da izvedejo dela in naloge zdravnikov. Po končani izvedbi programa slušatelji na Zbornici - Zvezi pridobijo specialna znanja. Tako so nastale referenčne ambulante, danes ambulante družinske medicine, trenutno se vzpostavljajo še ambulante skupnostne psihiatrije na primarni ravni. Zanimivo je, da se teh diplomiranih medicinskih sester ne spodbudi, da bi zaključile formalno podiplomsko klinično specializacijo, si s tem dvignile raven izobrazbe, plačo, avtonomijo in poklicni status. Tako je znotraj države, navzven pa jih v raznih poročilih in znanstvenih člankih prikazujemo kot klinične specialistke določenega področja ali kot izvajalke napredne zdravstvene nege, kar ni skladno z njihovim dejanskim statusom v Sloveniji.

V letu 2020 imajo tako – ob delčku opisane slovenske problematike izobraževanja za prevzem kompetenc po zaključenem dodiplomskem študiju – zagotovo pomembno težo nove smernice za napredno zdravstveno nego, ki jih je pripravil Mednarodni svet medicinskih sester (International Council of Nurses, 2020). Te jasno ločijo med: 1) specializiranimi znanji v zdravstveni negi (v našem prostoru jih poimenujemo specialna znanja), 2) klinično specializacijo v zdravstveni negi ter 3) napredno zdravstveno nego in obravnavo. Dokument je ključnega pomena za pripravljavce strategije razvoja zdravstvene nege v obdobju med 2020 in 2030, saj jasno opredeli nivoje podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi. Več o dokumentu berite v *Obzorniku Zdravstvene nege* (Skela-Savič, 2020). Razlika med kliničnim specialistom v zdravstveni negi in magistrskom napredne zdravstvene nege je predvsem v tem, da prvi deluje kot strokovnjak na omejenem področju, manj se sooča s sistemskimi perspektivami za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, več pa s posredno podporo za kakovostno klinično delo (izobraževanjem, publiciranjem, strokovnim vodenjem, raziskovanjem), medtem ko se drugi usmerja v potrebe zdrave in bolne populacije, najpogosteje na primarni ravni, in vključuje tako akutno kot kronično obravnavo bolezenskih stanj ter preventivo v zelo raznolikem kliničnem okolju. Zato je magister napredne zdravstvene nege v primerjavi s kliničnim specialistom zdravstvene nege mnogo bolj vključen v samostojno klinično delo in prevzema sistemsko odgovornost za izide zdravstvene obravnave.

Študija OECD (Maier, et al., 2017) je Slovenijo umestila v skupino držav, ki ima najmanj razvita napredna znanja. Raziskovalci so obstoječim izobraževalnim programom dodelili status razširjenih znanj in razširjene vloge v zdravstvenem timu ter jih ne priznavajo kot napredno izobraževanje. Intervencije, ki jih izvajajo, potekajo pod nadzorom zdravnika; izvajajo jih diplomirane medicinske sestre, ki jih v dokumentu poimenujejo glede na področje delovanja (»reference nurses«, »health promotion nurse«, »family nurse«).

Pot do kliničnih specializacij in napredne zdravstvene nege je v Sloveniji še dolga, saj akreditirani magistrski programi še ne ponujajo dovolj zgoraj opisanih kliničnih vsebin in vodenega kliničnega usposabljanja. V večini razvitih držav strokovni magistrski študij traja eno leto, dodiplomski študij pa štiri leta. Zato je v Sloveniji treba študij zdravstvene nege na dodiplomski ravni preoblikovati na raven štiriletnega univerzitetnega programa,

kar bo omogočilo zadostno implementacijo kompetenc, ki so predpisane v evropski direktivi (Directive, 2013), kot je na primer delovanje, podprto z dokazi. Možna bo tudi poglobitev strokovnih in specialističnih znanj s področja javnozdravstvenih problemov sodobne družbe. S to spremembo bo diplomant zdravstvene nege dobil široko izobrazbo za nadaljnji razvoj v kliničnem okolju, kjer bo deloval. Večina držav je študij podaljšala na štiri leta, saj je raziskava RN4CAST jasno pokazala, da so izidi zdravstvene obravnave boljši pri pacientih, če so jih obravnavale univerzitetno izobražene medicinske sestre v primerjavi z visokostrokovno izobraženimi (Aiken, 2014; 2018). Ob prehodu v štiriletne programe se bo magistrski študij skrajšal na eno leto. Magisteriji morajo biti usmerjeni v različna klinična področja, ki morajo biti opredeljena na ravni države kot klinične specializacije in magisterij za napredno zdravstveno obravnavo na primarni ravni.

Za opisani prehod je potreben strokovni, medpoklicni in politični dogovor. Uporaba specialnih znanj za izvajanje kompetenc klinične specializacije ali napredne zdravstvene nege je strokovno nedopustna, saj je zahtevani obseg izobraževanja za specialna znanja neprimerljiv z magistrsko ravno kompetenc. Zato morajo strokovno združenje in fakultete ostro zavrniti vse poskuse, da se s specialnimi znanji izvaja napredna zdravstvena nega na primarni ravni ter specialistična zdravstvena nega na sekundarni in terciarni ravni.

Literature / Literatura

- Aiken, L., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E.T. Garbarini, A., Soto, P., Bravo, D. & Smith, H.L., 2018. Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29 (3), pp. 322–327. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.011>
- Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., et al., 2017. RN4CAST Consortium. Nursing skill mix in European hospitals: a cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26, pp. 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Directive 2013/55 / EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354 / 132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [Accessed 2 December 2015].
- Dobnik, M., Maletic, M. & Skela Savic, B., 2018. Work-related stress factors in nurses at Slovenian hospitals: a cross-sectional study. *Health Care* 57 (4), pp. 192–200. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024>
- International Center on Nurse Migration (ICNM), 2018. *Policy brief: nurse retention*. Philadelphia: International Center on Nurse Migration. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf [Accessed 2020].
- International Council of Nurses (ICN), 2020. *Guidelines on advanced nursing practice* [In print]. Geneva: International Council of Nurses.
- Maier, C.B. & Aiken, L., 2016. Task shifts from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 26(6), pp. 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
- Maier, C., Aiken, L. & Busse, R., 2017. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. *OECD Health Working Papers*, 98. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Skela-Savič, B., 2020. It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 4–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>
- Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses (SPSC & ICN), 2019. *Nurse staffing levels for patient safety and workforce safety. SPSC and ICN White Paper*. Riyadh: Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_1.pdf [Accessed 2020].
- World Health Organization (WHO), 2015. *Tracking universal health coverage: First global monitoring report*. Geneva: World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 2020].



**Znanstveni prispevki /
Scientific contributions**

Ocenjevanje pogostosti sindroma bolnih stavb skozi različne metodološke pristope - sistematični pregled literature

Assessing the prevalence of sick building syndrome through different methodological approaches – systematic literature review

Sedina Kalender Smajlovič³
dr. Andreja Kuček⁴
dr. Mateja Dovjak⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Notranje bivalno in delovno okolje predstavlja pomemben dejavnik tveganja za zdravje. Neustrezne razmere lahko rezultirajo v številnih negativnih zdravstvenih izidih. Sindrom bolnih stavb se povezuje z nezdravim grajenim bivalnim in delovnim okoljem in predstavlja skupek dejavnikov, ki lahko negativno vplivajo na zdravje uporabnika.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Sistematični pregled strokovne in znanstvene literature je bil izveden v podatkovnih bazah COBIB.SI, Google Učenjak, Cinahl in PubMed. Napredno iskanje je potekalo s pomočjo Boolovega logičnega operaterja AND/IN v kombinaciji ključnih besed: sindrom bolnih stavb/metodološki pristopi. Za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabi pregledanih virov je bila izbrana metoda PRISMA.

Rezultati: Z uporabo integrativne analize pri proučevanju znanstvenih in strokovnih člankov so bili pridobljeni podatki o metodoloških pristopih, najbolj pogostih metodah zbiranja podatkov za ocenjevanje sindroma bolnih stavb ter kvantitativnih in kvalitativnih kazalnikov sindroma bolnih stavb.

Razprava: V raziskavi je bila izvedena sinteza glavnih ugotovitev izvedenih raziskav, s poudarkom na kvantitativnih in kvalitativnih kazalnikih sindroma bolnih stavb.

Zaključek: Sindrom bolnih stavb je naraščajoč javnozdravstveni problem tudi zaradi pogostosti in prisotnosti okoljskih dejavnikov tveganja v grajenem okolju.

Ključne besede: metodološki pristopi, sindrom bolnih stavb, okoljski dejavniki tveganja, grajeno okolje

Abstract

Theoretical background: Environmental factors and work environment present an important factor for maintaining and promoting health. Inappropriate environmental circumstances may result in many negative health outcomes. Sick Building Syndrome is associated with an unhealthy built and working environment and is a set of factors that can negatively affect health.

Method: A descriptive research method has been performed. A review of the professional and scientific literature was conducted in the COBIB.SI, Google Scholar, Cinahl, and PubMed databases. An advanced search was conducted with Boolean logic operator AND in a combination of keywords: sick building syndrome/methodological approaches. The PRISMA method was chosen to display the review of the databases and it was used to choose between used reviewed resources.

Results: Using integrative analysis in the study of scientific and professional articles, data were obtained on methodological approaches, the most common methods of data collection for the assessment of sick building syndrome, and quantitative and qualitative indicators of sick building syndrome.

Discussion: The study synthesized the main findings of the research carried out focusing on quantitative and qualitative indicators of the sick building syndrome.

Conclusion: Sick building syndrome is a growing public health problem also due to the frequency and presence of environmental risk factors in the built environment.

Keywords: methodological approaches, sick building syndrome, environmental risk factors, built environment

³ Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, skalendersmajlovic@fzab.si

⁴ doc. dr. Andreja Kuček, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Slovenija, andreja.kucec@mf.uni-lj.si

⁵ doc. dr. Mateja Dovjak, Fakulteta za gradbeništvo in geodézijo, Univerza v Ljubljani, Slovenija, mateja.dovjak@fgg.uni-lj.si

1 Teoretična izhodišča

Okoljski dejavniki povzročajo ali vsaj pomembno prispevajo k razvoju kroničnih in nalezljivih bolezni, ki prizadanejo ljudi (Eržen, et al., 2010). Na razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni poleg okoljskih determinant pomembno vplivajo tudi družbene determinante zdravja, kot so socialne, ekonomske, bivalne in življenjske okoliščine. Človek v povprečju preživi 80 - 90 % časa v zaprtih prostorih, zato je poznavanje dejavnikov tveganja in njihovega medsebojnega delovanja zelo pomembno (Dovjak & Kukec, 2014; Kukec & Dovjak, 2014; Bilban, et al., 2017). V povezavi z nezdravim grajenim okoljem se v literaturi pojavljata dva termina: sindrom bolnih stavb (angl. Sick Building Syndrome – SBS) in bolezni, povezane z bivanjem v stavbi (angl. Building Related Illness – BRI). Koncept nastanka SBS še vedno ni povsem jasen, (Saeki, et al., 2017), čeprav je že leta 1983 Svetovna zdravstvena organizacija prvič uporabila izraz SBS za opis situacij, v katerih imajo ljudje lahko akutne zdravstvene simptome. SBS predstavlja skupek dejavnikov, ki lahko negativno vplivajo na fizično zdravje ljudi na več načinov. Za SBS je značilen niz simptomov, ki izhajajo iz izpostavljanja neustreznim razmeram v delovnem ali bivalnem okolju. Simptomi SBS najpogosteje vključujejo draženje oči, sluznic, pojav suhe kože, dihalne simptome in splošne simptome v obliki utrujenosti, letargije, glavobolov in zvišane telesne temperature (Maoz – Segal, et al., 2015). SBS je pritegnil svetovno pozornost s strani javnosti in raziskovalcev zaradi porasta neustreznega toplotnega okolja in pregrevanja stavb, nezadostnega prezračevanja in slabe kakovosti zraka v zaprtih prostorih, kot tudi vse večje globalne zavesti o vplivu grajenega okolja za zdravje ljudi (Ghaffarianhoseini, et al., 2018). Prizadevanja raziskovalcev so bila usmerjena v razumevanje povezave med slabo kakovostjo parametrov notranjega okolja z različnimi nespecifičnimi simptomi SBS, kot so draženje oči, nosu, grla, pojavom utrujenosti in glavobolom (Loupa, et al., 2017).

Namen prispevka je bil oceniti pogostost SBS v grajenem okolju (bivalno, delovno) skozi različne metodološke pristope. Cilj prispevka je bil na osnovi pregleda vključenih raziskav ugotoviti uporabljene merske instrumente in kazalnike SBS. V okviru raziskave je bilo postavljeno raziskovalno vprašanje: Kateri so količinski in kvalitativni kazalniki simptomov SBS in v katere skupine razvrščamo simptome SBS?

2 Metode

Izvedena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Sistematični pregled strokovne in znanstvene literature je bil izveden v podatkovnih bazah COBIB.SI, Google Učenjak, Cinahl in PubMed. Napredno iskanje je potekalo s pomočjo Boolovega logičnega operaterja AND/IN v kombinaciji ključnih besed v slovenskem jeziku: sindrom bolnih stavb, metodološki pristopi in v angleškem jeziku: sick building syndrome, methodological approaches. Vključitveni kriteriji so bili: epidemiološka raziskava, raziskave v obdobju od 2015 do 2020, raziskava, ki je vključevala kvantitativne in kvalitativne kazalnike SBS, raziskava, ki je vključevala grajeno okolje, angleški/slovenski jezik, raziskovalni članek in recenzija. Kombinacije iskalnih besednih zvez so skupaj podale 246 zadetkov. Po filtriranju najustrežnejših naslovov je bilo primernih 130 zadetkov, po nadaljnji zožitvi, kjer smo upoštevali ustreznost vsebine izvlečkov smo izločili neustrezno literaturo. Dobili smo 29 zadetkov, ki smo jih podrobneje pregledali. Na podlagi ustreznosti vseh vključenih kriterijev smo 12 zadetkov izbrali za podrobno končno analizo. Za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabi pregledanih virov je bila izbrana metodologija PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review

and Meta – Analysis) (Welch, et al., 2012). Izvedena je bila vsebinska integrativna analiza. Kakovost pregleda literature smo določili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2018).

3 Rezultati

V Tabeli 1 so prikazani rezultati sistematičnega pregleda strokovne in znanstvene literature v zbirkah opredeljenih v poglavju Metode.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature izveden v podatkovnih bazah COBIB.SI, Google Učenjak, Cinahl in PubMed za obdobje od 2015 do 2020

Podatkovne baze	Ključne besede/logični operator	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled
COBIB.SI	sindrom bolnih stavb	21	1
	sindrom bolnih stavb/IN/ metodološki pristopi	0	0
Google Učenjak	sindrom bolnih stavb	104	5
	sindrom bolnih stavb/IN/ metodološki pristopi	2	0
Cinahl	sick building syndrome	2	1
	sick building syndrome/AND/methodological approaches	0	0
PubMed	sick building syndrome	115	5
	sick building syndrome/AND/methodological approaches	2	0
Skupaj		246	12

V Tabeli 2 so opredeljene značilnosti raziskav vključenih v končno analizo glede na avtorja, zasnovano raziskavo, državo raziskave, opazovano populacijo (število udeležencev v raziskavi), uporabljen merski instrument, pogostost simptomov SBS in vrsto simptomov SBS.

Tabela 2: Prikaz značilnosti vključenih raziskav

Avtor(ji)/Zasnova raziskave	Država raziskave	Opazovana populacija/Število udeležencev v raziskavi	Merski instrument	Pogostost simptomov SBS	Vrsta simptomov SBS
Kim, et al., 2019 presečna raziskava	Koreja	Zaposleni v 9 – ih trgovinskih centrih / n = 314	vprašalnik National Institute for Occupational Safety and Health Indoor Air Quality and Work Environment Symptoms Survey	Število simptomov SBS: n = 16; zaznavanje kakovosti zraka v notranjih prostorih	Simptomi SBS so bili na osnovi kliničnih simptomov razvrščeni v štiri skupine: (1) simptomi SBS v povezavi s kožo, (2) simptomi SBS v povezavi z očmi, (3) respiratorni simptomi SBS in (4) splošni simptomi SBS.

Avtor(ji)/ Zasnova raziskave	Država raziskave	Opazovana populacija/ Število udeležencev v raziskavi	Merski instrument	Pogostost simptomov SBS	Vrsta simptomov SBS
Jafari, et al., 2018 analitična deskriptivna raziskava	Iran	Uslužbenci – pisarniški delavci v naftni industriji / n = 170	integrirani vprašalnik, uporabljen v študiji SKOV (1987), FANGER (2000) in HSE	Število simptomov SBS: n = 19	Simptomov SBS niso razvrščali v skupine.
Nagy, et al., 2019 študija primera	Slovaška	Zgradba iz leta 1906 / n = 12	vprašalnik za oceno subjektivne zaznave kakovosti notranjega okolja in SBS	Število simptomov SBS: n = 15	Simptomov SBS niso razvrščali v skupine.
Norbäck, et al., 2019 presečna raziskava	Kitajska	Bivalna okolja / n = 36541	standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro (Andersson, 1998))	Število simptomov SBS: n = 8	Vrsta simptomov SBS: (1) rinitis, (2) očesni simptomi, (3) simptomi v povezavi z grlom, (4) suha ali pordela koža obraza, (5) luščenje/dra- ženje kože, lasišča ali ušes, (6) dermalni simptomi – roke, (7) utrujenost in (8) glavobol.
Arikan, et al., 2018 presečna raziskava	Turčija	Zaposleni v pisarnah v bolnišničnem okolju / n = 177	standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro (Andersson, 1998))	Podatki niso dostopni	Podatki niso dostopni.
Zhang, et al., 2019 presečna raziskava	Kitajska	Domača okolja n = 36541	standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro (Andersson, 1998))	Število simptomov SBS: n = 12	Vrsta simptomov SBS: (1) splošni simptomi SBS, (2) simptomi SBS v povezavi s sluznicami, (3) simptomi SBS v povezavi s kožo, (4) rinitis.

Avtor(ji)/ Zasnova raziskave	Država raziskave	Opazovana populacija/ Število udeležencev v raziskavi	Merski instrument	Pogostost simptomov SBS	Vrsta simptomov SBS
Belachew, et al., 2018 presečna raziskava	Etiopija	Splošno prebivalstvo / n = 3405	Strukturiran vprašalnik	Število simptomov SBS: n = 24	SBS je bil ocenjen s 24 simptomi, ki so bili povezani z zgradbo in potrjen s petimi kriteriji.
Atarodi, et al., 2018 študija primera	Iran	Zaposleni v pisarnah / n = 80	Alberta Indoor Air Quality Toolkit	Število simptomov SBS: n = 24	Simptomov SBS niso razvrščali v skupine.
Lu, et al., 2017 presečna raziskava	Tajvan	Zaposleni v pisarnah / n = 389	strukturiran vprašalnik	Število simptomov SBS: n = 14	Vrsta simptomov SBS: (1) simptomi SBS v povezavi z očmi, (2) simptomi SBS na zgornjih dihalih, (3) simptomi SBS na spodnjih dihalih, (4) simptomi SBS v povezavi s kožo in (5) nespecifični simptomi SBS.
Azuma, et al., 2017 presečna raziskava	Japonska	Zaposleni v pisarnah / n = 489	standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro, Andersson, 1998 MM040), USEPA (United States Environmental Protection Agency) Brief Job Stress Questionnaire.	Število simptomov BRS: n = 19	Vrsta simptomov BRS: (1) draženje oči, (2) splošni simptomi, (3) zgornji dihalni simptomi, (4) dihalni simptomi in (5) kožni simptomi.

Avtor(ji)/ Zasnova raziskave	Država raziskave	Opazovana populacija/ Število udeležencev v raziskavi	Merski instrument	Pogostost simptomov SBS	Vrsta simptomov SBS
Smedje, et al., 2017 presečna raziskava	Švedska	Bivalna okolja / n = 1160	<i>standardiziran</i> vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro, Andersson, 1998 MM040)	Število simptomov SBS: n = 16	Vrsta simptomov SBS: (1) splošni simptomi SBS, (2) simptomi SBS v povezavi s sluznicami in (3) simptomi SBS v povezavi s kožo.
Kalender Smajlovič, et al., 2019 presečna raziskava	Slovenija	Zdravstveni delavci / n = 258	<i>standardiziran</i> vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime (Orebro, Andersson, 1998 MM040)	Število simptomov SBS: n = 16	Simptomi SBS so bili klasificirani po ECA (1989).

V končno analizo smo uvrstili 12 zadetkov od tega je bilo po epidemiološki zasnovi 9 presečnih raziskav, 1 analitično deskriptivno raziskavo in 2 študiji primera. Iz analiziranih člankov smo pridobili 59 kod, ki smo jih glede na njihove podobnosti in povezave uvrstili v 3 vsebinske kategorije: 1. kvantitativni kazalniki SBS, 2. kvalitativni kazalniki SBS in 3. klasifikacija simptomov SBS. V Tabeli 3 so prikazane omenjene kategorije, kode ter avtorji raziskav.

Tabela 3: Razporeditev kod po opredeljenih kategorijah

Kategorija	Koda	Avtorji
1. kvantitativni kazalniki SBS	24 simptomov SBS - 19 simptomov SBS - 16 simptomov SBS - 15 simptomov SBS - 14 simptomov SBS - 12 simptomov SBS - 8 simptomov SBS	Azuma, et al., 2017; Lu, et al., 2017; Smedje, et al., 2017; Atarodi, et al., 2018; Belachew, et al., 2018; Jafari, et al., 2018; Kalender – Smajlovič, et al., 2019; Kim, et al., 2019; Nagy, et al., 2019; Norbäck, et al., 2019; Zhang, et al., 2019

Kategorija	Koda	Avtorji
2. kvalitativni kazalniki SBS	suha koža, srbenje - občutek suhe in razdražene kože na obrazu - občutek suhe kože na ušesih - suha, pordela koža na rokah - luščenje/draženje kože lasišča - občutek suhih, srbečih, razdraženih utrujenih oči - težave z vidom - zamegljen vid - zamašen nos - izcedek iz nosu - kašelj - astma - dispnea - krvavitev iz nosu - kihanje - vneto, suho grlo - hripavo in suho grlo - prehlad - gripa - občutek kratke sape - tiščanje v prsih - sinusitis - piskanje v prsih - tiščanje v prsih - kašelj s sputumom - slabost - razdražen želodec - glavobol – utrujenost - zaspanost - živčnost - težave s koncentracijo - omotica - slab spomin - okrnjena pozornost - napetost - občutek težke glave - depresija - šibkost - bolečine v hrbtu - bolečine v vratu - hiperaktivnost - vročina - mrzlica - hladne roke/noge	Azuma, et al., 2017; Atarodi, et al., 2018; Belachew, et al., 2018; Jafari, et al., 2018; Kim, et al., 2019; Nagy, et al., 2019 Norbäck, et al., 2019
3. klasifikacija simptomov SBS	SBS v povezavi s kožo - simptomi SBS v povezavi z očmi - respiratorni simptomi SBS - simptomi SBS na zgornjih dihalih - simptomi SBS na spodnjih dihalih - splošni simptomi SBS - rinitis - simptomi SBS v povezavi z grlom - simptomi SBS niso bili klasificirani - klasifikacija simptomov SBS po ECA	Lu, et al., 2017; Jafari, et al., 2018; Kalender – Smajlović, et al., 2019; Kim, et al., 2019; Nagy, et al., 2019; Norbäck, et al., 2019

4 Razprava

SBS vključuje niz simptomov, ki izhajajo iz izpostavljenosti delovnemu ali bivalnemu okolju. SBS po navedbi Health and Safety Executive (2008) vključuje naslednje simptome: pojav suhe in/ali srbeče kože ali izpuščaja na koži, občutek suhih oči, zamašenega nosu ali občutek izsušenega grla, glavobol, alergijo, razdražljivost ali občutek slabe koncentracije. Simptomi SBS so pogosto blagi in ne povzročajo nobenih trajnih posledic, lahko pa povzročijo veliko težav na delovnih mestih, saj lahko vplivajo na potek dela, povzročajo zmanjšano učinkovitost in odsotnost zaposlenih z dela in tako predstavljajo strošek. Izvedeni pregled literature poda ugotovitve, da na področju ocenjevanja pogostosti SBS pridobimo raziskave, ki so kvantitativnega metodološkega pristopa. Pridobljene raziskave so v glavnem presečne raziskave. Presečne raziskave so za pridobivanje podatkov o ocenjevanju SBS najbolj primerne, saj s pomočjo njih lahko pridobimo podatke o pogostosti (razširjenosti) in lastnosti pojavov v opredeljenem časovnem obdobju.

Izvedeni pregled literature nam prikaže najbolj pogoste merske instrumente. Ugotovimo, da je med proučevanimi raziskavami najbolj uporaben standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti notranje klime Orebro (Andersson, 1998). Omenjeni vprašalnik so uporabljali številni avtorji (Azuma, et al., 2017; Smedje, et al., 2017; Norbäck, et al., 2019; Zhang, et al., 2019).

Na področju kvantitativnih kazalnikov SBS ugotovimo, da so simptomi SBS številčno raznoliko zastopani, od največ 24 in najmanj 8 simptomov SBS. Na področju kvalitativnih kazalnikov SBS na osnovi izvedene raziskave pridobimo podatke o številnih simptomih SBS, od občutka suhe kože, težav z očmi, težav z dihanjem, do splošnih simptomov SBS, kot tudi bolj specifičnih. Prav tako ugotovimo, da so avtorji proučevanih raziskav različno razvrščali simptome SBS, kot so simptomi SBS v povezavi s kožo, simptomi SBS v povezavi z očmi, simptomi SBS v povezavi z grlom, respiratorni simptomi SBS, simptomi SBS na zgornjih dihalih, simptomi SBS na spodnjih dihalih in splošni simptomi SBS. Ponekod simptomi SBS niso bili klasificirani, prav tako pa je bila uporabljena klasifikacija simptomov

SBS po European concerted action indoor air quality (ECA). Joshi (2008) navaja, da SBS sodi med poklicne bolezni, ki povečujejo odsotnost zaposlenih zaradi bolezni in povzročajo manjšo storilnosti pri delu. Med vzroke SBS prišteva kemične onesnaževalce, onesnaževalce iz zunanjega in notranjega okolja, biološke onesnaževalce, neustrezno prezračevanje, elektromagnetno sevanje, psihološke dejavnike ter dejavnike, povezane s slabo in neprijetno osvetlitvijo delovnih mest z odsotnostjo dnevne svetlobe. Stadtner (2013) pa navaja, da SBS lahko povzroči simptome, kot so glavobol, omotica, utrujenost, težave s koncentracijo, draženje očesnih veznic, nosne sluznice in grla, pojav suhe in srbeče kože. Večina simptomov izzveni, po nekaj urah ko stavbo zapustimo.

Omejitve izvedene raziskave so v tem, da nismo pridobili ostalih odprto dostopnih članov. Uporabnost raziskave je v ozaveščanju ožje in širše strokovne javnosti z aktualno javno – zdravstveno problematiko. Priložnosti nadaljnjega raziskovanja so na področju SBS številne in vključujejo ugotavljanje povezav med različnimi dejavniki tveganja, obravnavo simptomov SBS, področje ukrepanj in izboljšav.

5 Zaključek

Izveden sistematični pregled literature prikaže pogostost SBS v grajenem okolju skozi primere presečnih raziskav. Ugotovimo kvantitativno in kvalitativno raznolikost simptomov SBS, uporabljene merske instrumente in način razvrščanja simptomov SBS. SBS je naraščajoč javnozdravstveni problem tudi zaradi pogostosti in prisotnosti okoljskih dejavnikov tveganja v grajenem okolju.

Literatura

- Andersson, K., 1998. Indoor Climate Work Environment - Office. Epidemiological approach to indoor air problems. *Indoor Air*, 4, pp. 32-39.
- Arikan, I., Tekin, Ö.F. & Erbas, O., 2018. Relationship between sick building syndrome and indoor air quality among hospital staff. *La Medicina del Lavoro*, 109(6), pp. 435-443.
- Atarodi, Z., Karimyan, K., Gupta, V.K., Abbasi, M. & Moradi, M., 2018. Evaluation of indoor air quality and its symptoms in office building - A case study of Mashhad, Iran. *Data Brief*, 27(20), pp. 74-79.
- Azuma, K., Ikeda, K., Kagi, N., Yanagi, U. & Osawa, H., 2017. Evaluating prevalence and risk factors of building-related symptoms among office workers: Seasonal characteristics of symptoms and psychosocial and physical environmental factors. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22(1), p. 38.
- Belachew, H., Assefa, Y., Guyasa, G., Azanaw, J., Adane, T., Dagne, H. & Gizaw, Z., 2018. Sick building syndrome and associated risk factors among the population of Gondar town, northwest Ethiopia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 23(1), p. 54.
- Bilban, M., Rejc, T., Dovjak, M. & Kuček, A., 2017. Sindrom bolnih stavb in bolezni, povezane z bivanjem v grajenem okolju: opredelitev učinkov na zdravje in dejavnikov tveganja. *Delo in varnost*, 62(5), p. 28.
- Dovjak, M. & Kuček, A., 2014. Prevention and control of Sick Building Syndrome (SBS). Part 2: design of a preventive and control strategy to lower the occurrence of SBS. *International Journal Sanitary Engineering Research*, 1(8), pp. 41-55.
- Eržen, I., Gajšek, P., Hlastan Ribič, C., Kuček, A., Poljšak, B. & Zaletel Kragelj, J., 2010. *Zdravje in okolje – izbrana poglavja*. Maribor: Medicinska fakulteta.
- Ghaffarianhoseini, A., Omrany, H., Alwaer, R. & Ghaffarianhoseini, A., 2018. Sick building syndrome: are we doing enough? *Architectural Science Review*, 61(3), pp. 99-121.
- Health and Safety Executive, 2008. *How to deal with sick building syndrome (SBS)*. [pdf] Health and Safety Executive. Available at: <https://www.hse.gov.uk/pUbns/priced/hsg132.pdf>. [Accessed 15 February 2020].
- Jafari, M.J., Khajevandi, A.A., Karamali, F. & Zabeti, F., 2018. Indoor carbon dioxide concentrations and sick building syndrome symptoms in office workers of petroleum industry health organization. *International Archives of Health Sciences*, 5(3), pp. 82-85.

- Joshi, S. M., 2008. The sick building syndrome. *Indian Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 12(2), pp. 61–64.
- Kalender – Smajlović, Dovjak, M. & Kuček, A., 2019. Pogostost sindroma bolnih stavb pri zdravstvenih delavcih v bolnišnici. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: zbornik povzetkov: mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 14. november 2019*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Kim, J., Jang, M., Choi, K. & Kim, K., 2019. Perception of indoor air quality (IAQ) by workers in underground shopping centers in relation to sick-building syndrome (SBS) and store type: a cross-sectional study in Korea. *BMC Public Health*, 19(1), p. 632.
- Kuček, A. & Dovjak, M., 2014. Prevention and control of Sick Building Syndrome (SBS). Part 1: identification of risk factors. *International Journal Sanitary Engineering Research*, 1(8), pp. 16-17.
- Loupa, G., Fotopoulou, S. & Tsagarakis K.P., 2017. A tool for analysing the interdependence of indoor environmental quality and reported symptoms of the hospitals' personnel. *Journal of Risk Research*, 20(5), pp. 678-691.
- Lu, C.Y., Tsai, M.C., Muo, C.H., Kuo, Y.H., Sung, F.C. & Wu, C.C., 2017. Personal, psychosocial and environmental factors related to Sick Building Syndrome in official employees of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(15), p. 7.
- Maoz - Segal, R., Agmon - Levin, N., Israeli, E. & Shoenfeld, Y., 2015. The sick building syndrome as a part of 'ASIA' (autoimmune/auto-inflammatory syndrome induced by adjuvants). *Harefuah*, 154(2), pp. 129-132, 134.
- Nagy, R., Mečiarová, L., Vilčeková, S., Krídlová Burdová, E. & Košičanová, D., 2019. Investigation of a Ventilation System for Energy Efficiency and Indoor Environmental Quality in a Renovated Historical Building: A Case Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), p. 4133.
- Norbäck, D., Zhang, X., Fan, Q., Zhang, Z., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Huang, C., Deng, Q., Lu, C., Qian, H., Yang, X., Sun, Y., Sundell, J. & Wang J., 2019. Home environment and health: Domestic risk factors for rhinitis, throat symptoms and non-respiratory symptoms among adults across China. *The Science of the Total Environment*, 1(681), pp. 320-330.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Saeki, Y., Kadonosono, K. & Uchio, E., 2017. Clinical and allergological analysis of ocular manifestations of sick building syndrome. *Clinical Ophthalmology*, 14(11), pp. 517-522.
- Smedje, G., Wang, J., Norbäck, D., Nilsson, H. & Engvall, K., 2017. SBS symptoms in relation to dampness and ventilation in inspected single-family houses in Sweden. *International Archives of occupational and environmental health*, 90(7), pp. 703-711.
- Stadtner, A., 2013. *What is a sick building: healthy building science*. [online] Available at: <https://healthybuilding-science.com/2013/07/04/sickbuilding/> [Accessed 5 February 2020].
- Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., Howard W. & the PRISMA-Equity Bellagio group, 2012. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting Guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), e1001333.
- Zhang, X., Norbäck, D., Fan, Q., Bai, X., Li, T., Zhang, Y., Li, B., Zhao, Z., Huang, C., Deng, Q., Lu, C., Qian, H., Xu, Y., Sun, Y., Sundell, J. & Wang, J., 2019. Dampness and mold in homes across China: Associations with rhinitis, ocular, throat and dermal symptoms, headache and fatigue among adults. *Indoor Air*, 29(1), pp. 30-42.

Upoštevanje načel Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije v praksi – kvalitativna opazovalna raziskava urgentne ambulante

Code of ethics compliance – an ethnographic study of an emergency department

Tilen Tej Krnel⁶

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zdravstvena nega je etična disciplina. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije je za zaposlene v zdravstveni negi zavezujoč.

Metoda: Uporabljena je bila kvalitativna metoda krajšega prikritega opazovanja z udeležbo. Opazovani priložnostni vzorec so predstavljali zdravstveni delavci v urgentni ambulanti na sekundarnem nivoju. Zbrano gradivo v obliki dnevnika opazovalca je bilo analizirano z metodo tematske analize besedila; oblikovane so bile kategorije, ki so bile združene v tematska področja.

Rezultati: Oblikovanih je bilo 9 kategorij, ki so bile združene v 3 teme: neustrezne komunikacijske prakse; neprimerna zdravstvena oskrba; neprimeren odnos do pacientov in sodelavcev.

Razprava: Medicinske sestre se do svojih pacientov vedejo ambivalentno. Čeprav je odnos do večine pacientov korekten, je občasno pogojen z določenimi osebnimi okoliščinami pacienta (npr. starostjo, določenimi obolenji, videzom, spolno usmerjenostjo). Ugotavljamo, da nekaterim zdravstvenim delavcem primanjkuje ustreznih komunikacijskih veščin. Pojavlja se tudi neprimerna zdravstvena oskrba, ki se kaže kot sporadično nestrokovno izvajanje intervencij zdravstvene nege ali medicinsko-tehničnih posegov in mestoma tudi preseganje poklicnih kompetenc. Odnosi znotraj zdravstvenega tima pa so kompleksni.

Ključne besede: *zdravstvena praksa, stigmatizacija, osredotočenost na pacienta, komunikacijske veščine, preseganje poklicnih kompetenc*

Abstract

Theoretical background: Nursing is an ethical discipline. All nursing staff should adhere to the Code of ethics in nursing and midwifery.

Method: The qualitative ethnographic method of participant observation was used. A convenience sample of healthcare workers in the emergency department was applied. The collected material in the form of field notes was thematically analyzed and categories were formed and grouped into themes.

Results: We created 9 categories, grouped into 3 themes: inadequate communication practices, inadequate healthcare, and inappropriate attitude towards patients and colleagues.

Discussion: Nurses are ambivalent about their patients. Although the attitude towards most patients is correct, it is occasionally contingent on the patient's particular personal circumstances (e.g. age, certain diseases, appearance, and sexual orientation). We find that some healthcare professionals lack appropriate communication skills. Inappropriate healthcare is also emerging which is manifested as the sporadic unprofessional implementation of nursing intervention and, in some cases, exceeding professional competencies. Relationships within the healthcare team, however, are complex.

Keywords: *healthcare praxis, stigmatization, patient-centeredness, communication skills, overcoming vocational competencies*

1 Teoretični uvod

Zdravstvena nega je etična disciplina. »Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna

⁶ Tilen Tej Krnel, dipl. zn., SGLŠ Postojna – zdravstvena šola, Slovenija, tilen.krnel@gmail.com

je etična drža prav vsakega posameznika ter kontinuiran razvoj njegovih moralnih vrednot (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica-Zveza), 2014, p. 3). Kot ugotavlja Yildiz (2017) sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege ni odvisna samo od znanja in opreme, temveč tudi od občutljivosti do ljudi in etičnih vidikov. Zdravstveni negi je prirojeno spoštovanje človekovih pravic; tako pravic, ki izhajajo iz kulture pacienta, pravice do življenja in izbire, kot tudi pravice do dostojanstva in spoštovanja (International Council of Nurses (ICN), 2012). Zdravstvena nega je namreč profesija, ki ima moralo v centru svojega delovanja (Yildiz, 2017).

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije ima 10 načel (Zbornica-Zveza, 2014): izvajalci zdravstvene nege in oskrbe so svoje delo dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno in vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja; dolžni so spoštovati pravico pacienta do izbire in odločanja; dolžni so spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta; dolžni so nuditi kompetentno zdravstveno nego in oskrbo; izvajalci zdravstvene nege in oskrbe pa naj bi tudi cenili lastno poklicno pripadnost ter priznavali in spoštovali delo svojih sodelavcev.

Malo je znanega o tem, kako in koliko se etičnih načel medicinske sestre dejansko držijo v praksi. Kot ugotavljajo Bijani in sodelavci (2017) imajo številne medicinske sestre ozaveščen kodeks profesionalne etike, vendar se ne obnašajo v skladu z njim. Redke raziskave na tem področju (npr. Momennasab, et al., 2015) ugotavljajo, da pacienti, medicinske sestre in vodje v zdravstveni negi ocenjujejo spoštovanje etičnih načel s strani medicinskih sester kot zadovoljivo. Tovrstne raziskave so večinoma raziskave stališč, pozitivna stališča sama zase pa še ne zagotavljajo nujno tudi dobre prakse pri dejanskem delu v kliničnem okolju. Kot ugotavljajo Bijani in sodelavci (2017), medicinskim sestram in študentom zdravstvene nege primanjkuje kompetenc na področju upoštevanja načel kodeksov etike. Pri pregledu literature nismo zasledili nobene kvalitativne opazovalne raziskave, ki bi ugotavljala, kako se etičnih načel medicinske sestre dejansko držijo v praksi.

2 Metode

Namen kvalitativne raziskave je bil ugotoviti koliko medicinske sestre pri svojem delu upoštevajo etična načela oz. ali prihaja pri vsakodnevnem delu v zdravstveni negi do kršitve Kodeksa etike. Cilj kvalitativne raziskave je bil opozoriti na obstoj določenih neustreznosti z namenom ozaveščanja pripadnikov poklicne skupine in (samo)refleksije lastnega poklicnega delovanja z namenom izboljševanja na pacienta usmerjene zdravstvene obravnave.

2.1 Raziskovalna vprašanja

1) Kako se medicinske sestre vedejo do svojih pacientov in njihovih svojcev? 2) Kako se medicinske sestre vedejo znotraj zdravstvenega tima na relaciji medicinska sestra-zdravnik? 3) Kako se medicinske sestre vedejo do novih sodelavcev? Uporabljena je bila kvalitativna deskriptivna etnografska metoda s tehniko opazovanja z udeležbo.

2.2 Instrument raziskave

Instrument raziskave je predstavljal dnevnik, ki ga je opazovalec vodil v času opazovanja.

2.3 Vzorčenje

Vzorčenje je bilo priložnostno. Opazovani vzorec so predstavljali vsi zdravstveni delavci urgentne ambulante, ki so bili prisotni v izmeni v času, ko je bil v izmeni prisoten tudi opazovalec.

Urnik je opazovalcu določila vodja ambulante; opazovanje je potekalo v treh izmenah. Vzorcena je bila zdravstvena ustanova na sekundarnem nivoju. Zasičenosti vzorca nismo dosegli.

2.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Opazovanje z udeležbo je bilo kratkotrajno: potekalo je mesec dni in sicer od 1. aprila 2019 do 27. aprila 2019 in je bilo prikrito. Raziskava je potekala tako, da je opazovalec opravljal delo diplomiranega zdravstvenika po urniku, ki mu je bil dodeljen; po koncu izmene pa je v dnevnik zapisal svoja opažanja. Pred opazovanjem je bilo pridobljeno ustno soglasje glavne medicinske sestre. Opazovanje je potekalo v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije ter načeli Helsinško-Tokijske deklaracije. Zagotovljena je bila maksimalna stopnja anonimnosti; zakriti so vsi podatki, ki bi kakorkoli omogočili prepoznanje zdravstvene ustanove, zaposlenih ali pacientov. Zbrano gradivo v obliki dnevnika je bilo analizirano z metodo kvalitativne tematske analize po smernicah, ki jih opisuje Flick (2018): oblikovane so bile kategorije in tematska področja.

3 Rezultati

Oblikovanih je bilo 9 kategorij, ki so bile združene v 3 tematska področja; ene kategorije nismo mogli uvrstiti v nobeno izmed oblikovanih tem. V Tabeli 1 spodaj je prikazana razporeditev kategorij po tematskih področjih. V nadaljevanju sledijo citati, ki pojasnjujejo posamezno kategorijo.

Tabela 1: Razporeditev kategorij po tematskih področjih

Tematska področja	Kategorije
Neustrezne komunikacijske prakse	Nasilna komunikacija
	Pomanjkanje komunikacije
	Pomanjkanje sočutja
Nepripravljena zdravstvena oskrba	Nestrokovno izvajanje postopkov
	Nudenje nekompetentne zdravstvene oskrbe
Nepripraven odnos do pacientov in sodelavcev	Nespoštovanje pravice do izbire in odločanja
	Nespoštovanje dostojanstva in zasebnosti
	Nespoštovanje dela sodelavcev

Kategorija 1: Nasilna komunikacija

- Citat 1: »Ta postane besna, češ, da kaj se grem, da že cela (ime oddelka) skače po zraku in govori, da ne vem, kam moram«;
- Citat 3: »Na pacientkin krik s kletvico medicinska sestra nazaj odvrne: nasilni pa ne bomo!«;
- Citat 5: »Povprašam za zdravila, ker je neki pacient že večkrat vprašal zanje, pa mi odvrne nekaj v smislu: kaj težiš, jih bo že dobil na oddelku!«;
- Citat 6: »Tako jo poskušajo dati v plenico, pri čemer se upira, medicinska sestra pa jezno nazaj, da je to njena edina možnost«.

Kategorija 2: Prijaznost zdravstvenega osebja

- Citat 7: »Povprašam za zaščitne plašče, zdravstveni tehnik mi prijazno pokaže, kje so«;
- Citat 8: »Gospod povpraša za račko, pa jo od nekje prinesejo«;
- Citat 9: »... z otroci so vsi neprimerno bolj prijazni ...«;

Citat 10: »... pri odvzemih se s pacienti – večinoma so pokretni, urejeni, v srednjih letih ali mlajši – pogovarjajo spoštljivo, vljudno«;

Kategorija 3: Pomanjkanje komunikacije

Citat 12: »... slečejo jo, pri čemer ji ne razložijo, kaj bodo naredili, niti kaj delajo«;

Citat 15: »... gospoda umije brez opozorila ...«;

Citat 17: »Večinoma se pogovarjajo s starši, pri čemer tudi večji otroci sedijo in se dolgočasijo«;

Citat 19: »Gospo premeščajo na drugo ležišče; osebje se zbere okoli nje in jo z desko prestavi. Z gospo ne govorijo ...«;

Citat 20: »... nisem niti zasledil, da bi ji razložila, da jo bomo kateterizirali in kaj to pomeni«.

Kategorija 4: Pomanjkanje sočutja

Citat 23: »... razloži mi, da se pri njih vse paciente, ki ležijo, preobleče v preklanko, njihove stvari pa pospravi v vrečko«;

Citat 25: »Medicinske sestre pri odraslih pacientih večinoma avtomatično izvajajo postopke.«

Citat 26: »Osebje ga večinoma ignorira«;

Citat 27: »Vpraša jo, kako bi sicer hodila na stranišče in ji hkrati odgovori, da je ne moremo prenesto spremljati«.

Kategorija 5: Nestrokovno izvajanje postopkov

Citat 29: »... odvzem izvaja brez zaščitnih rokavic ...«;

Citat 30: »V oči mi padejo gelirani nohti zdravstvene tehničnice z različnimi vzorci«;

Citat 31: »Pri njegovi obravnavi nihče nima zaščitnega predpasnika«;

Citat 32: »... opozoril sem jo, da izvaja anogenitalno nego z razkužilnimi robčki ...«;

Citat 33: »... dežurna zdravnica je glasno, pri odprtih vratih komentirala, da namesto, da bi pacient šel k maši, je grešil, zato bo šel v pekel; kolegici sta se smejala ...«.

Kategorija 6: Nespoštovanje pravice do izbire in odločanja

Citat 34: »Na vprašanje ali gre lahko na stranišče, ji odgovorijo z: dobila boste pleničko«;

Citat 35: »Namestimo plenico; na vprašanje ali lahko dobi kahlico, je odgovor: nimamo«;

Citat 36: »... medicinska sestra mi naroči, da naj mu kar dam pleničko«;

Citat 37: »Druga kolegica gospe razloži, da ji bomo dali plenico, v smislu, da plenico mora imeti, ker drugače ne gre«.

Kategorija 7: Nespoštovanje dostojanstva in zasebnosti

Citat 39: »Nekaj časa leži kar gola ...«;

Citat 40: »... v prostor neprestano kdo vstopa ali izstopa ali gre mimo ...«;

Citat 41: »Gospod leži do večera na hodniku zaradi pomanjkanja prostora na oddelku«;

Citat 42: »... opazim, da se tudi večje otroke večinoma kar sleče do golega in goli čakajo stoje ali leže nekaj časa na pregled ...«.

Kategorija 8: Nudenje nekompetentne zdravstvene oskrbe

Citat 43: »Oba kontrolna odvzema plinske analize krvi izvede zdravstvena tehničnica ...«;

Citat 44: »Menjava urinskega katetra pri gospodu – poseg izvaja zdravstvena tehničnica ...«;

Citat 45: »... specializant izvaja odvzem brez nadzora, ni uspešen ...«.

Kategorija 9: Nespoštovanje dela sodelavcev

- Citat 48: »Kolegica mi požuga, da očitno imamo pri nas veliko časa za razkuževanje«;
- Citat 49: »... povprašam glede materiala za prevezo rane – medicinska sestra mi očitajoče pokaže, kje je, češ, da bi to lahko že vedel ...«;
- Citat 50: »Gospa z demenco želi oditi in veliko sprašuje, zato se z njo pogovarjam po načelih validacije. Ostale medicinske sestre me gledajo čudno ... pravijo, da naj se ne trudim ...«;
- Citat 52: »... študenti in zaposleni z drugih oddelkov so večinoma prepuščeni sami sebi, pogosto ignorirani s strani zaposlenih ...«;
- Citat 54: »... požugala mi je z roko, da naj pospravim perilo, kot da sem nekakšen suženj, brezizrazno, neučakano ...«.

4 Razprava

Medicinske sestre se do svojih pacientov vedejo različno. Čeprav lahko na splošno rečemo, da je odnos do pacientov korekten, je opazna precejšnja ambivalentnost, ki se kaže na dveh nivojih: prvič, posamezna medicinska sestra je v določenih okoliščinah prijazna in strokovna, v drugih pa osorna in rutinska in drugič, nekatere medicinske sestre so na splošno bolj prijazne, druge bolj strokovne, tretje pa bolj osorne. Opazili smo, da odnos do pacienta večkrat pogojujejo določene osebne okoliščine pacienta: v našem opazovanem vzorcu so na splošno slabše obravnavani pacienti bili starostniki, še posebej starostniki z določenim kognitivnim upadom (npr. demenco), nadalje pacienti, ki so bili videti zanemarjeni (npr. brezdomni pacienti) in istospolno usmerjeni pacienti. Do teh skupin so na splošno bolj negativen odnos gojile medicinske sestre, medtem ko so se zdravniki večinoma profesionalno obnašali do vseh skupin pacientov, razen do istospolno usmerjenih. V našem opazovanem vzorcu smo torej zaznali stigmatizacijo pacientov (tudi pozitivno), ter nekaj izkušenj diskriminacije posameznih pacientov.

Neprimeren odnos do pacientov smo zaznavali predvsem pri zgoraj omenjenih kategorijah pacientov; v našem opazovanem vzorcu se je kazal predvsem na dva načina: kot nespoštovanje pravice pacienta do izbire in odločanja in/ali kot nespoštovanje pacientovega dostojanstva in zasebnosti. Nespoštovanje pravice do izbire in odločanja se dogaja zaradi rutinskega poteka zdravstvene oskrbe, pa tudi zaradi pomanjkanja časa in/ali neustreznih materialnih in kadrovskih pogojev. Številnim pacientom se tako na primer že ob prvem stiku namesti inkontinenčni pripomoček z argumentom, da so slabo pokretni, da lahko padejo, ali pa da ne morejo (ne smejo) hoditi na stranišče. V tuji raziskavi so sicer pacienti ocenili spoštovanje s strani medicinskih sester in zagotavljanje njihovega dostojanstva, ter tudi zasebnosti, kot zelo dobro (Momennasab, et al., 2015), prav tako so ocenjevali, da osebne okoliščine pacienta, kot so spol, starost, rasa, kultura, dohodek ipd. ne vplivajo na zagotavljanje zdravstvene nege.

Drugi problem v opazovanem vzorcu predstavljajo neustrezne komunikacijske prakse, ki se kažejo kot občasno pomanjkanje komunikacije s pacienti, pogosto pomanjkanje sočutja do pacientov in občasno tudi nasilno komuniciranje s pacienti. Pacientom se večkrat ne razloži povsem, kaj se z njimi počne, niti se jih ne prosi za sodelovanje. Postopke se večkrat izvaja avtomatsko. Tudi v teh primerih se slabše godi zgoraj omenjenim stigmatiziranim skupinam pacientov, pri čemer se ne-komuniciranje oz. minimalno komuniciranje dogaja predvsem v odnosu do starostnikov, ki so slabše pokretni in/ali slabo slišijo in/ali imajo težave na kognitivnem področju, ter kadar jih ne spremljajo svojci. V tuji raziskavi tudi komunikacijo medicinskih sester s pacienti ocenjujejo kot zelo dobro (Momennasab, et

al., 2015). Paciente z demenco se večinoma ignorira in so prepuščeni sami sebi, v primeru otrok pa se, četudi ti govorijo ali so sploh dovolj veliki za sodelovanje, zdravniki večinoma pogovarjajo s starši. Medicinske sestre se večinoma pogovarjajo tudi z otroki in so z njimi prijazne. V primeru svojcev (največkrat so to hčere/sinovi pacienta oz. zakonski partnerji) smo opazili, da so ti sicer večinoma dobrodošli, vendar da se jim večinoma ne dovoli, da prisostvujejo pri zdravniškem pregledu pacienta, niti pri izvajanju medicinsko-tehničnih ali negovalnih intervencij v ambulantni, razen če odločno vztrajajo, da bodo skupaj s pacientom. V opazovanem vzorcu je nekaj zdravstvenih delavcev nekajkrat preseglo svoje kompetence in izvajalo postopke, za katere niso formalno izobraženi, čeprav imajo z njimi dolgoletne delovne izkušnje. Opazili smo nekaj odstopanj od standardov, predvsem pa je zaskrbljujoče neupoštevanje nekaterih predpisov za preprečevanje prenosa bolnišničnih okužb.

Odnosi znotraj zdravstvenega tima so kompleksni. V našem opazovanem vzorcu medicinske sestre večinoma delijo zdravnike na tiste, s katerimi rade delajo in tiste, s katerimi ne marajo delati. Nekajkrat se je tudi zgodilo, da so proces zdravljenja v primeru specializantov usmerjale dominantne medicinske sestre, ki so bile neučakane ali enostavno niso imele posluha za kolege zdravnike, ki se šele učijo. To lahko označimo kot pomanjkanje spoštovanja do drugih sodelavcev znotraj zdravstvenega tima; le-to je tudi precej opazno v odnosu med medicinskimi sestrami samimi. Predvsem so manj spoštovane mlajše kolegice in študentke zdravstvene nege.

Naše opazovanje je pokazalo rutinsko izvajanje negovalnih in medicinsko-tehničnih postopkov ter pomanjkanje kadra. To vodi do zdravstvene oskrbe, ki ni osredotočena in prilagojena na pacienta. Omejitve raziskave so v majhnem vzorcu (en oddelek) in kratkem času opazovanja; rezultatov ne moremo posplošiti. Prav tako rezultatov ne moremo primerjati z drugimi podobnimi raziskavami, saj so na področju etike dostopne maloštevilne raziskave, ki so večinoma raziskave stališč. Kljub temu, da ima večina pacientov z zdravstvenimi delavci v urgentni ambulanti dobre izkušnje (glej npr. Prestor, 2009), so izkušnje diskriminacije pri pacientih relativno pogoste (Hudelson, et al., 2010). Obstajajo namreč kategorije pacientov, ki so jim zdravstveni delavci manj naklonjeni in se do njih vedejo manj profesionalno. Izsledke raziskave lahko uporabimo za avtorefleksijo lastnega poklicnega delovanja; le tako bomo lahko neprekinjeno izboljševali na pacienta usmerjeno in kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo.

Literatura

- Bijani, M., Ghodsbin, F., Javanmardi, Fard, S., Shirazi, F., Sharif, F. & Tehranineshat, B., 2017. An evaluation of adherence to ethical codes among nurses and nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 10(6), pp. 1-8.
- Flick, U., 2018. *An introduction to qualitative research*. 6th ed. Los Angeles: SAGE Publications, pp. 473-492.
- Hudelson, P., Kolly, V. & Perneger, T., 2010. Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expectations*, 13(1), pp. 24-32.
- International Council of Nurses (ICN), 2012. *Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- Momennasab, M., Rahmanin Koshkaki, A., Torabizadeh, C. & Tabei, S.Z., 2015. Nurses' adherence to ethical codes: The viewpoints of patients, nurses, and managers. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 1-10.
- Prestor, L., 2009. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti Bolnišnice Golnik Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč. 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 312C.
- Yildiz, E., 2017. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing Ethics*, 24(1), pp. 1-21.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica-Zveza), 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Kodeks etike za babice Slovenije*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 3-10.

Ocene delodajalcev o doseganju kompetenc diplomantov zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

Employers' assessments of nursing graduates' competencies at the Angela Boškin Faculty of Healthcare

Mateja Bahun⁷
Sedina Kalender Smajlovič⁸
Sanela Pivač⁹
dr. Mirna Macur¹⁰

Izvleček

Teoretična izhodišča: Hitre spremembe v zdravstvu in večja kompleksnost obravnave so začeli spreminjati pričakovanja glede zdravstvene nege. Pomemben kazalnik preverjanja kakovosti na področju usposobljenosti diplomantov je ocena o doseganju kompetenc s strani delodajalcev. Namen prispevka je predstaviti ocene delodajalcev s področja zdravstvene nege o doseganju kompetenc diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja, s pomočjo vprašalnika, ki ga je izpolnilo 59 predstavnikov delodajalcev s področja zdravstvene nege. Zbirana so bila mnenja o doseganju posameznih kompetenc diplomantov (Cronbach Alpha = 0,973) in mnenja o pomembnosti posameznih kompetenc za predstavnike delodajalcev (Cronbach Alpha = 0,945). Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, t-testom in testom ANOVA ob upoštevanju statistični značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati: Delodajalci so ugodno ocenili doseganje kompetenc diplomantov. Povprečna vrednost na 5 stopenjski Likertovi lestvici strinjanja je bila od 3,41 do 4,51; kjer sta najvišjo oceno dobili kompetenci »poznavanje etičnih načel in kodeksa etike ZN« in »zagotavljanje pravice do zasebnosti in zaupnosti osebnih podatkov«, najnižjo pa »usposobljenost za vodenje tima ZN« in »sposobnosti delegiranja aktivnosti drugim glede na njihove sposobnosti in kompetence«.

Razprava: Delodajalci kompetencam pripisujejo zelo visoko pomembnost (vse povprečne vrednosti so bile višje od 4) zato ne preseneča, da so med pričakovanji delodajalcev in doseganjem kompetenc s strani diplomantov statistično značilne razlike. Analiza je pokazala dvoje: a) nesmotrnost nadaljnega merjenja pomembnosti posameznih kompetenc; b) uspešnost FZAB diplomantov pri doseganju kompetenc, ki se zdi vsestranska – vse ocene so relativno visoke, med delodajalci pa ni statistično značilnih razlik v oceni posameznih kompetenc, kar povečuje veljavnost ocen.

Ključne besede: kompetence, zdravstvena nega, diplomanti, izobraževanje

Abstract

Theoretical background: Rapid changes in healthcare and greater complexity of treatment have begun to change nursing expectations. An important indicator of quality assessment in the area of graduates' qualifications is the employers' assessment of the attained competence. The purpose of the paper is to present the assessment of nursing employers on the achievement of the competencies of graduates of the Angela Boškin Faculty of Healthcare.

Methods: A quantitative empirical research method was conducted using a questionnaire completed by 59 nursing employers' representatives. Opinions on the achievement of individual competencies of graduates (Cronbach Alpha = 0.973) and opinions on the importance of individual competencies for employer representatives (Cronbach Alpha = 0.945) were collected. Data were analyzed by descriptive statistics (t-test and ANOVA test) taking into account the statistical significance of $p < 0.05$.

Results: The achievement of graduates' competences was favorably assessed by employers. The mean on the 5-point Likert scale was ranged from 3.41 to 4.51 where the highest scores were given to the competencies

⁷ Mateja Bahun, prof. zdr. neg., mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, mbahun@fzab.si

⁸ Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, skalendersmajlovic@fzab.si

⁹ Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, spivac@fzab.si

¹⁰ izr. prof. dr. Mirna Macur, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, mmacur@fzab.si

“knowledge of ethical principles and codes of ethics in nursing” and “ensuring the right to privacy and confidentiality of personal data” and the lowest” ability to lead a nursing team” and “ability to delegate activities to others according to their abilities and competencies”.

Discussion: Employers attribute high importance to competencies (all average values were higher than 4). Therefore, it is not surprising that there are statistically significant differences between employers' expectations and the achievement of competencies. The analysis revealed two: a) the inability to further measure the importance of individual competencies; b) the performance of ABFHC graduates in the achievement of competencies which seems versatile – all grades are relatively high. However, there are no statistically significant differences in the assessment of individual competencies between employers which increases the validity of the grades.

Keywords: *competencies, nursing, graduates, education*

1 Uvod

Kompetenca pomeni biti zmožen ustrezno uporabiti rezultate učenja v različnih okoliščinah, najsi bodi v izobraževanju, pri delu, pri osebnem ali poklicnem razvoju (Muršak, 2012). Izraz kompetenca ima veliko pomenov, skupno jim je znanje, spretnost, stališča in vrednote. Fukada (2018) navaja, da je kompetenca sposobnost, ki je pridobljena z izkušnjami, ki se kažejo kot potencialne sposobnosti in delujejo v določenih motivacijskih okoliščinah, ko se pokaže uporabnost izkušenosti. Kotnik (2013) navaja, da kompetenc ni mogoče omejiti zgolj na kognitivno dimenzijo (uporabo teorije, konceptov in skritega znanja); vsebuje tudi uporabni vidik (s tehničnimi spretnostmi vred), medosebno delovanje (npr. socialne ali organizacijske spretnosti) in etične vrednote. Poklicne kompetence ali zmožnosti so kompetence, ki jih posameznik potrebuje za uspešno delovanje na določenem poklicnem področju. Delijo se na generične poklicne kompetence, ki so skupne za podobne poklice, in poklicno-specifične kompetence, ki so značilne za posamezne poklice oz. delovna področja. V zdravstveni negi so obravnavane kot bistvena sestavina poklica in lastnost medicinskih sester, ki jim omogoča zagotavljanje učinkovite zdravstvene nege (Garside & Nhemachena, 2013). Kot navaja Nehrih s sodelavci (2016) je doseganje kompetenc pri študentih zdravstvene nege pomembno za pozitivne interaktivne družbene spremembe v stroki zdravstvene nege, za vključevanje v delovno mesto, pridobivanje strokovne avtoritete in poklicne samozavesti. Kompetence študentov zdravstvene nege so opredeljene skozi Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege (2019), Direktivo 2005/36/EC, Direktivo 2013/55/EU, ki določa minimalne izobraževalne zahteve za medicinske sestre za splošno zdravstveno nego in formalne kvalifikacije, kjer morajo medicinske sestre doseči opredeljene kompetence ter EFN smernice za implementacijo 31. člena Direktive 2013/55/EU (EFN, 2015). Kot v svojem 55. členu govori Zakon o zdravstveni dejavnosti (2005), lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo, za svoje delo pa prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Študente, ki jih usposabljammo za samostojne izvajalce zdravstvene nege, vodje timov in povezovalce različnih strokovnih področij, želimo za to usposobiti preko zagotavljanja doseganja kompetenc. Kompetence študentov zdravstvene nege so pomembne in ključne v zdravstveni negi (Kirwa, 2016).

S pomočjo raziskave smo želeli preveriti, ali diplomanti visokostrokovnega študijskega programa Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) posedujejo ustrezna znanja in veščine za celovito poznavanje strokovnih področij na katerih temelji splošna zdravstvena nega, konkretno: ali dosegajo pričakovanja o usposobljenosti, ki jih imajo delodajalci, ter kako le ti ocenjujejo njihove dosežene kompetence?

2 Metode

Izvedena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. Postavljeni sta bili dve raziskovalni hipotezi (H):

H1: Delodajalci doseganje kompetenc pri diplomantih ocenjujejo kot dobre.

H2: Pričakovanja delodajalcev in dejansko doseganje kompetenc diplomantov FZAB se statistično pomembno ne razlikujejo.

2.1 Instrumentarij raziskave

Uporabili smo empirično neeksperimentalno kvantitativno raziskavo, podatke smo zbirali s tehniko anketiranja. Anketna vprašanja s področja kompetenc smo pripravili na podlagi EFN smernic (EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/ EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/ 55/ EU, 2015). Kompetence smo strnili v 38 trditev, ter uporabili 5 stopenjsko Likertovo lestvico. Doseganje posameznih kompetenc smo merili z lestvico strinjanja od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (zelo se strinjam); pomembnost posameznih kompetenc pa z lestvico pomembnosti od 1 (nepomembno) do 5 (izredno pomembno). Zanesljivost merske lestvice je zelo dobra (Ojsteršek & Škrjanec, 2012), Cronbach Alpha koeficient je 0,973 (lestvica strinjanja) in 0,945 (lestvica pomembnosti).

2.2 Opis vzorca

Anketo smo izvedli v novembru 2019 med predstavniki delodajalcev iz zdravstvenih ustanov, ki so hkrati tudi učne baze za študente FZAB. Ankete smo poslali v tiskani obliki na ime koordinatorja zadolženega za klinično usposabljanje. Učnih baz FZAB je 21, odgovore smo pridobili od 13 učnih baz. Skupno je odgovorilo 59 predstavnikov zaposlovalcev od 104 (opredelili smo jih kot vodilni ali vodstveni kader v zdravstveni negi, ki sodeluje pri odločitvah o zaposlovanju novega kadra), od tega 54 žensk in 4 moški. Zastopani so predstavniki delodajalcev na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva. Odzivnost je bila 56,7 %. Predstavniki delodajalcev so v povprečju stari 44 let in imajo 22 let delovne dobe.

2.3 Opis obdelave podatkov

Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS, s katerim smo izvedli opisno statistiko (frekvenčne porazdelitve, mere srednje vrednosti in standardni odklon), t-testom za dva odvisna vzorca in testom ANOVA. Upoštevali smo statistično značilnost $p < 0,05$.

3 Rezultati

Vsi odgovori delodajalcev o tem, kako diplomanti dosegajo kompetence imajo dokaj visoko povprečje – ni kompetence, ki jo diplomanti FZAB ne bi dosegali (vse povprečne vrednosti so višje od 3), s čimer potrjujemo hipotezo 1, obstaja le razlika v oceni, kako dobro jih dosegajo. Ugotavljamo tudi, da se ocene štirih večjih delodajalcev o kompetencah diplomantov FZAB med sabo statistično značilno ne razlikujejo, kar dokazuje veljavnost teh ocen. Edina izjema je bilo »Uveljavljanje in spoštovanje mednarodnih in nacionalnih poklicnih etičnih kodeksov ter etičnega vidika zagotavljanja zdravstvenega varstva« ($F=5,852$; $p=0,003$).

Tabela 1: Ocena doseganja kompetenc diplomantov zdravstvene nege FZAB s strani delodajalcev

Kompetence		PV	SO	t	sig.t
1.Poznavanje splošnih načel zdravja in zdravstvene nege	T1	4,33	0,51	-5,04	p<0,001
	Z1	4,76	0,43		
2.Prepoznavanje in ocenitev potreb pacientov po zdravstveni negi	T2	4,07	0,58	-8,69	p<0,001
	Z2	4,81	0,39		
3.Strokovne vsebine na katerih temelji zdravstvena nega	T3	4,19	0,63	-6,51	p<0,001
	Z3	4,8	0,41		
4.Pridobitev ustreznih kliničnih izkušenj, znanj in spretnosti	T4	4,05	0,71	-7,15	p<0,001
	Z4	4,8	0,41		
5.Uporaba in povezovanje teoretičnega in praktičnega znanja	T5	4,05	0,8	-5,92	p<0,001
	Z5	4,73	0,49		
6.Sodelovanje pri praktičnem usposabljanju negovalnega osebja	T6	4,25	0,83	-3,85	p<0,001
	Z6	4,72	0,45		
7.Samostojno svetovanje, vodenje in podpiranje oseb, ki potrebujejo zdravstveno nego in njihovih svojcev	T7	3,69	0,9	-7,54	p<0,001
	Z7	4,6	0,49		
8.Sposobnost samostojno zagotavljati, ocenjevati in vrednotiti kakovost zdravstvene nege	T8	3,85	0,93	-5,46	p<0,001
	Z8	4,61	0,49		
9.Poznavanje teorij in konceptov zdravstvene nege	T9	4,05	0,65	-1,76	p=0,083
	Z9	4,25	0,68		
10.Implementacija procesne metode dela v svojo poklicno prakso	T10	4,08	0,75	-0,85	p=0,401
	Z10	4,19	0,63		
11.Sposobnost oceniti kakovost zdravstvene nege za izboljšanje svoje lastne poklicne prakse	T11	4,05	0,8	-3,16	p=0,002
	Z11	4,44	0,62		
12.Samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja (TPO)	T12	4,21	0,87	-4,8	p<0,001
	Z12	4,82	0,43		
13.Sposobnost izvajati ukrepe v kriznih razmerah in v primeru nesreč	T13	3,79	1,1	-5,59	p<0,001
	Z13	4,6	0,53		
14.Sposobnost sodelovanja pri realizaciji diagnostično terapevtskega programa	T14	4,14	0,73	-4,52	p<0,001
	Z14	4,58	0,5		
15.Sposobnost izvajanja medicinsko tehničnih postopkov in intervencij zdravstvene nege	T15	4,28	0,7	-4,28	p<0,001
	Z15	4,72	0,45		
16.Usposabljanje posameznikov, družin in skupnosti za preventivo, skrb za zdravje in zdrav način življenja ter samopomoč	T16	3,8	0,94	-5,45	p<0,001
	Z16	4,45	0,5		
17.Posamezniku pomagati ohraniti osebno avtonomnost in odnos z okoljem v zdravju in bolezni	T17	4,12	0,8	-3,45	p=0,001
	Z17	4,47	0,54		
18.Znanje o odnosu med zdravstvenim stanjem človeka ter njegovim fizičnim in socialnim okoljem	T18	4,04	0,79	-3,33	p=0,002
	Z18	4,41	0,53		
19.Sposobnost poučevati odraslo populacijo (andragogika)	T19	3,73	0,99	-4,97	p<0,001
	Z19	4,33	0,61		
20.Sposobnost za kritično razmišljanje	T20	3,96	0,76	-4,49	p<0,001
	Z20	4,5	0,57		
21.Prepoznavanje in ocenitev potreb pacientov po zdravstveni negi	T21	4,36	0,64	-4,32	p<0,001
	Z21	4,76	0,47		
22.Znanje o primernem pristopu k reševanju težav in konfliktov	T22	3,85	0,89	-5,03	p<0,001
	Z22	4,55	0,54		
23.Timsko sodelovanje v okviru negovalnega in multidisciplinarnega tima	T23	4,32	0,64	-4,19	p<0,001
	Z23	4,73	0,45		

Kompetence		PV	SO	t	sig.t
24.Sposobnost celovite profesionalne komunikacije s pacienti in sodelavci	T24	4,12	0,71	-6,38	p<0,001
	Z24	4,75	0,43		
25.Delovanje v multikulturnem okolju	T25	4,09	0,76	-4,01	p<0,001
	Z25	4,47	0,54		
26.Uporaba negovalne anamneze, negovalnega poročila in druge dokumentacije v zdravstveni negi	T26	4,25	0,7	-2,32	p=0,024
	Z26	4,53	0,54		
27.Uporaba negovalnih diagnoz	T27	3,88	0,85	-1,86	p=0,068
	Z27	4,11	0,79		
28.Uporaba elektronskega dokumentiranja v zdravstveni negi	T28	3,84	0,88	-3,45	p=0,001
	Z28	4,31	0,66		
29.Poznavanje etičnih načel in kodeksa etike zdravstvene nege	T29	4,51	0,68	-2,82	p=0,007
	Z29	4,78	0,42		
30.Uveljavljanje in spoštovanje človekovih pravic ob upoštevanju njihovih mnenj, prepričanj in vrednot	T30	4,47	0,6	-1,86	p=0,067
	Z30	4,64	0,52		
31.Zagotavljanje pravice do zasebnosti in zaupnosti podatkov	T31	4,51	0,57	-3,96	p<0,001
	Z31	4,82	0,43		
32.Prepoznavanje omejitev pri obsegu v lastni praksi in kompetencah	T32	4,09	0,62	-5,52	p<0,001
	Z32	4,59	0,5		
33.Poznavanje zakonodaje in zakonskih določb	T33	3,92	0,85	-4,01	p<0,001
	Z33	4,38	0,6		
34.Implementacija znanstvenih izsledkov v prakso podprto z dokazi	T34	3,78	0,82	-3,11	p=0,003
	Z34	4,17	0,72		
35.Usposobljenost za raziskovanje, pripravo člankov in publiciranje v zdravstveni negi	T35	3,87	0,93	-0,77	p=0,444
	Z35	3,98	0,66		
36.Usposobljenost za vodenje tima zdravstvene nege	T36	3,41	1,17	-4,86	p<0,001
	Z36	4,19	0,73		
37.Načrtovanje, organiziranje in izvajanje zdravstvene nege	T37	4	0,9	-3,61	p=0,001
	Z37	4,55	0,69		
38.Sposobnost delegiranja aktivnosti drugim glede na njihove sposobnosti in kompetence	T38	3,51	1,03	-5,48	p<0,001
	Z38	4,33	0,67		
Paired Samples Correlations					

Legenda: PV = povprečje; SO = standardni odklon; T = doseganje kompetenc diplomantov FZAB (5 stopenjska lestvica strinjanja); Z = pričakovanja delodajalcev o posameznih kompetencah (5 stopenjska ocena pomembnosti)

Tako se zdijo diplomanti FZAB najmanj sposobni voditi tim zdravstvene nege (PV=3,41; SO=1,17). Podobno velja za kompetenco sposobnosti delegiranja aktivnosti drugim glede na njihove sposobnosti in kompetence (PV=3,51; SO=1,03). Najvišje so ocenjene kompetence zagotavljanja pravice do zasebnosti in zaupnosti podatkov (PV=4,51; SO=0,57), poznavanje etičnih načel in kodeksa etike zdravstvene nege (PV=4,51; SO=0,68), ter uveljavljanje in spoštovanje človekovih pravic ob upoštevanju njihovih mnenj, prepričanj in vrednot (PV=4,47; SO=0,6).

Predstavnike delodajalcev smo povprašali tudi o tem, koliko opredeljujejo, da je posamezna kompetenca pomembna za zaposlene v zdravstveni negi. Vse kompetence so izredno visoko ocenili, vse presegajo povprečno vrednost 4. Najnižje so ocenjene: usposobljenost za raziskovanje, pripravo člankov in publiciranje v zdravstveni negi (PV=4,02; SO=0,66) uporaba negovalnih diagnoz (PV=4,1; SO=0,78), implementacija procesne metode dela v svojo poklicno prakso (PV=4,19; SO=0,63), implementacija znanstvenih izsledkov

v prakso podprto z dokazi (PV=4,19; SO=0,71), usposobljenost za vodenje tima zdravstvene nege (PV=4,2; SO=0,71). Najvišje pa so ocenjene kompetence: zagotavljanje pravice do zasebnosti in zaupnosti podatkov (PV=4,83; SO=0,42), samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja (TPO) (PV=4,83; SO=0,42), prepoznavanje potreb in izvajanje zdravstvene nege posebnih skupin uporabnikov (PV=4,81; SO=0,39), pridobitev ustreznih kliničnih izkušenj, znanj in spretnosti (PV=4,8; SO=0,41), strokovne vsebine na katerih temelji zdravstvena nega (PV=4,8; SO=0,41). Zelo visoke povprečne vrednosti pomenijo ali nekritičnost teh ocen, ali pa dejstvo, da so vse kompetence zelo pomembne. Ko smo izločili anketirance, ki so vsem 38. kompetencam pripisali vrednost 5 (izredno pomembno), smo dobili še vedno zelo visoke povprečne vrednosti (od 3,88 do 4,81).

S t-testom za dva odvisna vzorca smo preverjali ali obstajajo statistično značilne razlike med oceno delodajalcev koliko je posamezna kompetenca pomembna za delo v kliničnem okolju in oceno doseganja kompetenc diplomantov. Zanimivo je, da med oceno pomembnosti posamezne kompetence s strani delodajalcev in doseganjem le teh s strani diplomantov FZAB obstajajo statistično značilne razlike pri 33. kompetencah od 38 (Tabela 1). S tem smo zavrnilo hipotezo 2. Razlik nismo našli pri kompetencah: poznavanje teorij in konceptov zdravstvene nege ($p=0,083$), implementacija procesne metode dela v svojo poklicno prakso ($p=0,401$), uporaba negovalnih diagnoz ($p=0,068$), uveljavljanje in spoštovanje človekovih pravic ob upoštevanju njihovih mnenj, prepričanj in vrednot ($p=0,067$) in usposobljenost za raziskovanje, pripravo člankov in publiciranje v zdravstveni negi ($p=0,444$).

4 Razprava

Novo izobraženi kadri morajo v delovno okolje stopiti čimbolj strokovno pripravljene in usposobljene. Izobraževalni programi v zdravstveni negi so namenjeni usposabljanju medicinskih sester, ki bodo sposobne izpolnjevati standarde in dosegati opredeljene kompetence. Za razvoj stroke v profesijo so potrebni formalno pridobljeno znanje, kompetence, sposobnosti in vrednote za razvojno delo v zdravstveni negi, ki lahko generirajo razumevanje razvojnih kompetenc in uresničevanje z dokazi podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2017). Torej pomembno vlogo pri zavedanju lastne vloge študentov zdravstvene nege, predstavlja učinkovito postavljen pedagoški proces, saj je ravno kakovost zdravstvene oskrbe pozitivno povezana z izobraževanjem v zdravstveni negi (Dimitriadou, et al., 2015), kakovost izobraževanja pa predstavlja dejavnik, ki vpliva na doseganje kompetenc diplomantov zdravstvene nege v kliničnem okolju (Istomina, 2011). Ličen in Plazar (2015) navajata da delodajalci pričakujejo, da diplomanti ne bodo samo sposobni varno in neodvisno delovati, temveč tudi, da bodo po zaposlitvi v kliničnem okolju čimprej 100 % kompetentni za samostojno delo. Ličen in Plazar (2019) sta v svoji raziskavi prepoznali univerzalne kompetence v zdravstveni negi za diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike v Sloveniji. Identificirali sta sedem faktorjev: klinična in poklicna uspešnost v zdravstveni negi, profesionalna komunikacija in kakovost v zdravstveni negi, dejavniki zdravja in varnosti v zdravstveni negi, kritično razmišljanje in lastno planiranje poklicnega dela, novo znanje in prenos znanja na področju zdravstvene nege, upravljanje in usklajevanje v zdravstveni negi ter raziskovanje v zdravstveni negi. Pomemben doprinos pri razumevanju izobraževanja v zdravstveni negi daje EFN Matrix on 4 Categories of the Nursing Care Continuum (EFN Workforce Committee, 2014 cited in Skela-Savič, 2015), ki opredeli štiri kategorije izvajalcev zdravstvene nege, ter nadalje EFN smernice za implementacijo člena 31 (2015), ki smo jih uporabili za spremljanje kompetenc diplomantov FZAB. Woods in sodelavci (2015) ugotavljajo, da so študenti na koncu tretjega letnika čutijo dobro pripravljene za delo v praksi, za kar menijo,

da so najbolj zaslužne izkušnje iz simuliranega okolja. Ravno tako so visoko ocenili pomen dela v kliničnem okolju v času študija za samostojno delo po diplomiranju. Po pregledu nekaterih raziskav na področju kompetenc študentov v Sloveniji ugotovimo, da Mlinar Reljić in sodelavci (2016) na osnovi izvedene raziskave na vzorcu 134 študentov 3. letnika zdravstvene nege dodiplomskega študija navajajo rezultate samoocene študentov o usposobljenosti s področja ICN-kompetenc poklicne, etične in pravne prakse in ugotavljajo, da je raven usposobljenosti študentov visoka. V Sloveniji dva mehanizma pomagata pri zagotavljanju doseganja kompetenc v praksi zdravstvene nege: akreditacija izobraževalnih programov in licenciranje izvajalcev zdravstvene nege (Ličen & Plazar, 2015). Izobraževalni programi na FZAB so usklajeni z aktualno zakonodajo, kompetence, ki naj jih študenti tekom študij dosegajo so opredeljene.

Izobraževalna, kulturna, individualna, strokovna in medpoklicna, raziskovalna, klinična in praktična področja so bila opredeljena kot področja kompetenc študentov zdravstvene nege (Nehrir, et al., 2016). Spekter znanj, veščin in spretnosti, ki se jih pričakuje od diplomanta visokošolskega študija zdravstvene nege je torej zelo širok. Zanimalo nas je kako doseganje kompetenc diplomantov ocenjujejo tisti, ki te kompetence tudi pričakujejo, torej delodajalci. S strani delodajalcev najbolj opredeljene kompetence, ki jih dosegajo diplomanti FZAB, so povezane z več vidiki zagotavljanja dostojanstva pacientov, to so uveljavljanje in spoštovanje človekovih pravic ob upoštevanju njihovih mnenj, prepričan in vrednot, poznavanje etičnih načel in kodeksa etike zdravstvene nege in zagotavljanje pravice do zasebnosti in zaupnosti podatkov. Vse našteje kompetence so zelo visoko ocenjene. Delodajalci tudi menijo, da so diplomanti najmanj sposobni voditi tim zdravstvene nege in delegirati aktivnosti drugim glede na njihove sposobnosti in kompetence kar je razumljivo, saj te vloge kot diplomanti še ne sprejemajo in gre za kompetenco, ki se razvije z leti in pa glede na pozicijo ki jo posameznik zaseda v delovni organizaciji. Najvišje pa delodajalci ocenjujejo kompetence s področja zagotavljanja dostojanstva pacientom, kar je močno povezano z etičnimi vrednotami posameznika in poklica zdravstvene nege. Poklicne vrednote medicinskih sester vključujejo dostojanstvo in spoštovanje, varovanje zasebnosti, odgovornosti, varnosti pacienta, odgovornosti, usposobljenosti, sodelovanja, poklicnega vedenja, zavezanosti do pacienta, odgovornosti za prakso, dolžnosti do sebe in vloge pri napredovanju poklica (Gallegos & Sortedahl, 2015).

Na vprašanje kako pomembne so posamezne kompetence za prakso zdravstvene nege, delodajalci kompetence izredno visoko ocenjujejo, saj vse presegajo povprečno vrednost 4. Najnižje so zopet ocenjene kompetence, ki se ne smatrajo nujno potrebne za neposredno delo ob pacientu, kot so: usposobljenost za raziskovanje, pripravo člankov in publiciranje v zdravstveni negi, uporaba negovalnih diagnoz, implementacija znanstvenih izsledkov v prakso podprto z dokazi. Nizko je ocenjena tudi kompetenca implementacija procesne metode dela v svojo poklicno prakso, kar pa lahko razložimo s tem, da v veliko ustanovah v praksi zdravstvene nege proces sicer poznajo, ga pa ne uporabljajo pri vsakdanjem delu. Najvišje so ocenjene kompetence vezane na dostojanstvo pacientov kot zagotavljanje pravice do zasebnosti in zaupnosti podatkov, ter kompetence ki se smatrajo kot pomembne za nemoteno delo ob pacientu: samostojno začeti takojšnje ukrepe za ohranjanje življenja (TPO), prepoznavanje potreb in izvajanje zdravstvene nege posebnih skupin uporabnikov (starostniki, otroci...), pridobitev ustreznih kliničnih izkušenj, znanj in spretnosti, strokovne vsebine na katerih temelji zdravstvena nega.

Pri petih kompetencah, kjer nismo mogli dokazati statistično značilne razlike med ocenjenimi pomembnosti posamezne kompetence s strani delodajalcev in doseganjem kompetence pri FZAB diplomantih se kažejo značilnosti. Kompetenca uveljavljanje in spoštovanje človekovih pravic ob upoštevanju pacientovih mnenj, prepričan in vrednot je visoko ocenjena

tako s strani doseganja diplomantov kot pomena, ki ji jo dajejo delodajalci. Sovpada z dostojanstvom posameznika, kar je pomembna vrednota v zdravstveni negi in nas ne preseneča. Ostale štiri kompetence (poznavanje teorij in konceptov zdravstvene nege, implementacija procesne metode dela v svojo poklicno prakso, uporaba negovalnih diagnoz, usposobljenost za raziskovanje, pripravo člankov in publiciranje v zdravstveni negi) ravno tako ne presenečajo. Statistično pomembne razlike nismo ugotovili, ker so vse kompetence ocenjene nižje; tako ocena doseganja kompetenc s strani FZAB diplomantov kot pomen, ki jim jih dajejo delodajalci. To so kompetence, ki se v praksi dojemajo kot teoretične, abstraktne in manj uporabne v neposrednem delu s pacienti. Procesna metoda dela je od teh štirih kompetenc še najbolj povezana z vsakodnevno prakso ob pacientu, vendar nizko oceno pripisujemo dejstvu, da se ta način dela ne uporablja v vseh kliničnih okoljih in je zatorej za določena okolja še vedno precej teoretična.

Omejitve raziskave: Našo anketo je skrbno izpolnilo 59 predstavnikov zaposlovalcev, bi pa večji realizirani vzorec lahko prinesel drugačne rezultate. Vprašalnik ni bil dolg, je bil pa strnjen. Seznam 38. kompetenc so respondenti prebrali dvakrat: prvič v smislu doseganja kompetenc diplomantov FZAB in drugič v smislu pomembnosti posameznih kompetenc. Drugi del vprašalnika po našem mnenju ne deluje dobro – odgovori so previsoki (vsa povprečja višja od 4), kar lahko kaže ali na nekritično odgovarjanje ali na visoko pomembnost vseh kompetenc. Nagibamo se drugi interpretaciji, zato menimo, da je ta del vprašalnika neveljaven in ga bomo v bodoče izpustili. To bo skrajšalo vprašalnik in omogočilo večji realiziran vzorec in torej veljavnejše rezultate prvega dela vprašalnika, ki nam je zelo pomemben.

5 Zaključek

Trenutno se soočamo z resno situacijo pomanjkanja medicinskih sester v svetovnem in ne samo slovenskem merilu. Izobraževalne ustanove imajo pomembno nalogo oblikovati študente zdravstvene nege v kompetentne izvajalce zdravstvene nege. Kompetence, ki jih mora diplomant osvoji v času študija je potrebno nenehno in redno nadgrajevati ves čas poklicne poti. Delodajalci pa si želijo kader, ki bo v čim krajšem času po diplomi samostojno prevzel dela in naloge, brez dolgotrajnega uvajanja v delo. Z diplomanti FZAB in njihovimi doseženimi kompetencami od končanju študija so predstavniki delodajalcev zadovoljni, kar potrjuje načine dela in usmeritve fakultete kot dobre. Doseganje kompetenc diplomantov FZAB s strani diplomantov bomo merili tudi v prihodnje, saj zagotavljajo pomembno povratno informacijo o kakovosti dela visokošolskih učiteljev in sodelavcev FZAB. Ugotavljamo pa, da preverjanje pomembnosti posameznih kompetenc za delodajalce ni potrebno, saj te meritve niso veljavne, ker so vse našteje kompetence pomembne. Z odstranitvijo polovice vprašalnika se lahko v prihodnje nadejamo večjemu realiziranemu vzorec delodajalcev.

Zahvala: Avtorji se zahvaljujejo Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport kot financerju. Zahvaljujejo se tudi vsem predstavnikom delodajalcev, ki so sodelovali v raziskavi.

Literatura

Dimitriadou, M., Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Theodorou, M., 2015. Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nursing & Health Sciences*, 17, pp. 236-242.

Direktiva 2013/55/EU evropskega parlamenta in sveta, 2013. Uradni list Evropske unije.

- EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Fukada, M., 2018. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), pp.1-7.
- Gallegos, C. & Sortedahl, C., 2015. An Exploration of Professional Values Held by Nurses at a Large Free-standing Pediatric Hospital. *Pediatric Nursing*, 41(4), pp. 187-195.
- Garside, J.R. & Nhemachena, J.Z., 2013. A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), pp. 541-545.
- Istomina, N., Suominen, T., Razbadauskas, A., Martinkenas, A., Meretoja, R. & Leino-Kilpi, H., 2011. Competence of nurses and factors associated with it. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 4, pp. 230-237.
- Kirwa, L., 2016. *Clinical skills competence of nursing students: Bachelor thesis*. Lahti: Lahti University of Applied sciences.
- Kotnik, R., 2013. *Nova paradigma v izobraževanju: je manj več?* [pdf] Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta Maribor & Subkulturni azil, zavod za umetniško produkcijo in založništvo. Available at: http://www.ljudmila.org/subkulturni-azil/front/img/admin/file/Kotnik_Rudi_-_Nova_paradigma_v_izobrazevanju.pdf [Accessed 23 February 2019].
- Ličen, S. & Plazar, N., 2015. Identification of nursing competency assessment tools as possibility of their use in nursing education in Slovenia - A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 35(4), pp. 602-608.
- Ličen, S. & Plazar, N., 2019. Developing a Universal Nursing Competencies Framework for Registered Nurses: A Mixed-Methods Approach. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(4), pp. 459-469.
- Mlinar Reljić, N., Šostar Turk, S. & Pajnkihar, M., 2016. Samoocena usposobljenosti študentov zdravstvene nege na podlagi ICN-ovih kompetenc. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 215-223.
- Muršak, J., 2012. *Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
- Nehrir, B., Vanaki, Z., Mokhtari Nouri, J., Khademolhosseini, S.M. & Ebadi, A., 2016. Competency in Nursing Students: A Systematic Review. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 4(1), pp. 3-11.
- Ojsteršek, M. & Škrjanec, A.L., 2012. *Ocenjevanje zanesljivosti merjenja s koeficienti Cronbach alfa, omega in koeficienti iz metode SEM: uporaba Monte Carlo simulacij: Magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320-333.
- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of advanced nursing*, 73(1), pp. 1910-1923.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23/05.
- Woods, C., West, C., Mills, J., Park, T., Southern, J. & Usher, K., 2015. Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice. *Collegian*, 22(4), pp. 359-368.

Klinično mentorstvo in učne metode v kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege

Mentoring and methods of work in the clinical training of nursing students

Manca Pogačnik Žebovec¹¹
dr. Irena Trobec¹²

Izvleček

Teoretična izhodišča: Učenje v kliničnem okolju naj bi potekalo pod nadzorom kliničnega mentorja. Klinično usposabljanje je način učenja, ki študentu omogoči svojstven način pridobivanja znanja in praktičnih izkušenj. Pri tem igra veliko vlogo usposobljenost kliničnega mentorja.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno raziskovalno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo ankete. V namenski vzorec je bil vključen 201 klinični mentor iz šestih splošnih bolnišnic po Sloveniji ter štirih zdravstvenih domov iz Gorenjske. Podatke smo obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 20. Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani z bivariantno analizo. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

Rezultati: Ugotovili smo, da klinični mentorji v povprečju na dan namenijo delu s študentom 3,43 ure, njihova povprečna samoocena znanja s področja didaktike je 3,4. Rezultati t-testa nam pokažejo, da se z večanjem časa za izvajanje kliničnega mentorstva večja tudi uporaba učne metode demonstracije ($p=0,049$), ter da samoocena znanja s področja didaktike kliničnih mentorjev vpliva na načrtovanje kliničnega usposabljanja ($p=0,037$).

Razprava: Uporaba določenih učnih metod pri delu s študenti je povezana s časom, ki ga imajo klinični mentorji za izvajanje kliničnega mentorstva. Vključeni klinični mentorji se zavedajo pomanjkanja znanja iz didaktike ter učnih metod. Klinični mentorji morajo stremeti k temu, da znanje podajajo čim bolj učinkovito.

Ključne besede: klinično mentorstvo, klinično usposabljanje, klinični mentor, učne metode

Abstract

Introduction: Learning in the clinical environment should be performed under the supervision of a clinical mentor. Clinical training is a way of learning that enables students to gain knowledge and experiences uniquely. In this respect, the qualification of a mentor plays a crucial role.

Aim: The bachelor's thesis aimed to establish to what extent clinical mentors employ teaching methods in their work with students in the clinical setting and to explore their opinions on the impact of teaching methods on clinical training, the relevance of planning and setting goals, and the final self-assessment of the clinical mentor.

Method: A quantitative, non-experimental research paradigm was employed. A survey was used to explore the described phenomenon. The purposive sample comprised 201 clinical mentors working across six different general hospitals in Slovenia and four community health centers from the Gorenjska region. The data were analyzed using the statistical package SPSS for Windows, version 20. Obtained quantitative data were analyzed with bivariate analyses. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Our study results revealed that, on average, clinical mentors dedicate 3.43 hours a day to working with students and that the result for their mean self-assessed teaching skills was 3.4. T-test results revealed that an increase of time spent being involved in clinical mentorship correlated positively with the use of the demonstration method ($p=0.049$) and that the clinical mentors' self-assessed teaching skills had an impact on the planning of clinical training ($p=0.037$).

Discussion: The use of certain teaching methods in working with students correlates with the amount of time that clinical mentors spend performing clinical training. The participating mentors are aware of their lack of teaching knowledge and knowledge of teaching methods. Clinical mentors must strive towards a more effective transmission of knowledge.

Keywords: clinical mentorship, clinical training, clinical mentor, teaching methods

¹¹ Manca Pogačnik Žebovec, mag. zdr. neg., Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija, manca.pogacnik@gmail.com

¹² doc. dr. Irena Trobec, Slovenija, itrobec@gmail.com

1 Teoretična izhodišča

Klinično mentorstvo je vodenje in podpora, ki jo v različnih oblikah mladi osebi ali začetniku zagotavlja izkušena oseba (klinični mentor), ki prevzame vlogo vzornika, vodnika, tutorja, inštruktorja ali zaupnika (Muršak, 2012; Kaihlanen, et al., 2013). Je edinstveno, dinamično, vzajemno razmerje, ko strokovnjak (klinični mentor) pomaga drugemu (študentu) pri uspešnem razvoju njegove poklicne poti, odnos se skozi čas razvija in je bistven za rast in razvoj študenta (Wood, 2018). Znanje in izkušnje, ki jih študenti pridobivajo v okviru kliničnega usposabljanja v realnem kliničnem okolju, so nujno potrebne za njihovo prihodnje odgovorno delo v zdravstveni negi, kjer prostora za napake ni. Dejavnikov, ki vplivajo na pridobivanje znanja študentov na kliničnem usposabljanju, je več, med pomembnejšimi dejavniki so spodbudno učno okolje ter metode in pristopi, ki so uporabljeni pri poučevanju. Klinično usposabljanje je način izobraževanja, ki poteka v kliničnem okolju in je namenjeno pridobivanju praktičnih spretnosti ter delovnih izkušenj (Muršak, 2012). Poteka kakovostno, če je vnaprej načrtovano z določeno vsebino in predvidenimi cilji, ki jih študenti dosežejo med kliničnim usposabljanjem (Skela Savič, et al., 2009; Kermavnar & Govekar - Okoliš, 2016).

Didaktika je izobraževalno področje, ki oblikuje učni proces in pomeni posredovanje ciljev, vsebin ter metod poučevanja, ki so pomembni dejavniki za učenje (Alves, et al., 2017). K doseganju učnih ciljev nas vodijo učne metode, ki so načrtovana ravnanja, katerih cilj je kakovost učnega procesa (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). So način dela in preverjeni načini učinkovite komunikacije med kliničnimi mentorji in študenti v učnem procesu (Ličen, 2009; Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Cvetek (2019, p. 33) učne metode označi kot »bolj praktični izraz in pomeni skupek strategij, tehnik ali postopkov, ki jih učitelji uporabljajo pri poučevanju«. Na izbiro učnih metod vplivajo objektivni dejavniki (cilji, vsebina, didaktično okolje in čas) ter subjektivni dejavniki (klinični mentorji in študenti) (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Razvrščanje učnih metod je različno, vendar imajo vse razvrstitve veliko skupnega (Kubale, 2018).

Izraz mentor v Sloveniji uporabljamo kot opis stopnje v kariernem razvoju strokovnega delavca oziroma za osebo, katera spodbuja, vodi in usmerja proces učenja pri študentih (Krek & Metljak, 2011; Muršak, 2012; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Skela Savič s sodelavci (2009) kliničnega mentorja imenujejo zaposleno osebo z ustrezno strokovno izobrazbo, ki ima najmanj tri leta delovnih izkušenj, licenco za opravljanje dela v zdravstveni negi in končano usposabljanje za klinične mentorje. Chen s sodelavci (2016) navaja, da bi bilo potrebno vse klinične mentorje vključiti v usposabljanje za klinične mentorje ter jih redno ocenjevati, da se zagotovi visoka kakovost kliničnega usposabljanja ter da študenti pridobijo pozitivne izkušnje iz kliničnega okolja. Jasen opis kliničnega mentorstva je bistvenega pomena za učinkovitost izvajanja le tega. Enotno klinično mentorstvo omogoča razviti ustrezen program za izobraževanje kliničnih mentorjev (Jokelainen, et al., 2011). Pri izvajanju kliničnega mentorstva se klinični mentorji velikokrat srečujejo s težavo, kako študentom na kliničnem usposabljanju posredovati svoje praktično znanje, saj imajo premalo pedagoško- andragoških izkušenj (Lorber & Donik, 2009). Govekar – Okoliš & Kranjčec (2018) dodajata, da k učinkovitemu učenju in delu študentov na kliničnem usposabljanju pomembno pripomorejo učne metode, o katerih naj bi vsi klinični mentorji imeli ustrezna znanja, kar s svojo raziskavo dokazuje tudi Eddins s sodelavci (2011). Katero učno metodo klinični mentorji izberejo, je zdaj prepuščeno vsakemu posamezniku (Lorber & Donik, 2009), pomembno je, da klinični mentorji učno metodo prilagodijo individualno glede na sposobnost, spretnost in samoiniciativnost študentov (Govekar – Okoliš, et al., 2010; Borneuf, 2010 cited in Faydali & Çayır, 2016). Da pa lahko klinični mentorji ocenjujejo napredek študentov, so

potrebni cilji, ki imajo pomembno vlogo in se določijo glede na učni načrt (Huybrecht, et al., 2011; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Izražajo tisto, kar želimo, da se študenti na kliničnem usposabljanju naučijo. Bolj so cilji natančno opredeljeni, bolj učinkovito lahko izvedemo klinično usposabljanje ter lažja je njihova evalvacija (Anderson, et al., 2016; Kubale, 2018). Potrebno je, da klinični mentorji naredijo načrt kliničnega usposabljanja, s tem oblikujejo cilje kliničnega usposabljanja ter načrtujejo učne metode, ki bodo uporabljene pri poučevanju študentov (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016).

V raziskavi smo preverjali uporabo učnih metod, ki jih klinični mentorji uporabljajo pri izvajanju kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege, glede na čas, ki ga imajo za izvajanje kliničnega mentorstva. Preverjali smo tudi načrtovanje ter postavitev ciljev kliničnega usposabljanja glede na samooceno znanja kliničnega mentorja s področja didaktike.

2 Metode

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi dela.

2.1 Hipoteze

H1: Obstaja statistično značilna povezava med uporabo učnih metod demonstracije, razlaganja in spodbujanja ter časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu. Klinični mentorji, ki imajo več časa za izvajanje kliničnega mentorstva (več kot 3 ure), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učne metode demonstracije, razlaganja ter spodbujanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo za klinično mentorstvo manj časa.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika pri kliničnih mentorjih glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja s področja didaktike, načrtujejo ter postavijo cilje kliničnega usposabljanja, za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo.

2.2 Opis instrumenta

Anketa je bila sestavljena za potrebe priprave magistrskega dela. Oblikovana je bila na podlagi pregleda slovenske in tuje literature pri čemer smo kot izhodišče vzeli spoznanja avtorjev podobnih raziskav. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o socialno demografskih značilnostih anketirancev, drugi in tretji sklop je vseboval trditve, do katerih so klinični mentorji na Likertovi merski lestvici opredelili svoja stališča o kliničnem mentorstvu ter uporabi didaktike pri kliničnem mentorstvu. V četrtem sklopu vprašalnika sta bili dve vprašanji o pogostosti uporabe učnih metod. Sledilo je vprašanje odprtega tipa, kjer so anketiranci napisali na katerih področjih si želijo dodatnih izobraževanj za kakovostnejše izvajanje kliničnega mentorstva ter eno dihotomno vprašanje o želji po dodatnem izobraževanju s področja didaktike. Vprašalnik se je zaključil z odprtim vprašanjem, kjer so anketiranci napisali predloge in pripombe, ki jih želijo dodati glede na obravnavano temo.

Zanesljivost inštrumenta smo testirali po metodi koeficienta Cronbach alfa. Zanesljivost vprašalnika smo testirali po sklopih. Cronbach alfa je pri vseh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Field, 2009).

2.3 Opis vzorca

Vzorec je namenski. V raziskavo je bil vključen 201 klinični mentor, ki izvajajo klinično mentorstvo študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju, iz šestih splošnih bolnišnic po Sloveniji ter štirih zdravstvenih domov iz Gorenjske. Največji delež anketirancev je bilo ženskega spola (87 %). 78 % anketirancev je imelo višjo oziroma visokošolsko izobrazbo. Povprečna starost anketirancev je 39,71 leta, povprečna delovna doba je 17,82 leta. Anketiranci povprečno izvajajo klinično mentorstvo 7,47 leta. V svojem delovniku anketiranci študentom namenijo povprečno 3,43 ure. Svoje znanje s področja didaktike so anketiranci ocenili s 3,4.

2.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Vodstvom ustanov vseh splošnih bolnišnic po Sloveniji in gorenjskih zdravstvenih domov smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi z vso potrebno dokumentacijo za pridobitev soglasja za sodelovanje v raziskavi. Soglasje za izvedbo raziskave so potrdili v 10 ustanovah. V nobeni od sodelujočih ustanov ni bilo treba pridobiti dovoljenja etične komisije. Poslane so bile 303 ankete, vrnjena pa je bila 201 anketa, kar predstavlja 66,33 % realizacijo vzorca. Anketiranje v ustanovah so izvedli zaposleni, ki so zadolženi za anketiranje. Anketiranje se je začelo novembra 2016 in končalo februarja 2017.

Podatke smo obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 20. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili opisno in bivariantno statistiko. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3 Rezultati

H1: Obstaja statistično značilna povezava med uporabo učnih metod demonstracije, razlaganja in spodbujanja ter časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu. Klinični mentorji, ki imajo več časa za izvajanje kliničnega mentorstva (več kot 3 ure), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učne metode demonstracije, razlaganja ter spodbujanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo za klinično mentorstvo manj časa.

V raziskavi smo s to hipotezo želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu, in pogostost uporabe učnih metod. Za testiranje smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije.

Tabela 1: Rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije za ugotavljanje povezave med uporabo učnih metod in časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom

		Koliko ur (povprečno) na dan, v času svojega delovnika, namenite delu s študenti?
Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	r	0,030
	p	0,679
Kako pogosto uporabljate metodo demonstriranja?	r	0,128
	p	0,078
Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	r	-0,010
	p	0,894

Legenda: p =mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz Tabele 1 je razvidno, da Pearsonov koeficient korelacije ni pokazal statistično pomembnih povezav med povprečnim številom ur, namenjenih delu s študenti in pogostostjo uporabe učnih metod.

Tabela 2: Rezultat t-testa za ugotavljanje razlik med časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom in pogostostjo uporabe učnih metod

	Delu s študenti namenjeni do 3 ure na dan		Delu s študenti namenjeni več kot 3 ure na dan		t	p
	PV	SO	PV	SO		
U1 Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	3,74	0,57	3,81	0,55	-0,811	0,419
U2 Kako pogosto uporabljate metodo demonstracije?	3,70	0,59	3,86	0,47	-1,983	0,049
U3 Kako pogosto uporabljate metodo praktičnih del?	3,73	0,59	3,79	0,64	-0,582	0,561
U4 Kako pogosto uporabljate metodo pogovora?	3,78	0,54	3,79	0,54	-0,060	0,952
U5 Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	3,75	0,58	3,73	0,63	0,296	0,767

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 2 prikazuje t-test za dva neodvisna vzorca, kjer smo anketirance razdelili v dve skupini, in sicer v skupino, kjer anketiranci namenijo delu s študenti do 3 ure dnevno in anketirance, ki delu s študenti namenijo več kot 3 ure dnevno. Rezultat je pokazal statistično pomembno razliko med skupinama pri uporabi učne metode demonstracije. Tisti anketiranci, ki študentom dnevno namenijo več časa, pogosteje uporabljajo učno metodo demonstracije (PV=3,86; SO=0,47; p=0,049) kot tisti, ki študentom namenijo manj časa (PV=3,70; SO=0,59; p=0,049). Za učno metodo razlaganja ter učno metodo spodbujanja pa statistično pomembne razlike ni glede na čas, ki ga klinični mentorji namenijo študentu. Hipotezo delno potrdimo.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika pri kliničnih mentorjih glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja s področja didaktike, načrtujejo ter postavijo cilje kliničnega usposabljanja, za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo.

V raziskavi smo s to hipotezo želeli ugotoviti, ali se klinični mentorji razlikujejo glede na samooceno znanja s področja didaktike ter načrtovanjem in postavitvijo ciljev kliničnega usposabljanja. V Tabeli 3 so prikazani rezultati t-testa za dva neodvisna vzorca. Pri obdelavi podatkov so bili anketiranci združeni v dve skupini. V eni skupini so bili anketiranci, ki so podali samooceno znanja s področja didaktike z 1 do 3 (nižja), v drugi pa anketiranci s samooceno 4 in 5 (višja).

Tabela 3: Rezultati t-testa o samooceni znanja s področja didaktike ter načrtovanjem in postavitvijo ciljev kliničnega usposabljanja

	Nižja samoocena znanja s področja didaktike		Višja samoocena znanja s področja didaktike		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	3,05	0,844	3,33	0,938	-2,102	0,037
Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim med kliničnim usposabljanjem doseči.	3,31	0,724	3,24	1,049	0,463	0,644

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

V Tabeli 3 vidimo, da je bila statistično pomembna razlika ($p=0,037$) ugotovljena pri trditvi Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja. Vprašani z nižjo samooceno znanja s področja didaktike se v povprečju manj strinjajo (PV=3,05; SO=0,844) z navedeno trditvijo kot tisti z višjo samooceno (PV=3,33; SO=0,938).

Pri drugi trditvi Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim med kliničnim usposabljanjem doseči, nam ni uspelo dokazati statistično pomembne razlike ($p=0,644$). Vprašani z nižjo samooceno znanja s področja didaktike se v povprečju bolj strinjajo (PV=3,31; SO=0,724) z navedeno trditvijo kot tisti z višjo samooceno (PV=3,24; SO=1,049). Hipotezo delno potrdimo.

4 Razprava

Kakovost kliničnega usposabljanja je bistvena za profesionalni razvoj prihodnjih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Klinično usposabljanje se izvaja v okolju, kjer študenti pridobijo znanje, da dosežejo zahtevano usposobljenost (Lorber & Donik, 2009; Royal College of Nursing (RCN), 2017). Pridobljena sposobnost in praktično znanje sta rezultat postopnega učenja na osnovi realnih situacij v kliničnem okolju (Lescelles, 2010). Temelj izobraževalnega programa zdravstvene nege je aktivno učenje v kliničnem okolju ter pridobivanje spretnosti z uporabo različnih učnih metod poučevanja v različnih učnih situacijah (Čuk, 2014).

Klinični mentorji so odgovorni za poučevanje študentov ter oblikovanje učnih metod (Cvetek, 2019). Govekar - Okoliš & Kranjčec (2016) navajata, da je oblikovanje učnih metod del načrtovanja kliničnega usposabljanja in da so pravilno izbrane učne metode ključnega pomena pri premostitvi vrzeli med teoretičnim in praktičnim znanjem (Pritchard & Gidman, 2012). Kubale (2018) dodaja, da na izbiro učnih metod v veliki meri vpliva pedagoška in strokovna usposobljenost kliničnih mentorjev. Pri oblikovanju učnih metod morajo biti klinični mentorji pozorni, da jih oblikujejo individualno ter pri tem upoštevajo predhodno znanje in sposobnost posameznih študentov ter trenutno situacijo v kliničnem okolju. Čuk (2014) navaja, da je pristop k poučevanju, ki ga uporabljajo manj izkušeni klinični mentorji, lahko bolj omejen, usmerjen v kliničnega mentorja in ne toliko v aktivne študente. Pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege je priporočljivo uporabljati tiste učne metode, ki so usmerjene v aktivne študente. Shirani Bidabadi s sodelavci (2016) navaja, da so najbolj učinkovite prav tiste učne metode, ki se osredotočajo na študentove dejavnosti in izvedbo naloge. Po drugi strani pa je nujno potreben nadzor študentov, kajti napake v kliničnem okolju niso dovoljene, saj je lahko morebitna napaka usodna in popravki praviloma niso možni.

Naši anketiranci se strinjajo, da je najboljši način za učenje novih intervencij učna metoda demonstracije ter da je pomanjkanje časa tudi pogosto ovira za uporabo učne metode demonstracije in učne metode razlaganja v kliničnem okolju. Priporočljivo je, da za učenje študentov diagnostično-terapevtskih postopkov v kliničnem okolju učni metodi demonstracije in učno metodo razlaganja povežemo, da s tem dosežemo bolj učinkovito poučevanje. Kubale (2018) dodaja, da pri sočasni uporabi obeh učnih metod klinični mentorji pri učni metodi razlaganja poudarijo bistvene točke, ki se nanašajo na pravilno izpeljan diagnostično-terapevtski postopek. Pri **hipotezi ena** smo ugotovili, da ni statistično pomembne korelacije med časom, ki ga klinični mentorji namenijo kliničnemu mentorstvu ter uporabo določenih učnih metod. Vendar smo z dodatnim testom ugotovili, da tisti klinični mentorji, ki dnevno študentom namenijo več kot 3 ure, pogosteje uporabljajo učno metodo demonstracije, pri uporabi učne metode razlaganja in spodbujanja pa statistično pomembne razlike ni glede na čas, ki ga imajo klinični mentorji za klinično mentorstvo. Rezultat nas preseneti. Delni razlog za takšen rezultat je lahko, da je kliničnim mentorjem samoumevno, da ob uporabi učne metode demonstracije sočasno poteka tudi učna metoda razlaganja. Hipotezo ena delno potrdimo.

Pri **hipotezi dve** nas je zanimala razlika o načrtovanju ter postavljanju ciljev kliničnega usposabljanja glede na samooceno znanja kliničnih mentorjev s področja didaktike. Tisti klinični mentorji, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike višjo, pogosteje naredijo načrt kliničnega usposabljanja. Lahko povzamemo, da se klinični mentorji z višjo samooceno znanja s področja didaktike bolj zavedajo pomembnosti načrtovanja kliničnega usposabljanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo. Govekar - Okoliš & Kranjčec (2010) navajata, da so prav tisti klinični mentorji, ki imajo vnaprej načrtovano shemo poučevanja najboljše. Tako Čukova (2014) kot Kobentarjeva (2007 cited in Kulaš, 2013) navajata, da je načrtovanje kliničnega usposabljanja naloga kliničnih mentorjev in da praktične vsebine načrtuje skupaj s študenti, klinični mentorji oblikujejo cilje, učne metode ter delovno okolje za učenje. V drugem delu druge hipoteze pa nas je zanimalo, ali obstaja razlika glede samoocene znanja s področja didaktike kliničnih mentorjev ter postavitvijo ciljev. V tem delu hipoteze nam statistično pomembne razlike ni uspelo dokazati. Borges & Smith (2004 cited in Aston & Hallam, 2014) navajata, da mora biti celotno klinično mentorstvo usmerjeno k ciljem. Ugotovitev nas vodi v razmišljanje, ali se klinični mentorji zavedajo pomembnosti ciljev kliničnega usposabljanja, kajti postavljeni cilji so podlaga za nadaljnje delo kliničnih mentorjev. Kot navaja Cvetek (2019) je pomembno, da so cilji napisani jasno ter skladni z izbranimi učnimi metodami. Hipotezo dve delno potrdimo.

V kliničnem okolju bi bila smiselna priprava opomnika, ki bi klinične mentorje opominjal na pomembne točke kliničnega usposabljanja (načrtovanje in postavitve ciljev) ter uporabo učnih metod glede na postavljene cilje. Klinični mentorji se morajo zavedati, da so učne metode enako pomembne kot snov in je od učnih metod v veliki meri odvisna tudi učinkovitost učenja. Za ocenjevanje učinkovitosti kliničnega poučevanja pa v kliničnih okoljih priporočamo uporabo orodja, ki sta ga razvila Copeland & Hewson (2000 cited in Schupbach, 2012). Cilj orodja je zagotoviti tako pozitivne in negativne povratne informacije kliničnih mentorjev, na podlagi katerih bi klinični mentorji izboljševali poučevanje (Schupbach, 2012).

Omejitve raziskave so, da smo uporabili samo delček učnih metod. Med vsemi učnimi metodami smo se odločili za učno metodo demonstracije, učno metodo razlaganja ter učno metodo spodbujanja, ki so za delo kliničnih mentorjev v kliničnem okolju bolj primerne in se največkrat uporabljajo. Omejitev raziskave je tudi to, da nismo našli dovolj primerljivih člankov prav za te učne metode. Kot zadnja omejitev raziskave pa je, da je bila raziskava opravljena le na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Predlagamo, da bi bilo v prihodnosti smiselno opraviti raziskavo tudi na terciarni ravni zdravstvenega varstva. Za omenjeno nadaljevanje raziskovanja na tem področju bi bilo

treba preoblikovati anketni vprašalnik. Vsekakor pa bi bila dobrodošla tudi raziskava z vidika študentov. Zanimivo bi bilo preveriti, ali je klinično usposabljanje učinkovitejše, če imajo klinični mentorji narejen načrt ter postavljene cilje kliničnega usposabljanja.

Literatura

- Al - Hamdan, Z., Fowler, J., Bawadi, H., Norrie, P., Summers, L. & Debbie, D., 2014. Student Nurses' Perceptions of a Good Mentor: A Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(3), pp. 248-256.
- Alves, A.G., Martins, C.A., Pinho, E.S., Almeida, N.A.M. & Tobias, G.C., 2017. Teaching practice of the nurse in the stork network based on the historical-cultural theory. *Journal of Nursing*, 11(9), p. 3331.
- Anderson, C., Moxham, L. & Broadbent, M., 2016. Providing support to nursing students in the clinical environment: a nursing standard requirement. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 52(5), pp. 636-642.
- Aston, L. & Hallam, P., 2014. *Successful mentoring in nursing*. 2nd ed. London: SAGE, pp. 5-18.
- Chen, Y., Watson, R. & Hilton, A., 2016. An exploration of the structure of mentors behavior in nursing education using exploratory factor analysis and Mokken scale analysis. *Nurse education today*, 40, pp. 161-167.
- Cvetek, S., 2019. *Na študenta osredinjeno poučevanje: priročnik za visokošolske učitelje*. Ribniško selo: Akadem, izobraževalni razvoj in storitve.
- Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.
- Eddins, E.E., Jie, H. & Huaping, L., 2011. Baccalaureate nursing education in China: issue and challenges. *Nurse Education Perspectives*, 32(1), pp. 30-33.
- Faydali, S. & Çayır, A., 2016. Mentoring, Nursing Students' Opinions; a Pilot Study. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 5(12), pp. 102-108.
- Field, A., 2009. *Discovering statistic using SPSS*. London: SAGE.
- Govekar – Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2016. *Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Govekar - Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2018. Naloge mentorja za kakovostno mentorstvo višješolskim študentom. *Andragoška spoznanja*, 24(3), pp. 73-90.
- Govekar - Okoliš, M., Kranjčec, R. & Gruden, U., 2010. *Pogledi mentorjev na praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeysaegens, Y., Tobel, D.D. & Mistiaen, W., 2011. Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse education today*, 31(3), pp. 274-278.
- Ivanuš Grmek, M. & Javornik Krečič, M., 2011. *Osnove didaktike*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.
- Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeeah, D. & Coco, K., 2011. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of clinical nursing*, 20(19-20), pp. 2854-2867.
- Kaihlanen, A.M., Lakanmaa, R.L. & Salminen, L., 2013. The transition from nursing student to registered nurse: The mentors possibilities to act as a supporter. *Nurse education in practice*, 13(5), pp. 418-422.
- Kermavnar, N. & Govekar - Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-37.
- Krek, J. & Metljak, M., 2011. *Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 467-77.
- Kubale, V.Z., 2018. *Metodično oblikovanje učnih tem*. Celje: Samozaložba.
- Kulaš, F., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Lascelles, M.A., 2010. *Students' and Mentors' experiences of mentoring and learning in practice during the first year of an accelerated programme leading to nursing registration: doktorska dizertacija*. Great Britain: University of Leeds, School of education.
- Ličen, N., 2009. *Uvod v izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

- Lorber, M. & Donik, B., 2009. *Učenje v kliničnem okolju - pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/112B.pdf [Accessed 5 March 2019].
- Muršak, J., 2012. *Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja*. Ljubljana: Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje.
- Pritchard, E. & Gidman, J., 2012. Effective mentoring in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, 17(3), pp. 119-124.
- Royal College of Nursing (RCN), 2017. *RCN guidance for mentors of nursing and midwifery students*. London: RCN.
- Schubach, J.E., 2012. *Strategies for Clinical Teaching*. Available at: <https://www.audiologyonline.com/articles/strategies-for-clinical-teaching-6944> [Accessed 13 March 2019].
- Shirani Bidabadi, N., Nasr Isfahani, A., Rouhollahi, A. & Khalili, R., 2016. Effective Teaching Methods in Higher Education: Requirements and Barriers. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 4(4), pp. 170-178.
- Skela Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K., Kastelic, M., Skinder Savič, K., Filej, B., Kaučič, B.M. & Ramšak Pajk, J., 2009. *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Wood, C.M., 2018. Mentoring: A Guide to New Faculty Success. *The Maryland Nurse new and Journal*, 19(3), p. 21.

Student nurses' cultural awareness and experiences of delivering culturally competent care in the clinical practice-phenomenological study

Qun Wang¹³

Abstract

Background: The increasing UK population diversity poses challenges to healthcare services and service providers, such as nurses. Evidence suggests that cultural training in the UK does not adequately prepare healthcare professionals to meet the needs of a culturally diverse population. Therefore, this study presented an opportunity to understand student nurses' level of awareness of cultural competence and their clinical experience in delivering culturally competent care.

Objectives: The research question is what are the UK student nurses' awareness and clinical experiences of cultural competency when providing care to diverse patients? This study aims to understand student nurses' awareness of cultural competency through the exploration of their experience of delivering culturally competent care. Three objectives were developed to meet the aim: 1. to critically explore student nurses' knowledge and skills of cultural competence, 2. to identify how institutional and clinical nursing training impact on student nurses' cultural competence, and 3. to offer deliverable outcomes for the progressive development of student nurses' cultural competence.

Methods: This phenomenological study was conducted in London between May 2017 and July 2019. Ten student nurses were recruited from one of the London universities by using both purposive and snowballing sampling methods. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed by using Colaizzi's 7-step analytical strategy.

Results: The study produced four key findings from the data analysis. Firstly, all participants (100 %) demonstrated that they are fairly comfortable with four elements of cultural competence including cultural awareness, skills, desire, and encounters but lack of cultural knowledge. Secondly, the majority of participants (80%) expressed inadequate cultural competence training in the local university, which had a likelihood of link with student nurses' insufficient cultural knowledge. Thirdly, the study identified four clinical factors impacted on student nurses' cultural competence, including the shortage of staff, language barrier and the lack of interpreters, no cultural assessment for patients admitted to the hospital, and poor learning environment. Fourthly, the recommendations for developing student nurses' cultural competence were to encourage working in partnership at multiple levels including faculties, clinical settings, policymakers, and individuals.

Discussion: This small-scale study has an explicit focus on student nurses from a local university in London, hence, the findings might only be generalized to those universities that have similar backgrounds. Suggestions for future studies may include bigger samples from multiple universities including both male and female student nurses from diverse cultural backgrounds and focus on identifying teaching, learning, and evaluation strategies for further development of cultural competence among student nurses in the UK.

Keywords: *student nurse, cultural competence, culture, hospital, nursing education*

1 Introduction

Significant increases in the culture diversity of population in the United Kingdom (UK) require changes in health care practice that reflects and respects diverse values and beliefs (George, et al., 2015). Student nurses are the main future healthcare workforce who is expected to provide culturally competent care to diverse patients. Hence, it is important to know the level of their CC. This chapter will illustrate, firstly, concept of culture and cultural competence (CC); secondly, background and rationale to the study where literature review findings will be presented; and thirdly, research aims, objectives and questions.

¹³ Qun Wang, Nurse Consultant in Geriatric Medicine, Epsom & St. Helier University Hospitals NHS Trust, United Kingdom, qun.wang@nhs.net

1.1 The concept of culture and cultural competence

Culture composes two characteristics according to theorist Purnell (2013), primary characteristics such as race, shape our worldview from a very early age which is generally unchangeable; whereas secondary characteristics such as educational level come from life experiences, as such, can and often change over time. It is important to recognise that culture is not something that the individual is often consciously aware of but powerful influence on our way of life and our worldview; it shapes the way in which we express, experience, and cope with our feelings of distress and illness (Dayer-Berenson, 2014). It is for this reason that nurses need to understand, appreciate and respect cultural differences of diverse patients.

Definitions of CC are abundant. The most influential concept is from theorist Campinha-Bacote (2002) who defines CC as an ongoing process incorporates culture awareness, knowledge, skill, encounters, and desire. This concept was later developed to CC model, which has been widely adopted as a framework in the healthcare settings internationally and approved effective for developing CC.

1.2 The key themes from literature review

Following appraisal of the papers a number of key issues emerged relevant to understanding of UK student nurses' awareness and practice of CC: the implication of various CC definitions; the impact of CC care models on practice; the variable CC nursing training; and interventions to improve CC.

1.2.1 The implications of CC definitions

Despite on-going efforts to integrate CC in health care system, definitional issues have hampered conceptual and empirical progress in the field (Lakes, et al., 2006). Among many CC definitions, Campinha-Bacote's concept (2002) has made huge impact, which suggests that health care professionals need to recognise CC is a dynamic, continuous, and developing process in which cultural awareness, knowledge, skills, encounters, and desires are the key components to be considered for developing CC.

1.2.2 The impact of CC models on practice

There exist four key transcultural models: Leininger (1991), Purnell (2002); Campinha-Bacote (2002); and Giger and Davidhizar's model (2002). Each model has its strength and areas of focus. Of all the models, Campinha-Bacote's model (2002) is the most recommended which involves the integration of cultural knowledge, skills, awareness, encounters, and desire. By using the model as a framework, the study (Hawala-Druy and Hill, 2012) demonstrated positive impact on improving student's CC and it can be used internationally. Thus, it was chosen as a conceptual framework for this study.

1.2.3 The variable CC training in nursing

Whilst CC education is recognised critical to improve nursing practice, teaching CC remains a challenge in nursing education (Kirkpatrick and Brown, 1999). Studies (Duffy, 2001; Kozub, 2013) revealed that cultural skills such as communication are more important than knowledge about each culture; and critical reflection is also necessary to develop CC. In recognition that no one specific CC model is the most effective in CC teaching, some researchers (Ruddock and Turner, 2007; Kempainen, et al., 2012) advocate multiple approaches to improve CC among undergraduate nursing students, such as studying abroad and virtual community learning.

1.2.4 Interventions to improve CC

The interventions used for improving CC are heterogeneous which reflect the complexity of the area and its application into practice and research. Whilst most studies reported positive outcomes through interventions such as learning abroad program, it remains unclear what intervention is most effective, in what context, for whom and why. Nonetheless, some studies (Almutairi, et al., 2015; Truong, et al., 2014) recommended that CC in multicultural context can only be achieved through continuous professional education not only at an individual level, but also with adequate organisational level of support.

1.3 Background and rationale to the study

The UK Nursing and Midwifery Council (NMC) specifically stressed that student nurses on qualifying should be culturally competent (NMC, 2004). However, report reveals the UK healthcare system is struggling to meet the needs of culturally diverse populations (Schuler-Ocak, et al., 2015). The nursing literature showed CC training is widely variable in the UK healthcare settings (Bentley, et al., 2008) in terms of their content, duration, delivery and assessment, and it does not adequately prepare healthcare professionals to become CC (Bhugra, et al., 2011). Thus, this study presented an opportunity to understand UK student nurses' level of CC awareness and how to develop their CC.

1.4 Research question, aim, and objectives

The research question is: what are the UK student nurses' awareness and clinical experiences of CC when providing care to diverse patients?

The aim of this study is to understand student nurses' awareness of CC through exploration of their experience of delivering culturally competent care.

Three objectives were developed to meet the aim: to critically explore student nurses' knowledge and skills of CC; to identify how institutional and clinical nursing training impact on student nurses' CC; and to offer deliverable outcomes for developing student nurses' CC.

2 Research methods

2.1 Research design

Qualitative method serves the purpose of the study which is to understand student nurses' CC and explore individuals' understandings and meanings of their experiences. Phenomenology seeks to understand, describe and interpret human behaviour and the meaning individuals make of their experiences (Dowling, 2007). It focuses on creating detailed descriptions of specific experiences of a phenomenon (Carpenter and Suto, 2008). Hence, phenomenology was a chosen methodology for this study.

2.2 Research sampling, data collection, and data analysis

The study was conducted in London between May 2017 and July 2019. Ethical approval was obtained prior to carrying out the research. Both snowballing and purposive sampling were employed for the recruitment. Data was collected via semi-structured interviews with ten student nurses from the local university in London. Colazzi's 7-step analysis (1978) was used for data analysis as it allows researchers to reveal emergent themes through a clear and logical structural process. It also provides assistance in extracting, organising, and analysing such narrative dataset, hence, the key themes can be concluded in a logical manner (Table 1).

Table 1: Colaizzi's data analysis process

Steps	Focus
1	Familiarising with transcripts
2	Identifying significant statements
3	Formulating meanings
4	Clustering themes
5	Developing main themes
6	Reduction of main themes
7	Return to participants if necessary

3 Research findings

The study produced four key findings from the data analysis: 1. Student nurses' CC level: good cultural awareness, skills, desire, and encounters but lack of cultural knowledge; 2. inadequate CC training which has likelihood of link with student nurses' insufficient cultural knowledge; 3. four clinical factors impacted on student nurses' CC; 4. Multi-faceted approach to achieve development of student nurses' CC.

3.1 Student nurses' Level of CC

This study demonstrated that all participated students (100%) perceived themselves as fairly good with four elements of CC including cultural awareness, skill, encounter, and desire. Eight (80%) of the participants were confident with awareness of cultural difference, and conscious with their own patterns of behaviour when nursing patients from different cultures. Communication, interests to different cultures, and patient-nurse relationship were highlighted as important issues to the participants for developing CC. However, Cultural knowledge was somewhat lacking among all the participants (100%). None of the participants knew transcultural nursing theory or theorists, and all of them denied knowledge of CC models.

3.2 Inadequate cultural training in local university

This study showed seven participants (70%) concerned about inadequate cultural training in their university, they strongly believed that university should be responsible to help them gain cultural knowledge. The remaining three participants (30%) believed that there were many overseas students in the university from whom they could learn different cultures. Eight participants (80%) stated that they were aware of diverse cultures but not sure what the differences were. Additionally, all participants (100%) expressed their expectations of structured cultural training to be organised by the university. The findings indicated inadequate CC training in the university, which might have likelihood link with student nurses' lack of theoretical cultural knowledge.

3.3 Clinical factors impacted on CC

This study identified four key factors impacted on developing CC in the clinical environment including: 1, shortage of staff; 2, language barrier and difficulty of accessing interpreters; 3, poor learning environment; and 4, no cultural assessment for patients admitted to the hospital. Interestingly, the first three findings were supported by the literature, whereas the fourth finding was unique from the study. |As such, it may contribute for the future change of nursing practice in the UK. Five (50%) student nurses strongly believed those four

factors are the main obstacles that prevent them from developing CC in clinical areas. They suggested that hospital needs to establish appropriate strategy to support CC development.

3.4 Student nurses' recommendations on developing CC

Six participants (60%) strongly believed that university should organise better overseas learning programme to enhance their CC. They also highlighted that hospital needs adopt CC training for all the healthcare professionals because hospital staff's performance can influence students. Since current UK nursing training requires student nurses to spend half of their time in faculty, and the other half in clinical settings. Thus, the responsibility of providing CC training not only belongs to the university but also hospitals or other healthcare settings. In addition, the hospital needs to ensure qualified nurses' CC, especially those who would be future mentors because their performance would undoubtedly influence student nurses' CC development. This study demonstrated that the local university, hospital and individual should work together to achieve the goal of CC. Furthermore, involving cultural assessment in the nursing practice may also support CC development.

4 Discussion

Concerns and attempts to develop student nurses' CC have been reported in many US based studies. In contrast, very few studies on the similar subjects have been carried out in the UK healthcare settings up to date. This small-scale study provided an opportunity to understand student nurses' CC and experience of delivering culturally competent care in the context of UK healthcare setting. It had an explicit focus on student nurses from the university in London, hence, the findings might only be generalised to those universities that have similar backgrounds. All research participants were female students. One could argue validity of the study due to its gender disparity. However, nursing has been traditionally regarded as a female career, only 11% of nurses in the UK were male by 2018 (Ford, 2019). Readjusting the gender balance in nursing has been problematic around the UK and globally, as a result, recruiting male student nurses for the study was difficult. Furthermore, all ten students were from diverse cultural backgrounds and had provided rich information of cultural competence based on their experience. Hence, the sample was believed to be valid.

Future research may recruit larger samples including both male and female student nurses; different age groups with variable working experiences; and focus on identifying teaching, learning, and evaluation strategies for further development of CC among student nurses. These may include strategies developed from educational institutes as well as clinical environment such as hospitals. The knowledge and skills of delivering culturally competent care are a major part of the nursing training. Further research may provide stronger evidence to influence both High Educational Institutions and healthcare settings for developing student nurse's CC.

References

- Almutairi, A., McCarthy, A. & Gardner, G.E., 2015. Understanding cultural competence in a multicultural nursing workforce: registered nurses' experience in Saudi Arabia. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(1), pp. 16-23.
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N. & Ingleby, J.D., 2011. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10(1), pp. 2-10.
- Campinha-Bacote, J., 1999. A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), pp. 203-207.

- Campinha-Bacote, J., 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181-184.
- Carpenter, C. & Suto, M., 2008. *Qualitative Research for Occupational and Physiotherapists: A Practical Guide*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Colaizzi, J., 1978. *Psychological Research as the Phenomenologist Reviews It*. New York: Oxford University Press, pp. 48-71.
- Dayer-Berenson, L., 2014. *Cultural competencies for nurses: impact on health and illness*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning.
- Dowling, M., 2007. From Husserl to Van Manen: A review of different phenomenology approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), pp. 131-142.
- Duffy, M.E., 2001. A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), pp. 487-495.
- Ford, M., 2019. *Focus: Men in nursing-tipping the gender balance*. [online] Available at: <https://www.nursing-times.net/news/workforce/focus-men-in-nursing-tipping-the-gender-balance-06-03-2019/> [Accessed 6 May 2020].
- George, R.E., Thornicroft, G. & Dogra, N., 2015. Exploration of cultural competence training in UK healthcare settings: a critical interpretive review of the literature. *Diversity and Equality in Health and Care*, 12(3), pp. 104-115.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R., 2002. The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 185-192.
- Hawala-Druy, S. & Hill, M., 2012. Interdisciplinary: cultural competency and culturally congruent education for millennial in health professionals. *Nurse Education Today*, 32(7), pp. 772-778.
- Kemppainen, J., Kim-Godwin, Y.S., Mechling, B., Kanematsu, Y. & Kikuchi, K., 2012. Promoting cultural awareness in nursing education through international videoconferences. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), pp. 56-61.
- Kirkpatrick, M.K. & Brown, S., 1999. Efficacy of an international exchange via the internet. *Journal of Nursing Education*, 38(6), pp. 279-281.
- Kozub, M., 2013. Through the eye of the other: using event analysis to build cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(3), pp. 313-318.
- Lakes, K., Lopez S.R. & Garro, L.C., 2006. Cultural competence and Psychotherapy: applying anthropologically informed conceptions of culture. *Psychotherapy*, 42(3), pp. 413-426.
- Leininger, M.M., 1991. *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Nursing and Midwifery Council, 2014. *Standards for competence for registered nurses*. [online] Available at: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>. [Accessed December 2018].
- Ruddock, H.C. & Turner, D.S., 2007. Developing Cultural sensitivity: nursing students' experiences of study abroad programme. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), pp. 361-369.
- Purnell, L.D., 2013. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Quickfall, J., 2014. Cultural competence in Practice: the example of the community nursing care of asylum applications in Scotland. *Diversity and Equality in Health and Care*, 11(3-4), pp. 247-253.
- Schouler-Ocak, M., Graef-Calliess, I.T., Tarricone, I., Qureshi, A., Kastrup, M.C. & Bhugra, D., 2015. EPA Guidance on cultural competence training. *European Psychiatry*, 30(3), pp. 431-440.
- Truong, M., Yin Paradies, Y., & Naomi, P.N., 2014. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14(99), pp. 1-17.

Sprejemanje informacij o kolonizaciji z bakterijo *Staphylococcus aureus*, odporno proti meticilinu

Doživljanje in izkušnje pacientov

Receiving pieces of information about colonization with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive Patients experience

Jana Lavtižar¹⁴
dr. Irena Grmek Košnik¹⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Okužbe, povezane z zdravstvom, vplivajo na kakovostno in varno izvajanje zdravstvene obravnave pacientov. Informiranost pacientov je pomemben del varne in kakovostne zdravstvene obravnave. Seznanjanje pacientov z informacijami o njihovem zdravstvenem stanju je ključnega pomena za pozitiven izid zdravljenja.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja z interpretativno analizo besedila. Na podlagi pregleda literature smo pripravili vodilo za intervju. Uporabili smo metodo pol strukturiranega intervjuja. Izvedli smo deset intervjujev. Intervjuvali smo odrasle osebe, kolonizirane z MRSA in nameščene v izolaciji, v Splošni bolnišnici Jesenice. V prvi fazi analize zbranih podatkov smo zvočne posnetke intervjujev preoblikovali v tekstovno gradivo – transkripte. V drugi fazi analize podatkov smo transkripte vseh intervjujev vnesli v kodirno tabelo. Naredili smo interpretacije podatkov, ki se berejo kot pripoved o doživljanju pacientov. Na koncu smo formulirali pravilnosti in pripravili pojasnitve.

Rezultati: Interpretacija podatkov je bila izvedena z večfaznim pristopom kvalitativne vsebinske analize besedila. Odgovore intervjuvancev smo razdelili na šest vsebinskih tem in v članku uporabili dve temi: (1) seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA; (2) sprejemanje informacij o kolonizaciji MRSA. Zbrane podatke smo odprto kodirali. Odgovorom intervjuvancev smo pripisali 126 pojmov. Pojmom smo v drugem delu odprtega kodiranja določili 10 kategorij. V odnosu do raziskovalnih vprašanj smo določili 5 relevantnih kategorij. Izbrane kategorije smo primerjali in povezali tako, da smo jim določili mesto znotraj paradigmatkega modela oziroma jih razporedili v vzročno-posledično zaporedje. Vsi intervjuvani pacienti so bili seznanjeni z informacijo o kolonizaciji z MRSA in tudi vsi so ob tem doživljali negativna čustva.

Razprava: Ugotovili smo, da so bili pacienti seznanjeni s kolonizacijo MRSA, s strani zdravstvenega osebja. Poudarjali so korekten in strokoven odnos zdravstvenega osebja ob seznanitvi, kar niso potrdile ugotovitve v tujih študijah. Hkrati pa so pacienti doživljali negativna čustva v času seznanitve in prav to so potrdile tudi raziskave v tujini. Ugotovitev raziskave ne moremo posplošiti na celotno populacijo pacientov so pa odlično vodilo k pripravi priporočil kako seznaniti pacienta in razumevanju čustvenih odzivov pacientov.

Ključne besede: MRSA, doživljanje pacienta, seznanjenost pacienta, sprejem pacienta, stigma

Abstract

Background: Healthcare-associated infections influence the quality and safety of healthcare providers to patients. Patient awareness is an important part of safe and quality healthcare. Making patients aware of their medical status is critical to a positive treatment outcome.

Methods: A qualitative research method was employed with interpretive text analysis. Based on a literature review, we prepared a guide for the interview. A semi-structured interview was employed and ten interviews were conducted. We interviewed adults who were colonized with MRSA and placed in isolation at the Jesenice General Hospital. In the first stage of the data analysis, audio recordings of interviews were transcribed. In the second stage of the data analysis, transcripts of all interviews were entered into the encoding table. We interpreted the data so that it reads as a patient experience narrative. Finally, we formulated the correctness and made clarifications.

¹⁴ Jana Lavtižar, mag. zdr. neg., Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Kranj, Slovenija, jana.lavtizar@zd-kranj.si

¹⁵ doc. dr. Irena Grmek Košnik, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Zdravstveni dom Kranj, Slovenija

Results: Data was interpreted using the multi-phase approach of qualitative content text analysis. Respondents' answers to interview questions were divided into six topics and two used: (1) knowledge of patients with MRSA colonization and (2) receiving information on MRSA colonization. The collected data was coded openly. A total of 126 concepts were attributed to respondents' answers. In the second stage of open coding, 10 categories were identified. In the fourth stage of qualitative content analysis, 5 relevant categories were identified concerning research questions. Selected categories were compared and connected by identifying them within the paradigmatic model or arranging them into a causal sequence. All interviewed patients were informed about the information of colonization with MRSA and all experienced negative emotions.

Discussion: We found that patients were informed of MRSA colonization by medical staff. They emphasized the correct and professional attitude of the medical staff. That was not confirmed by the findings in foreign studies. At the same time, patients were experiencing negative emotions and that was confirmed by research abroad. The findings of the study cannot be generalized to the entire patient population. However, they are an excellent guide to making recommendations on how to inform the patient and understanding patients' emotional responses.

Keywords: MRSA, receiving the patient, admitting the patient, informing the patient, stigma

1 Teoretična izhodišča

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), predstavljajo glavni javnozdravstveni problem kot nevarnost za varno, učinkovito delovanje zdravstvenih sistemov in negativno vplivajo na kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev (World Health organization (WHO), 2016). Vpliv OPZ je zelo velik, saj podaljšujejo bolnišnično zdravljenje, povečujejo odpornost mikroorganizmov proti antibiotikom, povzročajo dodatno breme v zdravstvenih ustanovah, pacientom in njihovim svojcem pa slabšo kakovost življenja, lahko dolgotrajno invalidnost, posledično visoke finančne stroške, povezane z življenjem pacientov in njihovih družin ter lahko privedejo tudi do smrti (WHO, 2009).

MRSA je vrsta *Staphylococcus aureus*, odporna proti antibiotikom, ki se nahaja v predelu nosu, žrela, perineja in na koži. Tako kot drugi sevi *Staphylococcus aureus* lahko tudi MRSA povzroči pljučnico, septikemijo in posledično številne smrti (Klevens, et al., 2007).

Preprečevanje OPZ postaja pomemben del nacionalnih strategij v zdravstvu v številnih državah. Na to vsekakor vpliva tudi vse večje zavedanje pacientov in javnosti. Zavedamo se, da velik del OPZ lahko preprečimo že z upoštevanjem enostavnih pravil, ki jih morajo poznati vsi zdravstveni delavci (Lejko Zupanc, 2013).

1.1 Seznanjenost pacientov z MRSA

Pomembno je učinkovito komuniciranje in zagotavljanje informacij pacientom, ki so v izolaciji (Abad, et al., 2010). Zdravstveni delavci morajo pojasniti pacientom kakšna so njihova pričakovanja v času hospitalizacije in ob odpustu, da so pacienti manj zaskrbljeni. Tisti zdravstveni delavci, ki so informirali paciente o uporabi osebne varovalne opreme, načinih prenosa večkratno odpornih mikroorganizmov in pomembnosti namestitve v enoposteljno sobo so bili psihično bolj pripravljene. Potrebno je preveriti, da pacienti prejete informacije razumejo (Santiano, et al., 2014). Pravilne informacije o MRSA in o mehanizmih prenosa MRSA lahko potencialno zmanjšajo škodljive posledice za paciente. Zato imajo medicinske sestre po vsem svetu pomembno vlogo pri izobraževanju osebja, pacientov in njihovih svojcev (Andersson, et al., 2011). Pacienti, ki so bili dobro informirani imajo tudi več znanja s tem pa narašča tudi prepoznavanje tveganj za okužbe (Abbate, et al., 2008).

2 Metode

Uporabili smo kvalitativni pristop raziskovanja z interpretativno analizo besedila, pridobljeno z intervjuji s pacienti. Uporabili smo fenomenološko tradicijo. Fenomenologija prikazuje navadne, zavestne izkušnje vsakdanjega življenja stvari, ki jih doživljajo ljudje (slišijo, vidijo, občutijo, se spominjajo, se odločajo, vrednotijo ali verujejo vanje). Prispevek je nastal na podlagi podatkov pridobljenih v magistrskem delu Jane Lavtižar, z naslovom: Doživljanje in izkušnje pacientov, koloniziranih z bakterijo *Staphylococcus aureus*, odporno proti metilcinu.

Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji.

1. Kako so bili pacienti seznanjeni s kolonizacijo z MRSA?

2. Kako so pacienti in njihovi najbližji sprejeli informacijo o kolonizaciji z MRSA?

2.1 Opis merskega instrumenta

V kvalitativnem delu raziskave smo uporabili metodo polstrukturiranega intervjuja in v prispevku uporabili vsebino: (1) seznanjenost pacientov z MRSA kolonizacijo. Na podlagi pregleda literature (Lindberg, et al., 2009, Gould, et.al., 2009, Andersson, et al., 2011) smo oblikovali vprašanja, ki so služila kot vodilo za izvedbo intervjuja. Vodilo je vsebovalo 11 splošnih, nesugestivnih vprašanj.

2.2 Opis vzorca

Izvedli smo namensko, homogeno vzorčenje. Pred intervjujem smo pridobili osebne podatke o pacientovi starosti, kolonizaciji z MRSA in pacientove sposobnosti sodelovanja v intervjuju. Izvedli smo deset intervjujev. Povprečna dolžina intervjuja je bila 19 minut. Intervjuvali smo odrasle osebe, ki so bile kolonizirane z MRSA in so bile nameščene v izolacijski enoti v Splošni bolnišnici Jesenice. Povprečna starost intervjuvancev je bila 67 let. Od desetih intervjuvanih jih devet živi s partnerjem. Vsi intervjuvani bivajo v hiši in vsi imajo stike z mlajšimi osebami (otroci), vnuki ali nečaki. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno.

2.3 Potek raziskave

V pregledu znanstvene literature smo za iskanje podatkov uporabili podatkovne baze COBIB.SI, CINAHL, ERIC, PUB MED in MEDLINE. Literaturo smo pregledovali v obdobju od junija 2016 do februarja 2018.

Raziskava je potekala v Splošni bolnišnici Jesenice, na kirurškem in internističnem oddelku, za kar smo pridobili privoljenje Etične komisije za raziskovanje v Splošni bolnišnici Jesenice. Intervjuje smo izvajali v januarju in februarju 2018. Na podlagi pregleda literature smo pripravili vodilo za intervju, ki je vsebovalo splošna vprašanja. Izogibali smo se specifičnim, sugestivnim vprašanjem. Stik z intervjuvanci smo izvedli v bolniški sobi. Intervjuje smo snemali s snemalnikom zvoka.

2.4 Obdelava podatkov

Interpretacija podatkov, je bila izvedena z večfaznim pristopom kvalitativne vsebinske analize besedila. V prvi fazi analize zbranih podatkov smo zvočne posnetke intervjujev preoblikovali v tekstovno gradivo (transkripcija). Nismo posegali v vsebinsko bistvo zvočnega zapisa ali izraženega mnenja intervjuvancev. V drugi fazi analize podatkov smo transkripte vnesli v kodirno tabelo v knjižnem jeziku. V tretji fazi kvalitativne vsebinske analize smo zbrane podatke odprto kodirali. Odgovorom intervjuvancev smo, sprva pripisovali pojme. Pojmom smo v drugem delu odprtega kodiranja določali kategorije. V določenih delih smo interpretacijo podatkov podkrepili tudi s citati intervjuvancev. Citatov smo se posluževali v

primerih, ko smo želeli dodatno podkrepiti svoje ugotovitve ali sodbe. V četrti fazi kvalitativne vsebinske analize smo izvedli selektivno kodiranje. Izbrane kategorije smo primerjali med seboj, jih povezali in jim določili mesto znotraj paradigmskega modela. Nato smo izbrane kategorije, v paradigmskem modelu, razporedili v vzročno-posledično zaporedje. Glavni cilj kvalitativne vsebinske analize je bilo oblikovanje osnutkov in razlage, to je predstavitev podatkov, ki se berejo kot pripoved o doživljanju pacientov, ki so kolonizirani z MRSA. Vsem intervjuvancem smo ponudili zapisano besedilo v branje.

Zanesljivost in veljavnost naše kvalitativne raziskave smo zagotavljali z doslednim upoštevanjem raziskovalnega načrta. To smo potrdili z razlago izbora metode zbiranja podatkov in metode namenskega vzorčenja. Prav tako smo zanesljivost in veljavnost zagotavljali z oblikovanjem nesugestivnih, nedvomljivih vprašanj v vodilu za intervju. Vprašanja so intervjuvancem omogočala podajanje podrobnih opisov. Kot raziskovalec smo skušali ostati distancirani od raziskovalnega problema, čeprav smo dobro poznali problematiko. Da je bil vpliv na intervjuvance manjši, smo uporabili delno strukturiran intervju in bili pozorni tudi na neverbalno komunikacijo. Večjih nihanj v razpoloženju intervjuvanih nismo zaznali.

3 Rezultati

3.1 Seznanjenost pacientov s kolonizacijo MRSA

Vse intervjuvane paciente je s kolonizacijo z MRSA seznanilo zdravstveno osebje. Večina intervjuvancev omenja, da jih je zdravstveno osebje seznanilo s kolonizacijo po odvzemu brisa in z izolacijo. Sedem intervjuvancev omenja, da jih je seznanila medicinska sestra v bolnišnici, dva intervjuvanca sta bila seznanjena s kolonizacijo tako s strani medicinske sestre kot zdravnika, pri treh intervjuvancih pa je pojasnilno dolžnost opravil zdravnik. Samo en intervjuvanec je izrazil nezadovoljstvo glede načina seznanjanja. Izpostavil je, da mu zdravnik ni podal ustreznih in prepričljivih informacij o načinih preprečevanja prenosa na družinske člane. Intervjuvanec je večkrat izrazil nezadovoljstvo. Po njegovem mnenju:

»Bolnišnica je ustanova, ki zdravi ljudi, ne pa, da jih tukaj zmrcvari, kot so mene. To se mi je nekako vse skupaj zamerilo. Jezen sem bil, zelo, da se to lahko zgodi v bolnišnici. Prizadelo me je. Tisti zdravnik pa tudi ni nič vedel povedati, kako naprej.« (H. J. S.).

Drugih devet intervjuvancev ali ne omenja strokovnosti odnosa zdravstvenega osebja pri seznanjanju s kolonizacijo ali pa izpostavijo korektnost in jasnost pojasnjevanja razlogov kolonizacije in načine preprečevanja kolonizacije na družinske člane in bližnje. Kot omenja intervjuvanka:

»Sestra s svetlimi lasmi je prišla. Z okužbami se ukvarja in mi je razložila, kako in kaj, kako se znebiti tega. Ne vem, kako bi mi lahko še drugače povedali, kot mi je ta medicinska sestra. Še otrok bi razumel. Res zelo korektno. Sploh nimam besed. Ne vem, ali so do vseh pacientov takšni, potem kapo dol, res. Mene so navdušili. Res so me, ne vem, kako je z drugimi pacienti, mene so res.« (E. L.)

Sedem intervjuvancev se je z MRSA koloniziralo v času hospitalizacije, od tega en intervjuvanec (Č. R.) ne ve, v kateri bolnišnici se je koloniziral, saj je bil hospitaliziran v treh bolnišnicah. Dvema intervjuvancema izvor kolonizacije ni znan oziroma ga eksplicitno ne navajata. En intervjuvanec se je z bakterijo MRSA koloniziral v domačem okolju, saj se doma ukvarjajo z vzrejo prašičev (B. M.). Enemu intervjuvancu izvor kolonizacije ni pomemben.

3.2 Sprejemanje informacije o kolonizaciji MRSA

Ob seznanitvi s kolonizacijo so vsi intervjuvanci doživljali negativna čustvena stanja. Najpogosteje so izpostavili občutek žalosti, jeze, razočaranja in strahu. Ta negativna čustvena stanja so bila pri intervjuvancih povezana s tem, da: 1.- so se kolonizirali z MRSA v bolnišničnih prostorih (razočaranje, jeza, žalost) ali 2.- »Že tako imam veliko stvari za seboj, zdaj še to.« (D. Š.).

Strah pacientov je bil pogojen z dvema momentoma. Po eni strani je bilo intervjuvance strah odziva njihovih svojcev in nevarnosti, da bi jih kolonizirali, še posebej dojenčka (S. P.) oziroma vnukov (Č. R.). Po drugi strani so se intervjuvanci bali tudi vpliva kolonizacije na njihovo trenutno zdravstveno stanje. To še posebej omenja intervjuvanka E. L., ki čaka na presaditev kostnega mozga. Intervjuvanci omenjajo tudi negativna čustva ob spoznanju kolonizacije, kot so: presenečenje, občutek krivde (» /.../ da imam zdaj to bakterijo« (P. M.)), sramu (»Občutek imaš, da te vsak tako pogleda, ne vem, kot bi imela nekaj takega nesprejemljivega.« (B. H.)) in slabega počutja oziroma obremenjevanja zaradi popolne izolacije v bolnišnici.

Intervjuvanci so bili ob seznanitvi s kolonizacijo z MRSA zaskrbljeni predvsem zaradi vpliva kolonizacije z MRSA na njihovo zdravstveno stanje in nevarnosti kolonizacije njihovih družinskih članov z bakterijo. Zato so poleg prejetih informacij o kolonizaciji s strani zdravstvenega osebja tudi samoiniciativno (na spletu) iskali dodatne informacije o načinih kolonizacije z bakterijo, načinih zdravljenja kolonizacije in preventivnih ukrepih za preprečevanje kolonizacije drugih.

Odzivi in doživljanje kolonizacije intervjuvancev z MRSA so bili s strani njihovih družinskih članov različni. Šest intervjuvancev omenja, da je bil odziv njihovih bližnjih zaznan kot zaskrbljenost in/ali strah pred kolonizacijo z bakterijo MRSA. Predvsem jih je skrbelo, da se z bakterijo ne bi okužili mlajši družinski člani (otroci oziroma vnuki), ki jih imajo intervjuvanci dnevno ali občasno v varstvu. Poleg strahu pred kolonizacijo mlajših družinskih članov intervjuvanci poročajo o presenečenosti bližnjih nad dejstvom, da so se intervjuvanci z bakterijo kolonizirali v bolnišnici. Omenjajo tudi, da so bili njihovi družinski člani zaskrbljeni, da se ne bi tudi sami kolonizirali z bakterijo in da se zdravstveno stanje intervjuvanca ne bi poslabšalo zaradi bakterije (npr. nevarnost okužbe srčnega spodbujevalnika). Nekateri družinski člani so zato poiskali dodatno strokovno razlago pri medicinskih sestrah ali osebnem zdravniku. Strah in zaskrbljenost družinskih članov sta se postopno razblinila z rednim in doslednim upoštevanjem kontaktnih izolacijskih ukrepov oziroma z načini preprečevanja kolonizacije družinskih članov pacientov.

»Ja žena je malo skrbelo, trudimo se živeti čim bolj normalno. Nekaj stvari upošteva. Živimo v hiši, tako da imam jaz svoje sanitarije, svojo kopalnico, svojo sobo. Žena pere ločeno moje stvari in nimamo direktnega stika. V hiši je še ženina sestra in njena vnukinja. Če pridejo gor k nam, ne gredo v mojo kopalnico.« (D.Š.)

»Domačim sem povedala, da je to prisotno v bolnišnicah. Najprej so se malo začudili, skrbelo jih je. Jaz sem postopke higiene izvajala tudi doma. Potem so sprejeli povsem normalno, da je potrebno preoblačenje in tuširanje. Midva z možem sva sama. Imam pa vnuke in zdaj, ko so bili na počitnicah, sem opazila, kako so otroci navajeni umivanja rok. V vrtcu jih učijo. Tako so si tudi znali razkužiti roke in zanje to ni bil bav bav.« (B. H.)

Po drugi strani nekateri intervjuvanci omenjajo, da so družinski člani njihovo kolonizacijo z bakterijo sprejeli brez pretirane zaskrbljenosti ali strahu.

»Nič niso komplicirali. Doma so vsi dosledni, natančni. Pazimo. Doma imam vse svoje pripomočke in jih ne uporablja nihče drug. Imam svoje brisače in posteljnino. Edino žena je ves čas z menoj. Ona bi lahko dobila bakterijo. Enkrat se je že testirala, pa nima bakterije.« (S. P.)

»Niso razumeli, kaj to je. Potem so domači rekli: «Zdaj ko to imaš, pač nimaš kaj. Se bomo vsi bolj pazili, tudi razkuževali.» Doma me niso izolirali in mi niso preprečili stikov z vnuki. Jaz sem se pazila tudi pri vnukih. Pogosteje sem si razkužila roke, če sem pripravljala kaj za njih, recimo hrano.« (Č. R.)

Le dva intervjuvanca omenjata, da so se družinski odnosi zaradi njune kolonizacije z bakterijo MRSA omejili. Omenjata, da jih družinski člani obiskujejo redkeje, še posebej mlajši družinski člani. Poleg tega ju moti omejevanje neposrednega stika (objemanje, neposredni telesni stiki) med družinskimi člani. Ali kot spremembo (upad kakovosti) družinskega življenja opišeta intervjuvanca:

»Edino to mi je hudo, da se z vnukom ne moreva objeti (obriše solze), vendar vem, da bo enkrat tudi to mimo in ga bom ponovno lahko objela (obriše solze in za trenutek počaka). Ko pride k meni, mu takoj rečem, naj me ne objema, osem let je star, razume in zelo priden je, res mi je hudo zaradi tega.« (E. J.)

»Najprej je moja hči najbolj skrbelo zaradi otrok. To me je najbolj bolelo. Da ne bi več videla vnukov.« (F. S.)

4 Razprava

V raziskavi ugotavljamo, da so bile izkušnje pacientov s seznanitvijo o kolonizaciji, z bakterijo MRSA, pozitivne. Večina intervjuvancev pri seznanitvi s kolonizacijo omenja korektnost in strokovnost odnosa zdravstvenega osebja. Proces seznanitve intervjuvancev kolonizacijo je bil, v izbrani bolnišnici, izveden skladno s protokoli: pojasnitev najverjetnejšega kraja kolonizacije, odvzem brisa, namestitvev pacienta v izolacijsko sobo in načini preprečevanja prenosa bakterije. V svoji kvalitativni študiji so Lindberg, et al. (2009) potrdi naše ugotovitve, da so zdravstveni delavci informirali paciente in da so bile informacije ustrezne, le da jih je bilo preveč hkrati in da so se pojasnila zdravnikov razlikovala med seboj. Nasprotno Burnett, et al. (2010) v svoji kvalitativni raziskavi ugotavlja, da je bilo informiranje o okužbi zelo skromno, Mutsonziwa & Green (2011) navajata, da pacienti niso dobili dovolj informacij in Santiano, et al. (2014) v svoji kombinirani študiji prepozna, da je bilo informiranje za paciente neustrezno in nezadovoljivo in da je to intervjuvane paciente jezilo. Vse razen ene študije so ugotovile, da je pacientova seznanitev s kolonizacijo MRSA zelo slaba oziroma je zdravstveni delavci ne izvedejo, kar ni skladno z našimi ugotovitvami.

Naši podatki kažejo, da so intervjuvanci samoiniciativno iskali informacije o bakteriji MRSA na svetovnem spletu. Lindberg, et al. (2009) v svoji raziskavi ugotavljajo podobno: pacienti so želeli vedeti več o MRSA in so sami iskali informacije na spletu. Podobno tudi Andersson, et al. (2011) in tudi Skyman, et al. (2016) potrdijo naše ugotovitve, da so intervjuvani pacienti iskali informacije na spletu.

V svoji raziskavi smo ugotovili, da so intervjuvanci doživeli seznanitev s kolonizacijo sprva negativno in da so najpogosteje občutili žalost, razočaranje in jezo v kontekstu, zakaj so se morali z bakterijo MRSA kolonizirati prav oni. Podobno Mutsonziwa & Green (2011) navajata, da so se pacienti počutili zapuščene, umazane, imeli so občutek, da so se jih vsi izogibali, kot bi bili gobavi ali kot bi imeli neko umazano bolezen. Lindberg s sodelenci pa, da so se počutili odvrtno, negotovo, umazano, prestrašeno in tudi, da je za njih življenje postalo zapleteno (Lindberg, et al., 2009). Andersson, et al. (2011) poroča, da so bili intervjuvanci ob seznanitvi z diagnozo MRSA šokirani, občutili so sram, umazanost in se počutili škodljivi za druge ljudi.

Hkrati so se soočali tudi s strahom nevarnosti prenosa bakterije na bližnje in s strahom, da se poslabša njihovo trenutno zdravstveno stanje.

Ugotovili smo, da je paciente strah, kako se bodo odzvali bližnji. Predvsem se bojijo, da bi jih družinski člani izolirali oziroma bi bližnji omejili stike in to potrди Lindberg, et al. (2009) kjer intervjuvani pacienti navedejo, da je MRSA vplivala na paciente, njihove sorodnike in prijatelje, saj so se izogibali obiskovanja in prav tako tudi oni niso imeli obiskov ter v svoji okolici niso razlagali, da so kolonizirani, da jih ne bi opravljal ali se jih celo bali.

Kvalitativna raziskava, ki smo jo izvedli s pacienti, koloniziranimi z MRSA, ima omejitve. V času izvedbe raziskave ni bilo časa za vzpostavitev posebnega zaupanja, ker nismo imeli možnosti pogostih obiskov z intervjuvanci. Z intervjuvanci smo se pogovorili o izvedbi intervjuja in vsebini raziskave in si tako pridobili njihovo zaupanje in privolitev v sodelovanje. Zagotovili smo jim anonimnost v raziskavi. Ves čas raziskave smo zagotavljali korekten odnos do intervjuvancev, kar smo dosegli s temeljito pripravo na raziskavo. Pripravili smo vodilo za intervju, ki ni vsebovalo sugestivnih vprašanj. Ves čas izvajanja intervjujev smo se trudili, da z mimiko obraza in neverbalno komunikacijo nismo vplivali na odgovore intervjuvancev.

Raziskava, ki smo jo izvedli je ena prvih v Sloveniji in je torej ni bilo mogoče primerjati s podobno raziskavo v naši državi. Zato smo izsledke primerjali oziroma potrjevali z izsledki tujih raziskav. Zaradi majhnega števila intervjuvancev ugotovitev ne moremo posploševati na celotno populacijo pacientov z MRSA v Sloveniji. Ugotovitve naše raziskave lahko posplošimo na paciente kolonizirane z MRSA v SBJ in so lahko zelo dobro izhodišče za izvedbo obsežnejše in bolj poglobljene kvantitativne raziskave na to temo.

Ugotovitve naše raziskave potrjujejo, da zdravstveni delavci svoje delo opravljajo kakovostno in strokovno. Pacienti so zadovoljni z obravnavo in informiranjem. Žal pa izobraževanja, smernice, ki so na voljo, ne govorijo in ne dajejo usmeritev o tem, kako bi morali paciente seznaniti s kolonizacijo, niti ne dajejo usmeritev, kako najbolje pripraviti paciente na življenje v domačem okolju. Javnost prav tako ni seznanjena z večkratno odpornimi bakterijami in zato je pacientom, ko pridejo iz bolnišničnega okolja nazaj v domače okolje, še težje. Tako kot navajajo v tujih študijah, smo tudi v naši potrdili, da so pacienti ob seznanitvi doživljali negativna čustvena stanja. Ko so se seznanili z ukrepi, ki so potrebni za preprečevanje in obvladovanje okužb, jih je manj skrbelo in so se skušali kar najbolj vključiti nazaj v družinsko življenje. Spoprijemanje z informacijo o kolonizaciji je proces, tako kot je proces spoprijemanje z boleznijo.

Naša študija potrjuje, da je informiranje pacientov zelo pomemben člen verige obvladovanja in preprečevanja okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo. Pravzaprav je to prvi člen in če prvi člen ne poveže drugih, veriga nikoli ne bo tako trdna, kot se od nje pričakuje. Zato moramo v to področje vložiti veliko več časa in svojega znanja, da bodo pacienti zelo dobro informirani in izpopolnili prvi člen verige.

Literatura

- Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N., 2010. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), pp. 97-102.
- Abbate, G., Giuseppe, O., Marinelli, P. & Angelillo, I.F., 2008. Patients' knowledge, attitudes, and behavior toward hospital-associated infections in Italy. *American Journal of Infection Control*, 36(1), pp. 39-47.
- Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B., 2011. MRSA – global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 47-53.
- Burnett, E., Lee, K., Rushmer, R., Ellis, M., Noble, P. & Davey, P., 2010. Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews. *The Journal of Hospital Infection*, 74(1), pp. 42-47.
- Gould, D.J., Drey, N.S., Millar, M., Wilks, M. & Chamney, M., 2009. Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection. *Journal of Hospital Infection*, 72(1), pp. 1-8.
- Klevens, R.M., Morrison, M.A., Nadle, J., Petit, S., Gershman, K., Ray, S., Harrison, L. H., Lynfield, R., Dumyati, G., Townes, J.M., Craig, A.S., Zell, E.R., Fosheim, G.E., McDougal, L.K., Carey, R.B. & Fridkin,

- S.K., 2007. Active Bacterial Core surveillance (ABCs) MRSA Investigators. Invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 298(15), pp. 1763-1771.
- Lejko Zupanc, T., 2013. Globalni pogled na problematiko okužb, povezanih z zdravstvom. In: I. Petrovec, ed. 5. Baničevi dnevi – Okužbe povezane z zdravstvom: zbornik srečanja. Šempeter pri Novi Gorici, 22.-23. november 2013. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 5-10.
- Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M. & Skytt, B., 2009. Suffering from methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *The Journal of Hospital Infection*, 73(3), pp. 271-277.
- Lupión-Mendoza, C., Antúnez-Domínguez, M.J., González-Fernández, C., Romero-Brioso, C. & Rodríguez-Bano, J., 2015. Effects of isolation on patients and staff. *American Journal of Infection Control*, 43(4), pp. 397-399.
- Mutsonziwa, G.A. & Green, J., 2011. Colonised and isolated: a qualitative metasynthesis of patients' experiences of being infected with multiple drug resistant organisms and subsequent isolation. *Healthcare Infections*, 16(4), pp. 147-155.
- Santiano, N., Caldwell, J., Ryan, E., Smuts, A. & Schmidt, H.M., 2014. Knowledge and understanding of patient and health care workers about multi-resistant organisms. *Healthcare Infection*, 19(2), pp. 45-52.
- Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Thunberg Sjöström, H. & Ahrén, C., 2016. Being Met as marked – patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), pp. 813-820.
- World Health Organization (WHO), 2016. *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. [pdf] World Health Organization. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251730/1/9789241549929-eng.pdf> [Accessed 10 March 2017].
- World Health Organization (WHO), 2009. *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care*. [pdf] World Health Organization. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf [Accessed 3 March 2017].

Application of key performance indicators for monitoring the nursing service in the Republic of Kazakhstan: first experience

Zhanagul Bekbergenova¹⁶

Gulmira Derbissalina¹⁷

Ayagyozy Umbetzhanova¹⁸

Vitalyi Koikov¹⁹

Abstract

Background: Key performance indicators (KPI) can be used to measure the quality or effectiveness of activities in certain areas. Performance indicators are usually agreed on the national or local level. When choosing a performance indicator for nursing service an analysis of the recommendations for testing effectiveness was required.

Objectives: As part of the introduction of a new model of management of nursing services in the Republic of Kazakhstan in 2018, the working group developed key performance indicators (KPI) assessment of the nursing service to try to demonstrate the impact of nursing on the quality of care.

Methods: In 2019, work was carried out to assess the performance indicators of nursing specialists to monitor the activities of nursing specialists in pilot health organizations. These indicators were aimed at assessing the structure of nursing services (S), nursing process (P), and the results of activities of nursing specialists (R) in organizations providing outpatient and inpatient care.

Results: The obtained data showed a wide spreading of KPI performance from 0 to 100% depending on the type of KPI, the type of health organizations (hospital or primary healthcare (PHC)), and the region. The authors calculated the range, average, confidence interval, and median of each indicator and suggested a shorter number of PKI for the future.

Discussion: There are the most important indicators for evaluating the performance of the nursing service in the new model. Some indicators turned out to be unattainable in the modern system, for example, nursing documentation in electronic format. Other indicators require more time to achieve, for example, the number and functional responsibilities of nurses with higher education. The pilot project will revise the list of KPIs.

Keywords: *nursing service, key performance indicators, nursing process*

1 Introduction

Key performance indicators (KPI) is a term used to measure or monitor performance related to a consistent goal. KPI is used as a technique that shows how some measured activity and / or activity can contribute to their effectiveness. It can be used to show the contribution of each employee or department to productivity in areas where quality or efficiency can be measured. Performance indicators are usually agreed at the national or local level (McCance, et al., 2012; Addor, et al., 2015). Some national examples may include achieving certain screening targets or performing certain interventions over a period of time. Local indicators include the number of patients consulted or manipulated over a certain period of time (Bekbergenova, et al., 2019). When selecting the performance indicator for the nursing service, an analysis of the recommendation for checking the effectiveness was required. The easiest way to do this is to choose what should happen in the patient's path and see how

¹⁶ Zhanagul Bekbergenova, MD, NCJSC Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

¹⁷ Gulmira Derbissalina, MD, PhD, NCJSC Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan, Derbissalina@gmail.com

¹⁸ Ayagyozy Umbetzhanova, MD, NCJSC Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

¹⁹ Vitalyi Koikov, MD, PhD, Republican Center for Health Development, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

often it happens or doesn't happen. If this did not happen, then write down why (Addor, et al., 2015).

2 Methods

In 2018, the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan launched a pilot project to introduce a new model of nursing service management in health organizations (HOs) in 7 regions of Kazakhstan. In total, the project included 31 pilot HOs (Koikov, et al., 2019). To assess the effectiveness of implementing this model, the working group of pilot project developed key performance indicators (KPI) for evaluating the nursing service to try to demonstrate the impact of nursing on the quality of health care. These KPI were selected by experts (chief and senior nurses) based on an analysis of 82 indicators used in world practice for assessing the performance of nurses (selected through the information search starting in 2000, in the PubMedCentral system using the keywords “nurs” AND “performance indicator “(160 articles),” nursing-sensitive outcomes “OR” nursing-sensitive indicators “(58 articles)) and 23 indicators used previously in Kazakhstan for assessing the performance of nurses. In addition, subsequently, pilot testing of selected indicators in HOs and an assessment of their information content and applicability were conducted (Shalkharova, et al., 2016). These indicators were aimed at evaluating the structure of the nursing service (S), the nursing process (P), and the results of nursing performance (R) in organizations that provide outpatient and inpatient care (McCance, et al., 2012). The final list of KPI contains 18 S-indicators, 26 P-indicators, and 9 R-indicators. Our study was conducted in the 4th quarter of 2019 and was aimed at monitoring the activities of nursing specialists in 31 pilot HOs for the period from January 1 to September 30, 2019 (Bekbergenova, et al., 2019; Koikov, et al., 2019). The results of monitoring were processed using methods of variation statistics. For each indicator, the average value, confidence interval (CI) and median (Me) are calculated.

3 Results

The analysis of the obtained data showed a wide spread of KPI performance from 0 to 100% depending on the type of KPI, the type of HOs (hospital or primary health care organization (PHCO)) and the region (Table 1).

Table 1: List of KPI and results of their monitoring (average values)

№	KPI	Average value
Nursing service structure - S		
S-1	Percentage (Pct.) of nurses who completed advanced training in advanced nursing functions in the total number of nurses in the HOs (%)	23,9%
S-2	Average number of nurse training hours per nurse (total number of nurse training hours/number of nurses by state) (hours)	21,46 hours
S-3	Pct. of nurses trained in hand hygiene in the total number of nurses (%)	95%
S-4	Pct. of nurses trained in emergency skills in the total number of nurses (%)	77%
S-5	Pct. of nurses-applied and academic bachelors, in the total number of nurses (%) *	4%
S-6	Turnover rate among nurses (percentage of retired nurses in the total number of nurses for the planned period) (%)	4,8%
S-7	Turnover rate among nurse-bachelors (Pct. of retired nurse-bachelors in the total number of nurse-bachelors during the planning period) (%)	3,5%

№	KPI	Average value
S-8	Number of patients who went to the emergency room (ER), per 1 triage nurse, in the day shift *	135,6 patients per 1 nurse
S-9	Number of patients who went to the ER, per 1 triage nurse, in the night shift *	189 patients per 1 nurse
S-10	Number of patients per 1 nurse per shift in the anesthesiology and intensive care (AIC) Department (pers.) *	3,4 patients per 1 nurse
S-11	Number of patients per 1 nurse per shift, on average, in all clinical departments (CDs) of the hospital (pers.) *	136,1 patients per 1 nurse
S-12	Number of attached population per 1 nurse in a polyclinic (pers.) *	873 patients per 1 nurse
S-13	Number of patients registered under the patronage of pregnant women and children, per 1 nurse in the clinic (pers.) *	155 patients per 1 nurse
S-14	Number of patients registered under the disease management program per 1 nurse in the polyclinic (people) *	50,62 patients per 1 nurse
S-15	Number of visits to the polyclinic's patients on one day of the polyclinic's operation, per nurse (pers.) *	25 patients per 1 nurse
S-16	Number of home visits to nurses on average per nurse per day (pers.) *	8 patients per 1 nurse
S-17	Provision of nurses with computers / tablets from the total need of nurses for computers/tablets (%)	84,8%
S-18	Average number of days of mentoring a hired nurse (days) *	75,1 days
Nursing process - P		
P-1	Average time of the patient from the moment of admission to the meeting with the nurse (min.) *	4,5 minutes
P-2	Average time of the patient from the moment of admission to the doctor's appointment (min.)	14,1 minutes
P-3	Average time that nurses started providing emergency, urgent, and non-urgent health care to a patient when they were admitted to ER (min.) *	8,2 minutes
P-4	Pct. of patients who have completed the tracheotomy tube nursing documentation to predict the risk of complications, out of the total number of patients with a tracheotomy tube (%) *	36,29%
P-5	Pct. of patients who have completed the nasogastric probe nursing documentation to predict the risk of complications, out of the total number of patients with a nasogastric probe (%) *	40,6%
P-6	Pct. of patients who received a nurse's colostomy care document to predict the risk of complications, out of the total number of patients with colostomy (%) *	32,4%
P-7	Pct. of patients who have completed a nurse's documentation for bladder lavage to predict the risk of complications, out of the total number of patients with bladder lavage (%) *	33,7%
P-8	Pct. of patients who have completed the nursing documentation for bladder catheterization to predict the risk of complications, out of the total number of patients with bladder catheterization (%) *	53,2%
P-9	Pct. of filling in documentation for General cleaning in regime offices of the total number of general cleaning (%)	93,1%
P-10	Pct. of filling in the documentation for pre-sterilization cleaning in the central sterilization laboratory of the total number of pre-sterilization cleanings in the central sterilization laboratory (%)	93,1%
P-11	Pct. of patients for whom the nurse completed the nursing documentation for patient training, in the total number of patients in the CD (%) *	77%
P-12	Pct. of patients that the nurse filled out the pain assessment scale for in the total number of patients in the CD (%) *	60,1%

№	KPI	Average value
P-13	Pct. of patients for whom the nurse completed documentation on risk assessment and anti-bedsore measures, in the total number of patients in the CD on bed rest (%) *	50,1%
P-14	Pct. of infants with extremely low body weight from 500 to 1000 gram who were tested for bacterial culture (%) *	50%
P-15	Pct. of nurses who confirmed proper hand hygiene during direct observation, in the total number of nurses (%)	86,3%
P-16	Pct. of patients trained at least once to use a pocket inhaler in the total number of patients with bronchial asthma registered in the clinic (%) *	70,1%
P-17	Pct. of patients trained at least once to use a blood glucose meter in the total number of diabetic patients registered in the clinic (%) *	69,2%
P-18	Pct. of completed nursing home visits for children up to 2 months of their number of required patronage coverage (4 nurse visits for each child up to 2 months) (%) *	89,7%
P-19	Pct. of completed nursing home visits for pregnant women and the number of required patronage coverage under the universal patronage model (%) *	89,4%
P-20	Number of home nursing visits performed by pregnant women in the risk group under the progressive patronage model, per one pregnant woman at risk (visits) *	43,3 visits
P-21	Pct. of children under 1 year who received routine vaccinations out of the total number of children under 1 year who are registered in the polyclinic (%)	66,5%
P-22	Pct. of patients with diabetes who have been trained and documented by a nurse for nutritional and overweight counseling, out of all patients with diabetes who are registered in the polyclinic (%) *	68%
P-23	Pct. of patients with diabetes who have been trained and documented by a nurse for foot care, out of all patients with diabetes who are registered in the polyclinic (%) *	58,2%
P-24	Pct. of patients with arterial hypertension who were assessed by a nurse for the risk of cardiovascular complications SCORE, out of all patients with arterial hypertension who are registered in the polyclinic (%) *	57,8%
P-25	Pct. of patients with arterial hypertension who received training at the health school by a nurse and documented nursing documentation for training, out of all patients with arterial hypertension who are registered in the polyclinic (%) *	66,8%
P-26	Pct. of pregnant women who have been trained for pregnancy and childbirth in a school for pregnant women, out of the total number of pregnant women registered in a polyclinic (%) *	94,8%
Results of nursing specialists' activities - R		
R-1	Number of cases of nursing errors in the provision of drug therapy prescribed by the doctor *	0,09 cases
R-2	Number of cases of falls in the hospital	0,25 cases
R-3	Number of cases of bedsores *	1,6 cases
R-4	Pct. of patients who have reported cases of infectious complications of peripheral venous catheter placement in the total number of patients with a peripheral venous catheter (%) *	0,31%
R-5	Pct. of patients who have reported cases of infectious complications after bladder catheterization in the total number of patients with bladder catheterization (%) *	0,14%
R-6	Pct. of detected cases of sepsis in infants with extremely low body weight from 500 to 1000 gram (%) *	0,29%
R-7	Frequency of emergency hospitalizations due to complications related to the nursing process, out of the total number of emergency hospitalizations (%)	0,13%
R-8	Patient satisfaction with the work of a nurse (points) (on a 5-point scale)	3,4 points
R-9	Nurses satisfaction with work and working conditions (points) (on a 5-point scale)	3,2 points

Note: * marked KPI that we selected as most important and worth using further

The first eight S-indicators reflect the quantitative and qualitative composition of nurses in HOs (Addor, et al., 2015; Burström, et al., 2016). For example, low achievement of the indicator S-1 – 24,3% [95% CI: 15,9; 33,4] (Me = 6,7) – is most likely due to the fact that the volume of training for nurses does not correspond to the speed of implementation of the new model of nursing service, which provides for expanded functions of nurses to work in the hospital's ER and CDs (triage, AIC) and PHCOs in the part of the disease management program (DMP), triage, health schools, screenings and other activities of the prevention and clinical examination departments. Indicator S-2 was 21,46 hours [95% CI: 12,92; 30] (Me = 11,6), while the number of hours of training for nurses was slightly more in PHCOs than in hospitals, perinatal centers and multi-specialty hospitals – 21,2 and 20,7 hours, respectively. Indicator S-3 was one of the highest – 95% in hospitals, perinatal centers and multi-specialty hospitals and 96,2% in PHCOs. However, despite the fact that training in hand hygiene is mandatory for nurses, there are HOs where the proportion of trained is only 50%. Indicator S-4 was 77%, while in hospitals, perinatal centers and multi-specialty hospitals Pct. of nurses trained in emergency skills was 76% and in PHCOs – 74%. Indicator S-5 was 3,97% [95% CI: 2,9; 4,9] (Me = 23), with the lowest value in polyclinics – 0,1%. While abroad 43,3% of PHC nurses and 37,2% of hospital nurses have at least a bachelor's degree and provide independent "advanced" nursing activities. Indicator S-6 was 4,8% [95% CI: 3,87; 5,67] (Me = 4), while the turnover of nurses in PHCOs was much less than in hospitals – 1,4%, and 5,4%, respectively. Indicator S-7 was 1,75% [95% CI: 0; 3]. At the same time, in some HOs there are no bachelors of nursing. The following S-indicators reflect the ratio of nurses to the patients they serve. Indicator S-8 was 135,6 patients per 1 triage nurse [95% CI: 68; 193] (Me = 63), while the same indicator calculated for the night shift (S-9) was 189 patients per 1 triage nurse [95% CI: 72; 305] (Me = 50). Indicators S-8 and S-9 show that nurses in the ER, both during the day and at night, work with a big load. Indicator S-10 was 3,4 patients per 1 nurse in the AIC department [95% CI: 3; 4] (Me = 3), which indicates the congestion of nurses and correlates with indicator S-11, which was 16 patients per 1 nurse [95% CI: 14,22; 18,45] (Me = 16). In Kazakhstan one nurse per shift provides nursing care to 16-30 patients, while abroad, this indicator is 5-6 patients per 1 nurse. Indicators S-12 was 873 patients per 1 nurse [95% CI: 649; 1097] (Me = 850), and S-13 was 155 patients per 1 nurse [95% CI: 81; 229] (Me = 70), they indicate that nurses in PHC are overloaded. Indicator S-18 was 84,8% [95% CI: 77,61; 91,98] (Me = 100), which indicates insufficient access to a computer for each nurse.

The analysis of process indicators (P-indicators) showed that the time for providing nursing care to patients was acceptable: for example, the indicators P-1, P-2 and P-3 were 4,5, 14,1 and 8,2 minutes, respectively. However the filling out documentation by nurses was at a low level. So, P-4 was 36,29% [95% CI: 21,61; 50,98], P-5 – 40,6% [95% CI: 25,16; 56,13] (Me = 10), P-6 – 32,7% and P-7 – 33,7%. Much better indicators were achieved for more familiar nursing procedures: P-9 and P-10 were the highest among all indicators – 93,1% for all analyzed HOs. Indicators from P-11 to P-14 reflect the percentage of patients for whom a nurse fills out nursing documentation. The average value of these indicators did not reach the desired values and ranged from 50 to 77%. Currently, great importance is attached to the training of patients, including those with chronic controlled diseases by nurses in out-patient settings. Indicators from P-16 to P-26 reflect these nursing processes for working with chronic patients, patronage of pregnant women, newborns at home. Clinical nursing guidelines have been developed, for example, for hypertension and asthma, which will allow the development of appropriate unified standards of operating procedures for nurses. However, the calculation of these process indicators has been carried out, but it seems premature to us, since clinical nursing guidelines are still at the approval stage and only doctoral

manipulations are being made in the electronic system, which makes the calculation of these indicators somewhat formal (Bekbergenova, et al., 2019; Koikov, et al., 2019). Unfortunately, the analysis of indicators of results of nursing specialists (R-indicators) is also not completely objective due to the lack of a real system for registering nursing errors. A nurse is more likely to be subject to a penalty than to an analysis of the error that occurred in the case of her official registration (Burström, et al., 2016; McCance, et al., 2015). For this reason, the first two R indicators - R-1 and R-2 was only 0,09 cases of nursing errors and 0,25 cases falls, respectively. Indicator R-3 was 1,6 cases of bedsores which is 1.4 cases less compared to 2017. The following three R-indicators reflect the proportion of developed and registered iatrogenic infectious complications. Thus, indicator R-4 was 0,31%, R-5 – 0,14%, R-6 – 0,29%. The rate of emergency hospitalizations due to complications related to the nursing process, out of the total number of emergency hospitalizations (R-7), averaged 0,13%. The last two R-indicators – R-8 and R-9 – were 3,4 and 3,2 points, respectively.

4 Discussion

In our opinion indicator S-5 are the most important indicator for evaluating the performance of the nursing service in the new model. However, the actual number of advanced practice nurses (APNs) with the level of applied bachelor's degree in nursing in the Republic of Kazakhstan is very small. According to the analysis, the need for APNs in the Republic of Kazakhstan will amount to 41433 nurses by 2030, i.e. about 40% of the total nursing staff. This indicator can be achieved if: (1) at least 60% of working nurses are retrained through flexible, accelerated programs of applied bachelor's degree, (2) the state order for training applied bachelors is increased at the expense of the local budget, the National budget, targeted grants, and (3) an increase in the number of higher medical colleges in the country's regions. In the Republic, the output of APNs will increase from year to year and in the future this indicator will be more informative for evaluating the effectiveness of the new service model in HOs. Informative indicators for evaluating the performance of the nursing service are the indicators P-10 and P-11. According to the analysis, these indicators indicate not only the high workload of nurses, but also the increasing trust of patients and the growth of the qualification level of nurses working in these CDs. Indicator S-18 directly reflects the effectiveness of the nursing service in general and the work of the nurse mentor in particular, which can be performed by nurses with extensive experience, senior and principal, as well as bachelors of nursing with 5 or more years of experience. Mentoring assistance to young professionals should be provided constantly, i.e. almost daily, until the nurse fully "enters" the course of activity and understands her role. According to the data received, in a number of pilot HOs, mentoring assistance is provided at the appropriate level and young professionals are provided at least 250 days a year.

Indicator R-1 always clearly reflects the activity of the nurse and the effectiveness of the entire nursing service. Analysis of the components of this indicator shows that the level of nursing errors when performing physician appointments is low in pilot HOs (0,09 cases). Indicators R-3, R-4, R-5, R-7 are the most informative and very valuable, and these indicators reflect the overall competence of nurses, the effectiveness of their activities and the nursing service in general.

A number of indicators can already reflect the activities of the nursing service, but require preliminary training and training of nursing staff. Thus, informative indicators for evaluating the performance of the nursing service are the indicators P-8 and P-9. These indicators indicate not only the high workload of nurses, but also the increasing trust of patients and the

growing qualification level of nurses working in these CDs. In addition, within the framework of the pilot project for hospitals, the implementation of the new staffing schedule includes the reorganization nurse positions in the hospital's ER into "APNs" positions for triage and the introduction of "APNs" positions in each CD of the hospital and in particular in the AIC. Indicators S-13 and S-14 are also not relevant, since the number of patients is calculated today for one doctor, however, today, without waiting for the introduction of a number of regulatory documents, a number of patients can be transferred to a nurse after preliminary training.

The most informative indicator for evaluating the effectiveness of nursing specialists and the entire nursing service is the P-1 indicator – the average waiting time for a patient from the moment of admission to the meeting with a nurse, but this indicator also requires preliminary training of nurses. So, in some pilot HOs this indicator was from 0,5 to 4,5 minutes, in others it exceeds 15 minutes and even reaches 30 minutes, which indicates that the organization of the nursing service is not efficient enough.

The average time during which nurses began providing emergency, urgent and non-urgent health care to a patient upon admission to the ER (indicator P-3) is also informative in assessing the effectiveness of the nursing service. However, to get the most reliable data, this indicator should be divided into three separate indicators. So, emergency care should be provided immediately and the average value 8,2 minutes is a very long period and will indicate unsatisfactory performance of the nursing service, while for assessing the provision of non-urgent care, it may be a satisfactory or even good indicator.

Informative indicators of the nursing service are indicators P-12, P-14, P-16, P-17, P-18, P-19, P-20, P-22, P-23, P-24, P-25, P-26. However, the introduction of these indicators also requires pre-training and training of nursing staff. At the same time, training courses can be short-term (up to 18 hours) and conducted at the workplace.

Paunch training is a function of APNs, so nurses who are currently engaged in patronage should retrain for applied bachelors. It is planned that by 2025, each region should have at least 20% of applied bachelors working in patronages.

Indicators, the introduction of which at the present stage is untimely and requires the introduction of a number of regulations and replenishment of the staff of the HOs with nurses of the level of training of applied or academic bachelor's degree. Thus, indicator S-12 is not relevant and does not provide true picture of the effectiveness of nursing services in accordance with applicable orders of the Ministry of health the number of people calculated to be a doctor, not a nurse.

Also indicative are indicators that reflect the independent activity of nurses, i.e. indicator S-15 and S-16, both on call and within the DMP, followed by recording the results of the visit in the nursing documentation, which will prevent mixing of visits by doctors and the number of visits by nurses and will allow a clear separation of nursing and doctor's services. This will allow to evaluate the performance of APNs and thus assess the overall effectiveness of the pilot project. Indicators that reflect the percentage of patients for whom a nurse has completed nursing documentation are currently premature, since nursing documentation is under development. Indicators on the nurse's direct care of the tracheotomy tube, nasogastric probe, colostomy, bladder lavage and catheterization, anti-bedsore measures, as well as the number of complications after these procedures will be more informative in assessing the effectiveness of nursing specialists and the entire nursing service.

A significant part of the indicators do not reflect the activities of the nursing service, but can be used when conducting a survey of nursing staff and patients.

The evaluation of the effectiveness of the nursing service should be carried out in each HO by an independent internal audit service. KPI indicators need to be revised and can be used to compare and improve performance, as well as to plan the organization's activities.

References

- Addor, V., Jeannin, A., Morin, D., Lehmann F., Roulet Jeanneret, F. & Schwendimann, R., 2015. How to identify and recruit nurses to a survey 14 and 24 years after graduation in a context of scarce data: lessons learnt from the 2012 nurses at work pilot study on nurses' career paths. *BMC Health Services Research*, 15(120).
- Bekbergenova Z., Baigozhina, Z., Umbetzhanova, A., Kabdullina, G., Abdrakhmanova, A. & Koikov, V., 2019. The satisfaction of the new competencies and roles of nurses in Kazakhstan. *European Journal of Public Health*, 29(4).
- Burström, L., Engtröm, M.L., Castrén, M., Wiklund, T. & Enlund, M., 2016. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 121(1), pp. 38-44.
- Koikov, V., Baigozhina, Z., Umbetzhanova, A., Bekbergenova, Z. & Derbissalina, G., 2019. Implementation of a new model of management to increase the effectiveness of nursing specialists. *European Journal of Public Health*, 29(4).
- McCance, T., Hastings, J. & Dowler, H., 2015. Evaluating the use of key performance indicators to evidence the patient experience. *Journal of Clinical Nursing*, 24, pp. 3084-3094.
- McCance, T., Telford, L., Wilson, J., Macleod, O. & Dowd, A., 2012. Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7-8), pp. 1145-1154.
- Shalkharova, Z.H., Koikov, V. & Baigozhina, Z., 2016. *Methodology and indicators for assessing the activities of nursing specialists in medical organizations. Methodological recommendations*. Astana: Republican Center for Health Development, p. 42.

Prevalence and risk factors of sharps injuries among primary care nurses in Kazakhstan

Kurolay Aimoldina²⁰
Gaukhar Rakhymgalieva²¹

Abstract

Background: WHO estimates that 40-65% of HBV infections and HCV in healthcare workers were associated with percutaneous occupational exposure. These injuries can occur at any time, i.e., in the process of disposing of used needles and sharps instruments in the disposal bins. However, little is still known about the prevalence and factors of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in Kazakhstan.

Objectives: The purpose of the study is to identify the prevalence and risk factors for needlestick injuries among Kazakhstani primary care nurses for the planning of intervention in reducing needlestick injuries.

Methods: 198 nurses participated in the study. A questionnaire was used to obtain data. A descriptive and bivariate analysis was applied as well.

Results: According to the survey results, it was revealed that 38.9% of respondents experienced a case of an injury at least once; 21.7% of respondents shared their observations that they witnessed needlestick injuries to other health workers in the workplace. A quarter of all respondents (23.7%) reported a case of withholding information about their incident. The majority of the respondents (91.9%) answered that they would feel safer if they had a portable sharps bin system and 92.4% of nurses noted the need for compulsory educational training.

Discussion: More than one-third of the nurses were injured by sharp instruments. Based on the questionnaire data, 1/4 of the nurses surveyed concealed the fact of sharps-related injury. The data related to injury factors were also processed, such as increased workload and fatigue. The results showed that the majority of respondents who had previously been injured by a needle injection worry about a recurring incident during medical procedures and utilization of used syringes. A significant number of nurses consider compulsory training as necessary for sharp injury prevention.

Keywords: sharps injuries, needlestick injuries, outpatient, ambulatory care, Kazakhstan

1 Introduction

According to the World Health Organization (*hereinafter* – WHO) report, the annual infection rate among health workers is 5.9% for Hepatitis B virus (HBV); 2.6% – for Hepatitis C virus (HCV) and 0.5% – for Human Immunodeficiency Virus (HIV). According to WHO estimates, 90% of blood borne infections (BBIs) transmitted through needlestick and sharps injuries have been reported in developing countries (Jahangiri, et al., 2016; Matsubara, et al., 2017; Bajracharya & Bhandari, 2018). Of these, 40-65% of HBV and HCV infections among healthcare workers were associated with percutaneous occupational exposure (Kaweti & Abegaz, 2016; Goel, et al., 2017; Sastry, et al., 2017; Dulong, et al., 2018). Denny (2014) described the risks of sharps-related injuries directly in the hospital wards, i.e., the location of sharps bins far from the patient's bedside; curtains around the patient's bedside reduce the visibility for the nurses when they have sharps instruments in their hands, and there is a risk of a potentially dangerous collision with another person; an increase in the number of people in certain periods of time, which significantly increases the risk of an incident; the nurse has to look for a sharps bin for disposal, as the nearest bin is full.

²⁰ **Kurolay Aimoldina, MSc student in Nursing**, Department of General Medical Practice with a Course of Evidence-Based Medicine, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan, aimoldinak@mail.ru

²¹ **Gaukhar Rakhymgalieva, Associate Professor**, Department of General Medical Practice with a Course of Evidence-Based Medicine, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan, r.gaukhar63@mail.ru

Today, in the Republic of Kazakhstan, the safety issues of nurses are also significant. So, in the framework of the joint Kazakh-European research project *ProInCa* (2019), which defines recommendations on the subject of nursing research in medical universities of the Republic of Kazakhstan, the topic of safety at the workplace of nurses, including injury sharps-related issues, is included in the list of high priority topics (See <http://proinca-nursing.kz/>). Despite certain achievements in the field of labor protection of medical workers, the scientific study of these issues in the field of modern nursing in Kazakhstan is relevant and still insufficiently studied today.

A review of literature (Dubel, et al., 2017; Matsubara, et al., 2017; Suliman, et al., 2018; Hasak, et al., 2018; etc.) showed the importance and relevance of the research topic being studied. Particularly, little is currently known about the risk factors for needlestick and sharps injuries among health workers in Kazakhstan, especially in primary health care departments (hereinafter – PHC). Therefore, the purpose of this study is to identify the prevalence and risk factors for needlestick injuries among Kazakhstani nurses during minimally invasive procedures in the city clinics in Nur-Sultan.

2 Methods

Being a continuation of the quality improvement project carried out at one clinic in Astana in 2018, the present study was conducted at 10 outpatient clinics in the city of Nur-Sultan from 2019-2020 based on the survey to identify the risk factors of sharps-related injuries among Kazakhstani nurses.

The sample of the given research was purposive. The target group are the nurses who give injection and take blood sampling. The selection criterion for this group was the risk of injury during procedures or when disposing of sharps instruments.

For this purpose, an anonymous questionnaire was conducted among primary care nurses in Kazakhstan after receiving their oral consent to participate in the study. A total of 206 questionnaires were distributed and 198 copies were returned. Therefore, 198 questionnaires were used in data analysis.

In general, the questionnaire, which was primarily developed by Denny (2014) and adapted for our research, contains 14 questions in the local languages of Kazakhstan, i.e., Kazakh and Russian, including both closed and open questions. The questionnaire was pretested, in which 11 nurses took part, as a result of which the questionnaire was adjusted taking into account the specifics and organization of the work of nurses in Kazakhstan polyclinics.

The final version of the questionnaire includes 3 blocks. The first block of the questionnaire contains socio-demographic issues, such as age, education and work experience. The second block of the questionnaire included questions regarding the personal experience of nurses related to sharps injuries. And the last third block consisted of questions regarding the identification of risk factors for needlestick and sharps injuries. In the framework of this study, a comparative statistic method was used to analyze the data. In order to identify risk factors for sharps-related injuries, a bivariate statistical analysis was used in data processing. The calculation was carried out using the SPSS 19.

3 Results

The number of study participants was 198 nurses. Socio-demographic characteristics of nurses are shown in Table No. 1. Most of the respondents were nurses aged 31 to 40 years

old (31.8%; n = 63). 36.9% of respondents (73 people) have working experience of more than 20 years followed by the group of nurses with 11-15 years length of work. Basically, all the nurses had secondary specialized education (96.5%; n = 191), while only seven of them had higher education (3.5%; n = 7).

Table 1: Socio-Demographic Characteristics of Nurses (n = 198)

Characteristic	Quantity (n)	Percentage (%)
Age:		
Under 30 y.o.	56	28.3
31-40 y.o.	63	31.8
41-50 y.o.	45	22.7
older than 50	34	17.2
Education:		
Specialized Secondary	191	96.5
Higher	7	3.5
Working experience:		
0-5 years	30	15.2
6-10 years	25	12.6
11-15 years	40	20.2
16-20 years	30	15.1
> 20 years	73	36.9

After collecting and processing the survey data, it was revealed that 38.9% of the respondents (77 people) were injured at least once. 21.7% of respondents (43 people) were witnesses of needlestick injuries by other health workers on the workplace. Almost a quarter of respondents (23.7%; n = 47) withheld the fact about the incident with them (Figure 1). Among the reasons for the reluctance to register the incident, time pressure and a fear of being punished were mentioned by the nurses.

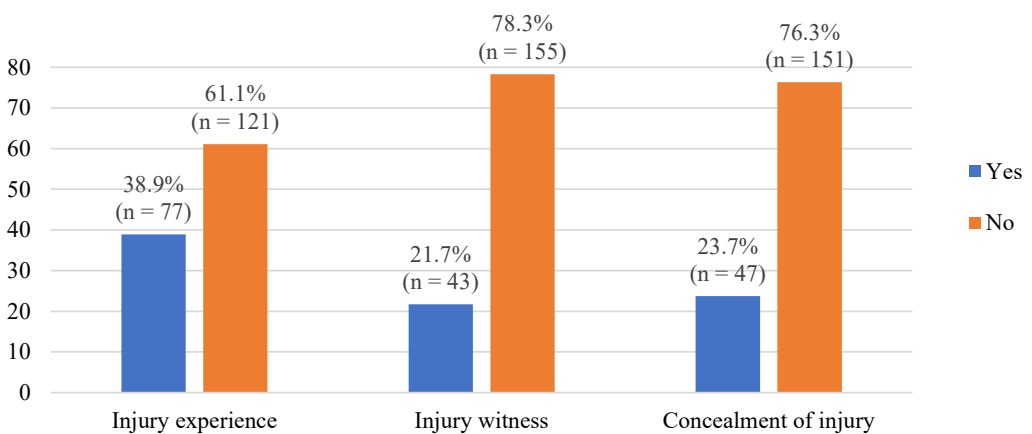


Figure 1: Cases of needlestick and sharps injuries among nurses (n=198)

Among the leading causes of injuries, the nurses named increased workload (61%; n = 47), inconvenient location of the sharps disposal bin (27.3%; n = 21) and insufficient work experience (23.4%; n = 18). This was followed by fatigue and lack of training at 15.6% (12

people) respectively, and other reasons, such as the sudden movement of the patient, the previously used paper bin were mentioned (Figure 2).

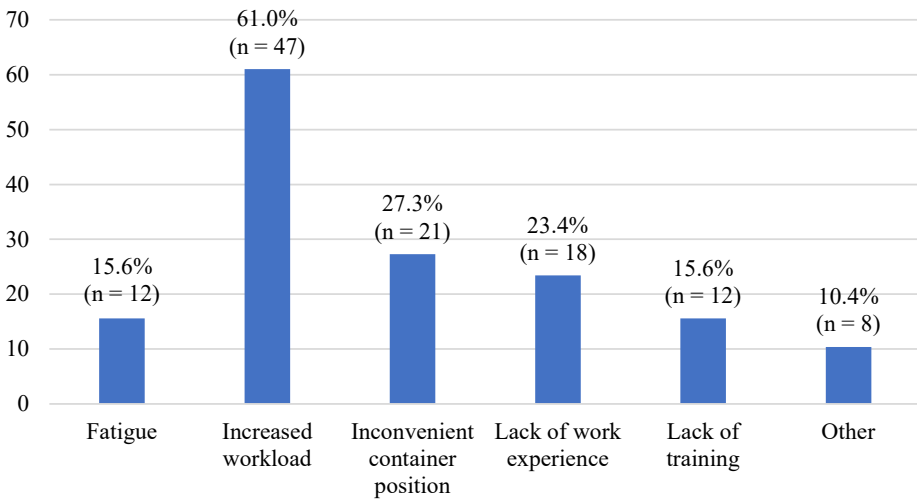


Figure 2: Risk factors for sharps-related injuries among nurses (n = 77)

89.9% of nurses (178 people) indicated the presence of bins for the safe disposal of sharps instruments in each room (i.e., treatment, manipulation and examination rooms, wards), where minimally invasive procedures are performed. The location of the sharps bins was considered to be convenient by 82.8% of the respondents (164 people). However, 74.7% of respondents (148 people) confirmed that the location of sharps bins at arm's length at the site of the medical manipulation could prevent needlestick injuries at the time of the injection. The vast majority of respondents (91.9%; n = 182) would feel safer with the presence of portable trolleys. Educational training on epidemiological safety is considered necessary by 92.4% of nurses (183 people).

Among nurses with and without injuries, there were no statistically significant differences in age, education, or work experience. Nurses who have ever been injured with sharps instruments are more likely to indicate the risk of sharps injury when traveling after a medical procedure, compared with those who were not injured ($p = 0.039$; $p = 0.021$). Injured nurses more often believed that injury can be prevented if a sharps bin is located at the level of an outstretched arm ($p = 0.025$) or if a mobile trolley is available ($p = 0.015$).

4 Discussion

As a result of a survey, a high prevalence of sharps-related injury was established among 38.9% of respondents (77 people), which is consistent with the previous literature and indicates the relevance of this problem. Almost a quarter of the nurses surveyed hid the fact of their injuries, which is associated not only with the heavy workload at the workplace, but also with the reluctance of nurses to admit their mistakes and become an object of general attention. Another aspect of silence about the incident is confidence in the insignificance of the event.

It was found that during medical procedures and when disposing of used syringes, most nurses who were previously injured by a needle injection are afraid of the incident. The incidents occurred due to the increased load on each nurse due to a lack of medical personnel.

The occurrence of sharps injuries was also affected by the inconvenient location of the sharps bin, making it difficult to safely dispose of sharps instruments. Another factor of needlestick and sharps injury is mentioned, which is called a lack of experience and fatigue. It follows that it is necessary to reduce the overload on nurses, to ensure safety in the workplace.

The vast majority of nurses cited the introduction of portable trolleys or the installation of sharps bins at arm's length as measures to prevent needlestick injuries. As well as a significant number of nurses expressed their opinion on compulsory educational training for nurses at the workplace, which will ensure that nurses are aware of the importance of protecting against sharps-related injuries and the BBIs prevention.

This study showed that sharp injuries were counted as an important hazard for nurses. The necessity of medical staff protection against percutaneous exposure to HBV and HIV infection is well documented. In our research as well as in other international studies (Dubel, et al., 2017; Goel, et al., 2017; Matsubara, et al., 2017; etc.) the risk factors for injury have been identified. Thus, the importance of intervention strategies to reduce sharps injuries exposure must remain an essential aspect of nursing education, since at the national level this area is still an under-explored one in Kazakhstan.

5 Conclusion

This study showed the significance in clinical practice of sharps-related injuries among primary care nurses in Kazakhstan. The data obtained indicate that more than 1/3 of the nurses had such an experience. To increase the safety of medical personnel and patients, it is necessary to develop an algorithm for recording and registering incidents at the workplace, which will allow nurses to record the case of a needlestick and sharps injuries without fear of punishment and without losing time for long-term registration of emergency situations. According to the survey, regular compulsory educational training on epidemiological safety will increase the protection of nurses from the risk of sharps injuries in the workplace. Additional prevention methods include measures such as portable trolleys, gloves with a puncture indicator, syringes with retractable needles, etc.

The study was among the first conducted in Kazakhstan and has a number of limitations. For example, it covered only nurses in the city of Nur-Sultan, without affecting residents of other cities. The data obtained by the survey method, therefore, are subjective and reflect the personal perception and experience of the nurses participating in the study.

References

- Bajracharya, M. & Bhandari, S., 2018. Needle Stick Injuries: A study Among Health Care Workers Tertiary Care Centre Nepal. *Medical Journal of Shree Birendra Hospital*, 17(1), pp. 44-48.
- Denny, J., 2014. Reducing the risk of needlestick injuries in hospital. *BMJ Quality Improvement Reports*, 2, pp. 1-5.
- Dubel, E.V., Sheprinsky, P.E. & Kurganova, T.Y., 2017. Faktory riska infitsirovaniya meditsinskikh rabotnikov gemokontaktnymi infektsiyami pri vozniknovenii avariynykh situatsiy [Risk factors for infection of medical workers with bloodborne infections in emergency situations]. *Medical alphabet*, 4(38), pp. 12-15.
- Dulon, M., Wendeler, D. & Nienhaus, A., 2018. Seroconversion after needlestick injuries—analyses of statutory accident insurance claims in Germany. *GMS hygiene and infection control*, 13, pp. 1-6.
- Goel, V., Kumar, D., Lingaiah, R. & Singh, S., 2017. Occurrence of needlestick and injuries among health-care workers of a tertiary care teaching hospital in North India. *Journal of laboratory physicians*, 9(1), pp. 20-25.

- Hasak, J.M., Novak, C.B., Patterson, J.M.M. & Mackinnon, S.E., 2018. Prevalence of needlestick injuries, attitude changes, and prevention practices over 12 years in an urban academic hospital surgery department. *Annals of surgery*, 267(2), pp. 291-296.
- Jahangiri, M., Rostamabadi, A., Hoboubi, N., Tadayon, N. & Soleimani, A., 2016. Needle stick injuries and their related safety measures among nurses in a university hospital, Shiraz, Iran. *Safety and health at work*, 7(1), pp. 72-77.
- Kaweti, G. & Abegaz, T., 2016. Prevalence of percutaneous injuries and associated factors among health care workers in Hawassa referral and adare District hospitals, Hawassa, Ethiopia, January 2014. *BMC Public Health*, 16(8).
- Matsubara, C., Sakisaka, K., Sychareun, V., Phensavanh, A. & Ali, M., 2017. Prevalence and risk factors of needle stick and sharps injury among tertiary hospital workers, Vientiane, Lao PDR. *Journal of Occupational Health*, 59(6), pp. 581-585.
- Sastry, A.S., Rajshekhar, D. & Bhat, P., 2017. Needlestick, sharp, and splash injuries in a tertiary care government hospital of South India. *Journal of Current Research in Scientific Medicine*, 3(2), pp. 94-101.
- Suliman, M., Al Qadire, M., Alazzam, M., Aloush, S., Alsarairih, A. & Alsarairih, F.A., 2018. Students nurses' knowledge and prevalence of Needle Stick Injury in Jordan. *Nurse Education Today*, 60, pp. 23-27.

Assessing patients' perceptions of the nursing profession in Kazakhstan

A cross-sectional survey

Sholpan Batarbekova²²
Alexandra Belyatko²³
Gulmira Derbissalina²⁴

Abstract

Background: In 2014, the Republic of Kazakhstan adopted a comprehensive plan for the development of nursing until 2020. The most important goal of this state project is to bring the nursing service in Kazakhstan under international standards. Nursing development trends significantly strengthen the role of the nurse in the modern healthcare system. In our country at present, however, a nurse is considered an assistant of a doctor and provides nursing care according to the instructions by a doctor.

Objectives: Our study aimed to determine the patient's perception of nursing services in outpatient clinics.

Method: We conducted a cross-sectional study by anonymous questioning of 200 respondents. The questionnaire was developed and approved at a meeting of the local ethics committee. After asking questions to a focus group of 10 people, some questions were corrected.

Results: According to the results of the survey, 43.1% of respondents said that the work of a nurse consists of only fulfilling the instructions and appointments of a doctor. 44.4% of respondents say that nurses should have technical or vocational education. A similar number of respondents answered that they should have a bachelor's degree. To the question: "Did the nurses talk with you about promoting a healthy lifestyle?" 78.8% of the respondents answered negatively. 55.6% of the respondents said that they had no case when a nurse could independently solve their problem without the help of a doctor. Moreover, it turned out that about 70% of the population surveyed could not entrust health problems, personal problems (relationships in the family, at work, etc.) to the nurse. More than half (58.3%) interviewed people did not agree to the introduction of an individual patient reception by a nurse for priority diseases (diabetes, asthma, arterial hypertension, etc.).

Discussion: The results indicate the low status of the nurse profession in society. Now, the nurse is not yet an independent, equal partner of the doctor at all stages of healthcare. The population is not ready for the new roles and competencies of nurses because most people think that a nurse is only a doctor's assistant. Since higher nursing education is associated with improved patient outcomes, nursing specialists worldwide are trained not only on the level of basic technical and vocational education but also in the framework of undergraduate, graduate, and doctoral programs in nursing. A breakthrough for our country in nursing education is that in 2020, the Pre-Ph.D. program is opening for applicants to the doctoral Ph.D. The duration of the program is 6 months. The study program includes internships at the leading universities in Finland. For Kazakhstan, the development of the nursing system implies a development on all levels of education. It is to be expected that along with the reform of nursing education, the introduction of the Pre-PhD program and, in the future Ph.D., will raise the prestige and significance of the profession of a nurse to a new level.

Keywords: *nursing, patient's perception, reform of nursing education, nursing competence, status of the nursing profession, professionalization*

1 Introduction

Nursing is one of the most ancient, respected and popular professions. From time immemorial, nurses provided daily care, help and support to help patients recover.

²² **Sholpan Batarbekova, second-year nursing master's student**, NPJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan, bksholpan@gmail.com

²³ **Alexandra Belyatko, second-year nursing master's student**, NPJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan, alexa_0706@mail.ru

²⁴ **Gulmira Derbissalina, MD, PhD**, NPJSC "Astana Medical University", Nur-Sultan, Kazakhstan, derbissalina@gmail.com

Trends in the development of nursing significantly strengthen the role of nurses in the modern health care system. Initially, the nurse belonged to the average medical staff, was considered a doctor's assistant and provided nursing care as prescribed by the doctor. Currently, modern theories of nursing, based on scientific approach and evidence-based practices, represent the nurse as an equal partner of the doctor who makes independent nursing decisions, plans and implements evidence-based nursing care, reflecting it in the nursing documentation. Now the doctor-nurse partnership is that the doctor provides the patient with medical care and the nurse-nursing care, working as part of a multiprofessional team of health professionals to improve the quality of care at all levels of the health system.

That is why all over the world, nursing professionals are currently trained not only at the level of basic technical and professional education, but also in the framework of bachelor's, master's and doctoral degrees in nursing.

In 2014, the Republic of Kazakhstan adopted a comprehensive plan for the development of nursing until 2020. The most important goal of this state project is to bring the nursing service in Kazakhstan in accordance with international standards (Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 2014). Today, in most countries of the world, nurses work at all levels of the health care system, providing quality nursing care, influencing the formation of a healthy lifestyle among the population, training a new generation of nurses, and conducting their own nursing research (World Health Organization (WHO), 2020). To foster the professionalization of nursing, it is important to take into account patients' perceptions of the nursing role. The system of nursing service varies in different countries, so the study of satisfaction requires knowledge of regional characteristics, the national educational system for training nurses, and the prevailing stereotypes of society's attitude to nurses. The work done to reform nursing in Kazakhstan has already yielded some results. From now on, the nurse is considered an equal partner of the doctor, and not his assistant. However, the low social status and prestige of this profession in our country indicates that, as before, there is distrust on the part of patients and the public towards this profession.

In many developed countries, over the past few decades, the image of a nurse has been constantly improved and changed, and now this profession is very popular. After all, in order to work as a nurse in these countries, a license is necessary.

Modern theories of nursing and the direction of development of nursing, based on evidence, significantly strengthen the role of the nurse in the modern health system as an equal partner of the doctor, who has the right to make independent nursing decision. Increasing nurse satisfaction is also a positive clinical effect for those who implement a common management structure (McKnight & Moore, 2019).

A modern nurse should have a wide range of skills. Currently, one of the most important practical skills used in nursing is communication with the patient. In healthcare, the trend towards personalized treatment is becoming clearer. In this regard, the ability to create a positive emotional background in the Department is just as important as the ability of a nurse to directly perform manipulations.

A nurse needs the ability to establish contact with patients, create a special emotional climate necessary for better treatment and recovery of patients.

Although the nurse does not treat the patient herself, but fulfills the doctor's orders, her role is very great, because when she is with the patients, she notices all the changes that occur in their condition, can calm them and ease their suffering.

The work of a nurse is very responsible, in addition to the love of work and care for the patient, the nurse must have sufficient medical knowledge.

A nurse whose primary responsibility is to take care of the patient must not only know all the rules of care and perform medical procedures skillfully, but also clearly understand the mechanism of action of a particular drug or procedure on the patient's body.

In addition to knowing their duties and fully understanding the case, the nurse should be able to notice all changes in the patient's health in a timely manner. This is important, especially when the patient's condition worsens. These changes can be taken into account in a timely manner only in the most attentive attitude to all, even to the most insignificant manifestations of the disease.

To do this, nurses need to get a quality education during their training at colleges and universities.

It is necessary to treat a patient in a completely different way than a healthy person, because the patient often has a different psychology, and the nervous system is unstable. The nurse is closer to the patient than the doctor, and she spends most of her time in the ward. Taking care of the patient and performing various procedures, the nurse constantly communicates with the patient.

With the establishment of a higher nursing education system in the country, secondary medical personnel have broad horizons for career growth.

However, there are also problems. Some of them are related to the lack of regulation of labor relations and the existing range of specialties, while others are related to the lack of readiness of the health service to accept nurses as highly qualified specialists.

In Kazakhstan, as in many post-Soviet countries, there is no understanding of the level of authority and responsibility of a nurse. According to the standard, a nurse is considered a doctor's assistant and provides nursing care only on the doctor's prescription. However, the resulting ambiguity of the nurse's role often forces the nurse to perform very different duties (Koikov, et al., 2019).

Kazakhstan's entry into the Bologna process prescribes the need to bring education and standards in line with European directives, including in nursing.

2 Methods

A single-stage cross-sectional descriptive survey study was conducted. 200 patients of outpatient clinics in the city of Nur-Sultan (Figure 1) aged 18 to 69 years (Figure 2) completed a questionnaire. The questionnaire consisted of 10 questions reflecting patients' perceptions of the work of nurses. Data collection was conducted in April-May 2019. Statistical analysis of the research results was carried out using standard methods of descriptive statistics.

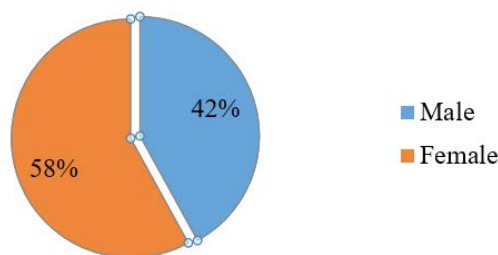


Figure 1: Gender

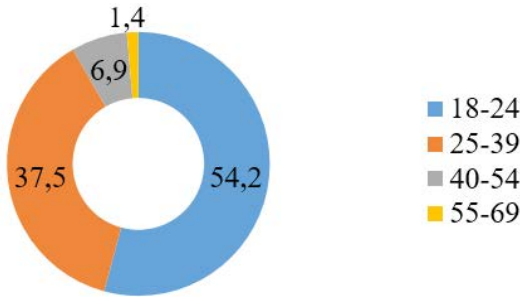


Figure 2: Age

3 Results

43.1% of respondents claim that the job responsibilities of a nurse is only to fulfill the orders and appointments of a doctor. About 18.1% of respondents believe that the nurse performs technical work that does not require serious professional training, however, 38.9% of respondents are convinced that the nurse should make independent clinical decisions within their authority (Figure 3).

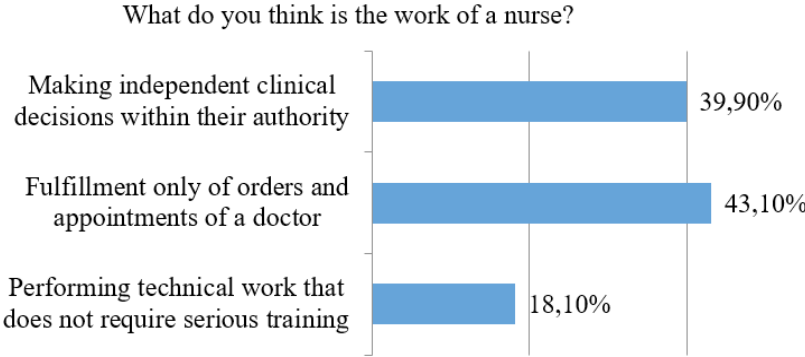


Figure 3: Job responsibilities of a nurse

44.4% of respondents say that nurses should have a technical or professional education. A similar number of respondents said that nurses should have a bachelor’s degree. And 11.1% believe that a nurse should be a master of medical sciences (Figure 4).

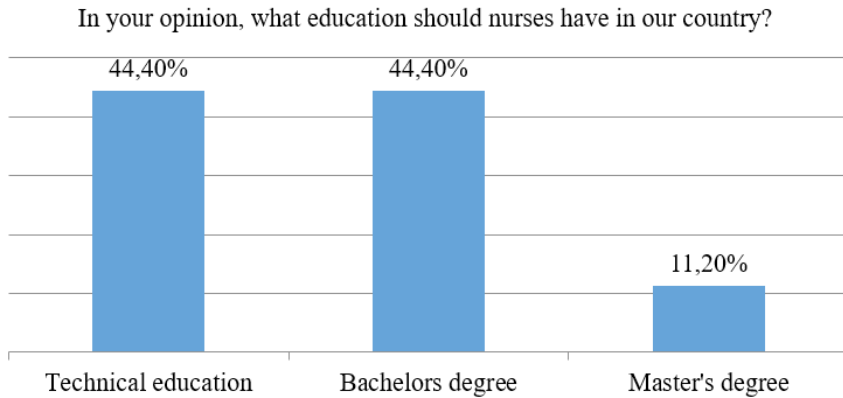


Figure 4: Education level

To the question: "Did the nurses talk to you about promoting of healthy lifestyle?" 78.8% of respondents answered negative. More than half of the people (55.6%) surveyed said that they had not had a case where a nurse could solve their problem independently, without the help of a doctor. 37.5% of respondents say that nurses do not explain the doctor's appointments and treatment, and 22.2% admitted that the nurses did not solve their problems in full. Moreover, it turned out that about 70% of the surveyed population could not trust a nurse with health problems, personal problems (relationships in the family, at work, etc.) (Figure 5).

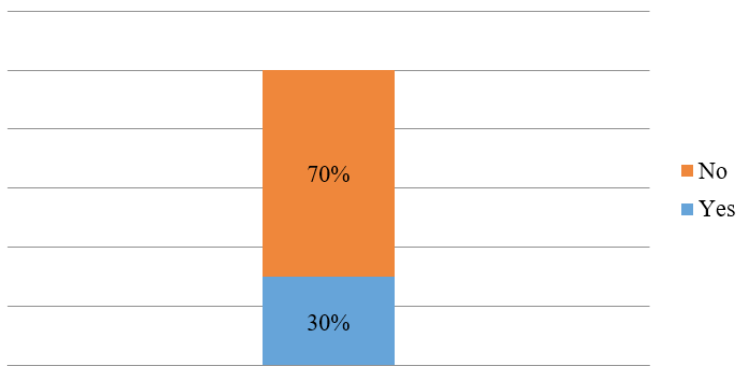


Figure 5: The level of public confidence in nurses

More than half (58.3%) do not agree to the introduction of individual admission of patients by a nurse for priority non communicable diseases (diabetes, asthma, hypertension, etc.).

4 Discussion

We can say that the results obtained in the course of the study indicate the low status of the nursing profession in the eyes of the public. Today, in Nur-Sultan city, a nurse is not yet an independent, equal partner of a doctor. We believe that the population is not yet ready for the new roles and competencies of nurses, since the majority of people believe that a nurse is only a doctor's assistant, and most admit that they could not entrust their personal and health-related problems to the nursing staff.

Why is the population against the fact that nurses independently conducted the reception of patients with chronic diseases? We believe that this situation was formed due to the lack of certain independence of the nurse, which in turn leads to a high level of distrust on the part of patients. Until now, in our country, the patient with his problem first goes to the doctor, because he does not perceive the nurse as a qualified specialist.

Currently, it is necessary to bring the system of training not only doctors, but also primary care nurses in accordance with international training standards.

Healthcare professionals need to acquire skills such as communicating with patients, advising them, conducting group discussions, motivating patients to make positive lifestyle changes, and working in a team.

Thus, nurses are increasingly responsible for promoting and preserving the health of the population.

Now all over the world, nursing professionals are trained not only at the level of basic secondary and professional education, but also at the bachelor's level. Post-graduate training is also common among nurses (master's and doctoral studies). One of the ways to solve the low status of nurses can be the introduction of all successive levels of education of nurses and programs of capacity building of faculty of universities. A triumph in the field of nursing education in Kazakhstan is the opening of the Pre-PhD program for those entering doctoral studies. Since March 2020, the medical University of Astana has been training Pre-PhD students for entering the doctoral program, which include the internships at leading universities in Finland.

Given the low prestige of the profession, which was formed and dates back to the Soviet times, when a nurse was perceived not as an independent specialist, but as a doctor's assistant who does not have his own opinion, these reforms should serve as a leap in the nursing system, because the experience of foreign countries shows us that where professional nurses work and the high status of this profession is recognized, mortality is reduced, and the outcomes of diseases are much better.

For Kazakhstan, the development of the nursing system means its development at all levels of education. Along with the reform of nursing education, the introduction of the Pre-PhD program and the future PhD will raise the prestige and importance of the nursing profession to a new level.

For the healthcare system of Kazakhstan, it is important to introduce innovative nursing technologies, develop modern nursing evidence-based practices, fundamental and applied nursing science, and redistribute and clearly delineate functional responsibilities between doctors and nurses at different levels.

References

- Koikov, V., Baigozhina, Z., Umbetzhanova, A., Bekbergenova, Z. & Derbissalina, G., 2019. Implementation of a new model of management to increase the effectiveness of nursing specialists. *European Journal of Public Health*, 29, Supp. 4.
- McKnight, H. & Moore, S.M., 2020. *Nursing Shared Governance*. StatPearls [Internet]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549862/>
- Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 2014. *Comprehensive plan for the development of nursing in the Republic of Kazakhstan 2014-2020*. Astana: Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.
- World Health Organization (WHO), 2020. *International year of nursing and midwifery workers*. S.I.: World Health Organization.

Posledice fizične obremenitve pri zaposlenih v zdravstveni negi – pregled literature

The consequences of physical activities in employees in healthcare – a literature review

Romana Petkovšek-Gregorin²⁵

Izvleček

Teoretično izhodišče: Kostno-mišična bolečina je pogost problem, s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi. Obstajajo številni dejavniki tveganja, ki bi se jim lahko s pravilnim pristopom izognili. Cilj raziskave je bil, da s pomočjo pregleda literature ugotovimo razširjenost težav s hrbtenico med zaposlenimi v zdravstveni negi.

Metode dela: Uporabljen je bil sistematičen pregled znanstvene literature v bazah podatkov COBISS, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, CINAHL. Raziskava je potekala v obdobju od 1. 1. 2020 do 10. 1. 2020. Kriteriji za vključitev člankov v raziskavo so bili, da ti opisujejo prisotnost bolečine v hrbtenici, in da raziskava vključuje zaposlene v zdravstveni negi. V raziskavo je bilo vključenih 58 člankov.

Rezultati: Oblikovali smo kode, ki smo jih združili v štiri kategorije: prisotnost kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice je med zaposlenimi v zdravstveni negi zelo visoka, dejavniki tveganja vodijo v poškodbo in iz tega izhajajočo bolečine v predelu hrbtenice, preprečevanje dejavnikov tveganja za nastanek kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice je pomembno, zato je uporaba pripomočkov za lažje izvajanje zdravstvene nege nujna.

Razprava: Pri pregledu literature smo ugotovili, da predstavlja kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice velik problem pri zaposlenih v zdravstveni negi, saj je zelo pogost pojav. Povzročajo jo številni dejavniki, ki se jim medicinske sestre pri svojem vsakodnevem delu zelo težko izognejo. Pomembno je, da prepoznamo te dejavnike in skušamo zmanjšati njihov vpliv na nastanek bolečine. Za preprečevanje kostno-mišične bolečine je najuspešnejša uporaba pripomočkov za lažje premeščanje in redno izobraževanje kadra.

Ključne besede: bolečina v hrbtenici, zdravstvena nega

Abstract

Theoretical background: Musculoskeletal pain is a common problem in nursing. Several risk factors could be avoided with the right approach. The study aimed to determine the prevalence of spinal problems among healthcare workers through a literature review.

Methods: A systematic review of the scientific literature was used. The survey was conducted from 1.1.2020 to 10.1.2020 according to different databases (COBISS, Obzornik zdravstvene nege, PubMed, CINAHL). The study included 58 articles.

Results: Four categories were formulated: the presence of musculoskeletal pain in the spine is very high among nursing staff, the risk factors leading to injury and resulting spinal pain, the prevention of risk factors for the musculoskeletal pain in the spine, and the use of devices to prevent the onset of back pain.

Discussion: In the literature reviewing, we found that musculoskeletal pain in the spinal area is a major problem for nursing staff because its occurrence is very common. It is caused by several factors that nurses find very difficult to avoid in their daily work. It is important to identify these factors and try to reduce their impact on the onset of pain. To prevent musculoskeletal pain, the most successful is the use of aids to facilitate the relocation and regular training of staff.

Keywords: low back pain, nursing

²⁵ Romana Petkovšek-Gregorin, dipl. m. s., mag. zdr. neg., viš. pred., URI-Soča, Slovenija, romana.petkovsek@ir-rs.si

1 Uvod

Kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice je pogosta. Pri posamezniku pusti posledice na različnih nivojih, kot so tetive, ligamenti ali mišice (Stričević, et al., 2010). Tovrstne bolečine lahko nastanejo, zaradi prekomernega napora, nepravilne tehnike premeščanja ali dvigovanja bremen zaradi nenadnega zasuka, napačnega giba (Low back pain fact sheet, 2019) in posledično nastanka poškodbe (Nachemson & Jonsson, 2000).

Ljudje, pri katerih je prisotna bolečina v tem predelu že nekaj časa, se po izboljšanju ponovno vrnejo na delo. Pri nekaterih preide v kronično obliko. V določenih primerih se pridruži celo gibalna oviranost. Dokazano je, da je leto po prvem pojavu bolečine le-te prisotna v 62 %. Do 16 % prizadetih se jih ni sposobno vrniti na delo (Hestbaek, et al., 2006).

Prisotnost kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice prizadene različne profile zaposlenih, kot so poklicni vozniki, delavci v pisarnah, učitelji in medicinske sestre. V svetu 60,4 % poklicnih voznikov toži o prisotnosti bolečine v hrbtenici in 37 % zaposlenih v pisarnah (Damanhuri, et al., 2014). Pri medicinskih sestrah je prisotna pri 38,8 % zaposlenih, pri patronažnih medicinskih sestrah 19,0 % in pri zdravnikih 5,6 % (Wong, et al., 2010). Pri medicinskih sestrah je bila ugotovljena 6x večja prevalenca prisotnosti te bolečine v primerjavi z drugimi poklici v zdravstvu (Dawson, et al., 2007). Pri medicinskih sestrah v ambulanti ali na ortopedskih oddelkih je prisotna pri 67 % (Li, et al., 2019; Zhang, et al., 2019).

V različnih zdravstvenih ustanovah v Sloveniji so ugotovili, da se kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice pojavlja pri medicinskih sestrah od 77 % do 95 % (Petkovšek-Gregorin, et al., 2015; Faflik, et al., 2018; Skubic, 2018). Anketiranci so bili mnenja, da je glavni vzrok njihovih težav v naravi njihovega dela (Markovič, et al., 2007; Skubic, 2018). Delovne izkušnje, starost in pogosta stoja so pozitivno povezani z bolečino v hrbtenici (Hoof, et al., 2017).

Dejavniki, ki napovedujejo pojav bolečine v predelu hrbtenice so: prisilna drža med delom, ročno premeščanje, utrujenost, fizične obremenitve, daljše sedenje ali hoja... (Markovič, et al., 2007).

Pripomočke za lažje in varnejše premeščanje zaposleni v zdravstveni negi uporabljajo, če so jim na razpolago (Stričević, et al., 2010; Petkovšek-Gregorin, et al., 2015). Zaposleni se zavedajo nevarnosti, vendar zaradi pomanjkanja kadra pripomočkov ne uporabljajo (Tomanič, et al., 2017).

Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov pri delu s pacienti predstavlja preventivni način za ohranjanje zdravja zaposlenih v zdravstveni negi (Stričević, et al., 2010). Kljub pojavu opozorilnih znakov za kostno-mišično bolečino v predelu hrbtenice, ki so jih povzročile nepravilne tehnike dvigovanja bremen so zaposleni nadaljevali z enakim načinom dela, kar je vodilo v poškodbe (de Almeida, et al., 2016). Medicinske sestre je treba vzpodbuditi k varnemu izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (Ibrahimi, et al., 2019). Znanje o pravilni in varni uporabi ergonomsko-tehničnih pripomočkov je zelo pomembno (Goltnik & Kalender Smajlovič, 2019). Glavne usmeritve za preprečevanje bolečin v hrbtenici med medicinskimi sestrami je povečanje znanja na področju pravilnega premeščanja pacientov (Gim, 2017).

Ugotovljeno vodi v veliko odsotnost z delovnega mesta (Hoy, et al., 2014; Suliman, 2018). Povprečno so medicinske sestre v bolniškem staležu 7 dni (Nonfatal occupational injuries, 2012). Pogosti absentizmi medicinskih sester z dela vpliva na nego pacientov, saj se posredno povečuje obremenjenost ostalih medicinskih sester na oddelku (Iyaoromi, et al., 2016).

2 Namen in cilj raziskave

Cilj raziskave je bil, da s pomočjo pregleda literature ugotovimo razširjenost težav s hrbtenico med zaposlenimi v zdravstveni negi in vzrokov, ki vodijo do njihovega nastanka.

Kvalitativna sinteza (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo.

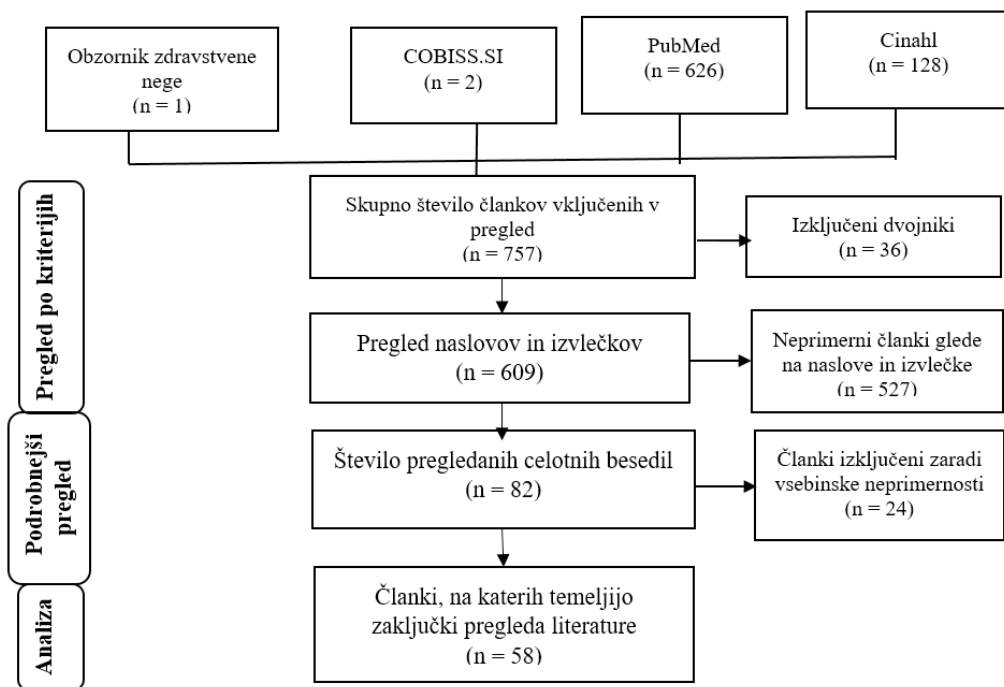
3 Metode

Uporabljen je bil sistematičen pregled znanstvene literature.

3.1 Metoda pregleda

V obdobju od 1. 1. 2020 do 10. 1. 2020 smo s sistematično iskalno strategijo pregledali literaturo v bazah podatkov CINAHL, PubMed, COBIB in Obzornik zdravstvene nege. Uporabili smo naslednje iskalne pojme: kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice in zdravstvena nega; in iskalne pojme v angleškem jeziku: lower back pain and nursing. Pri iskanju po tuji bazi podatkov smo uporabili napredno iskanje in Boolov logični operater »and«. Postavljena je bila zahteva, da morajo biti članki umeščeni kot pregledni znanstveni članki z recenzijo. Iskanje je vključevalo članke v obdobju od januarja 2006 do vključno decembra 2019. Kriteriji za vključitev člankov v raziskavo so bili, da ti opisujejo prisotnost bolečine v hrbtenici, in da raziskava vključuje zaposlene v zdravstveni negi.

3.2 Rezultati pregleda



Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature

S strategijo iskanja v podatkovnih bazah smo našli skupno 757 zadetkov na tematiko bolečin v hrbtenici. Dvainosemdeset člankov je bilo primernih za vključitev v raziskavo. Pri vsebinskem pregledu smo izključili 24 člankov, tako je ostalo 58 člankov, ki so bili primerni za vključitev v raziskavo (Slika 1).

3.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Kriterij za izbor je bila najprej ustrezna vsebina člankov. Zastavljeni kriterij je izpolnilo 58 člankov, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck 2008). Dva članka sta bila napisana na podlagi sistematičnega pregleda nerandomiziranih kliničnih študij, 6 člankov je bilo napisanih na podlagi posameznih randomiziranih kliničnih raziskav. Petnajst člankov je bilo napisanih na podlagi sistematičnega pregleda korelacijskih/opazovalnih raziskav, 25 člankov je bilo narejenih kot posamezne korelacijske/opazovalne raziskave in 10 člankov kot posamezna opisna/kvalitativna raziskava. Sintezo rezultatov smo opravili z analizo strokovnih in znanstvenih vsebin, upoštevali smo dimenzije in stopnje zanesljivosti dokazov.

4 Rezultati

Pregledali smo vsebino člankov. Iz vsebine besedila smo oblikovali kode, ki smo jih združili v 4 kategorije:

1. prisotnost kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice je med zaposlenimi v zdravstveni negi zeli visoka,
2. dejavniki tveganja, ki vodijo v poškodbo in iz tega izhajajočo bolečine v predelu hrbtenice,
3. preprečevanje dejavnikov tveganja za nastanek kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice,
4. uporaba pripomočkov za preprečevanje nastanka bolečine v predelu hrbtenice in

1. kategorija: prisotnost kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice je med zaposlenimi v zdravstveni negi zeli visoka

S kostno-mišično bolečino v predelu hrbtenice se srečujejo v številnih državah, kot so Francija, Švedska, Švica, Turčija, Malezija, Kitajska, Slovenija in številne druge (June & Cho, 2011; Stričević, et al., 2012; Petkovšek-Gregorin, et al., 2015; Iyaoromi, et al., 2016; Azizpour, et al., 2017; Skela Savič, et al., 2017; Sevin, et al., 2018; Ibrahim, et al., 2019). Prisotnost bolečine je med medicinskimi sestrami pogostejša kot pri ostali populaciji po nekaterih podatkih je celo 6x večja (Dawson, et al., 2007; Tosunoz & Oztunc, 2017). Pri dvigovanju težjih bremen nastane sedem krat večja obremenitev mišic hrbta v sklonjenem položaju v primerjavi z vzravnanim položajem (Šalda, 2018). Najbolj so izpostavljene pojavu bolečine v predelu hrbtenice medicinske sestre v intenzivnih enotah, na internih oddelkih in na pediatričnih oddelkih (June & Cho, 2011; Ovayolu, et al., 2014).

V Sloveniji je visoka pojavnost kostno-mišične bolečine (Hočever-Posavec & Bohinc, 2014). Med medicinskimi sestrami v Sloveniji je tovrstna bolečina prisotna pri 77-85,9 % zaposlenih (Stričević, et al., 2012; Iyaoromi, et al., 2016; Skela Savič, et al., 2017). Kar 96 % zaposlenih medicinskih sester v rehabilitaciji je že občutilo bolečine v ledvenem predelu (Petkovšek-Gregorin, et al., 2015). Bolečina v ledvenem predelu se pojavlja pri 77 % zaposlenih v zdravstveni negi, ne glede na spol, starost in izobrazbo (Skubic, 2018), pogosta je pri medicinskih sestrah s srednješolsko izobrazbo in pri starejših nad 35 let (Blažević, et al., 2014).

Tudi drugod po svetu je prisotnost kostnomišične bolečine visoka, od 69,5 % do 88,3 % (Azizpour, et al., 2017; Samaei, et al., 2017; Sevin, et al., 2018; Ibrahimi, et al., 2019). Še posebej so izpostavljene ženski (Azizpoue, et al., 2017; Skela Savič, et al., 2017).

Bolečina v ledvenem predelu se pojavlja že pri študentih zdravstvene nege, redkeje pri študentih fizioterapije (Solomon, et al., 2017).

2. kategorija: dejavniki tveganja, ki vodijo v poškodbo in iz tega izhajajočo kostno-mišično bolečino v predelu hrbtenice

Najpogostejši dejavnik tveganja za nastanek bolečine v ledvenem predelu je delo, ki traja več kot 7 ur dnevno, prisilna drža telesa med izvajanjem posameznih aktivnosti, ročno premeščanje pacienta, utrujenost, dolžina delovne dobe, indeks telesne mase, večizmensko delo (Stričević, et al., 2012; Ovayolu, et al., 2014; Demšar, et al., 2016; Samaei, et al., 2017; Tomanič, et al., 2017; Tousunz & Oztunc, 2017; Sevin, et al., 2018; Kren, 2018; Ibrahimi, et al., 2019), ženski spol, starost (Skela Savič, 2017), odsotnost kajenja ali pitja alkoholnih pijač (Stričević, et al., 2012). Skubic (2018) pa že naštetim dejavnikom tveganja dodaja še psiho-socialne dejavnike, vpliv svojcev, tempo dela. Največja nevarnost za nastanek bolečine v ledvenem predelu pri medicinskih sestrah je takrat, ko je pacient med njenim delom v postelji (menjavanje rjuh, premikanje pacienta proti vzglavju...) (Sevin, et al., 2018).

Poleg opisanega se lahko bolečine pri medicinskih sestrah pojavijo tudi v predelu vratu, prsnega koša, rok, zapestja, kolen... (Sevin, et al., 2018).

Podaljšanje dela za 1 uro dnevno poveča nevarnost za nastanek kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice za 35 %. Enak vpliv na nastanek bolečine ima tudi večje število pacientov, ki jih je potrebno negovati v eni izmeni (Shieh, et al., 2016). 78 % zaposlenih v zdravstveni negi meni, da je bolečina v ledvenem predelu povezana z naravo njihovega dela (Petkovšek-Gregorin, et al., 2015).

Medicinske sestre vsak dan dvigujejo težka bremena. Večina njih pozna ergonomska načela, vendar jih pri svojem delu ne upošteva dovolj. Njihovega pomena se zavedajo šele takrat, ko nastopijo težave. Najmanj načela upošteevajo mlajše medicinske sestre-mlajše od 30 let in z manj kot 10 let delovnih izkušenj (Vavkan, et al, 2016; Tomanič, et al., 2017).

3. kategorija: preprečevanje dejavnikov tveganja za nastanek kostno-mišične bolečine

Zelo pomembni pri preprečevanju bolečin v ledvenem predelu so primerni delovni pogoji (Ibrahimi, et al., 2019). Vsak posameznik lahko preventivno deluje v smislu preprečevanja bolečin z rekreacijo, redno športno aktivnostjo (Stričević, et al., 2012; Zurc, 2012).

Dolgoročno pa ima velik vpliv na prisotnost bolečine v ledvenem predelu udeležba na izobraževanjih, ki obravnavajo izpostavljeno tematiko (Demšar, et al, 2016; Sharma, 2016; Jaromi, et al., 2018; Kren, 2018; Goltnik & Kalender Smajlovič, 2019; Pakbaz, et al, 2019).

Zmanjševanje bolečine v ledvenem predelu je možno z uporabo ergonomskih pristopov pri delu, rednimi zdravstvenimi pregledi, pravočasnim prepoznavanjem dejavnikov tveganja in zmanjševanjem njihovega vpliva (Azizpour, et al., 2017). Program preprečevanja bolečin v ledvenem predelu je uspešen, saj med skupinama - eno ki se je udeležila izobraževanja in drugo, ki se izobraževanja ni udeležila, obstaja pomembna razlika v znanju (Pakbar, et al., 2019). Medicinske sestre nimajo odklonilnega odnosa do izobraževanja in se ga tudi redno udeležujejo (Blažević, et al., 2014). Zaposlene je treba ozaveščati, da imajo pravico do zdravih in varnih delovnih pogojev (Tosunoz & Oztunc, 2017).

Smernice za varno premeščanje v Sloveniji je težko najti (Hočevnar Posavec & Bohinc, 2014). Z izobraževanjem o pravilnih in varnih tehnikah premeščanja se morajo seznaniti že študenti zdravstvene nege med šolanjem. Potrebno jim je tudi vliti dovolj poguma, da se med kliničnim usposabljanjem ali kasneje na delovnem mestu opogumijo in uprejo nevarnim

načinom premeščanja in izvajanja drugih aktivnosti zdravstvene nege na nevaren način (Menzel, 2016).

Študenti se zavedajo, da so znanja iz ergonomije in uporaba pripomočkov pri delu pomembni, vendar menijo, da imajo premalo tovrstnega znanja (Goltnik & Kalender Smajlović, 2019), vendar pa imajo premalo izkušenj (Sadiković, et al., 2017).

4. kategorija: uporaba pripomočkov za preprečevanje nastanka bolečine v ledvenem predelu

Medicinske sestre naj pri svojem delu večkrat uporabljajo pripomočke, ki bi jim olajšali delo (Demšar, et al., 2016). Kar 96 % medicinskih sester v rehabilitacijski ustanovi uporabljajo pripomočke za lažjo nego in lažje premeščanje pacientov (Petkovšek-Gregorin, et al., 2015), če so ti na voljo (Stričević, et al., 2010). Nekateri kljub zavedanju o nevarnosti nastanka bolečine v ledvenem predelu, pripomočkov pri svojem delu ne uporabljajo (Blažević, et al., 2014).

Pravilno izvajanje aktivnosti lahko zmanjša prisotnost bolečine, kar vpliva na kakovost življenja medicinskih sester (Sandhya, et al., 2015). Menijo, da je na voljo premalo pripomočkov (Sadiković, et al., 2017). V domovih za starejše predstavljajo dodatno oviro za uporabo pripomočkov neustrezni kadrovski normativi. Medicinskim sestram ni na voljo dovolj časa, da bi pripomočke, ki so jim na voljo, zaradi časovne stiske, uporabile (Tavželj & Balantič, 2018). Da bi pripomočke začele uporabljati v zadostni meri, je potrebno prilagoditi delovno okolje (Sevin, et al., 2018). Prav tako je tudi pomembna uporaba pripomočkov med študenti zdravstvene nege (Goltnik & Kalender Smajlović, 2019).

5 Razprava in zaključek

Pri pregledu literature smo ugotovili, da predstavlja kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice velik problem pri zaposlenih v zdravstveni negi, saj je zelo pogost pojav. Povzročajo jo številni dejavniki, ki se jim medicinske sestre pri svojem vsakodnevnem delu zelo težko izognejo. Pomembno je, da prepoznamo te dejavnike in skušamo zmanjšati njihov vpliv na nastanek bolečine. Za preprečevanje kostno-mišične bolečine je najuspešnejša uporaba pripomočkov za lažje premeščanje in redno izobraževanje kadra.

Kostno-mišična bolečina v predelu hrbtenice je zelo pogosta težava pri zaposlenih v zdravstveni negi. Njena prisotnost je po podatkih iz različnih raziskav med 62-88,8 % (June & Cho, 2011; Stričević, et al., 2012; Petkovšek-Gregorin, et al., 2015; Iyaoromi, et al., 2016; Azizpour, et al., 2017; Skela Savič, et al., 2017; Sevin, et al., 2018; Ibrahim, et al., 2019). Iz predstavljenega izhaja, da je zaradi velikega odstotka prisotnosti bolečine tudi veliko število zaposlenih v zdravstveni negi, ki so odsotni z dela zaradi bolečin v hrbtenici. V povprečju je ta po različnih podatkih od 7-14 dni. Če pa upoštevamo stalež samo tistih zaposlenih, ki so odsotni z dela dalj časa, je ta odsotnost bistveno daljša: od 42-45 dni (Workers' Compensation Board of British Columbia, 2004; Nonfatal occupational injuries, 2012; Petkovšek-Gregorin, et al., 2015; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015).

Prepoznani so že številni dejavniki tveganja, ki vodijo v nastanek kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice. Mnoge bi lahko preprečili ali pa vsaj zmanjšali njihov vpliv (Kuiper, et al., 2008).

Preprečevanje njenega nastanka bi bilo najbolj smiselno začeti izvajati z izobraževanjem zaposlenih v zdravstveni negi in tudi drugih zaposlenih v zdravstvu, kljub temu, da so slednji bistveno manj izpostavljeni njenemu nastanku (Wong, et al., 2010). Naslednji korak bi bil v smeri nabave primernih pripomočkov, ki olajšajo delo zaposlenim v zdravstveni negi.

Predvsem so to pripomočki za lažje premeščanje bremen, dvigovanje predmetov, pripomočki s katerimi si zaposleni lahko prilagodijo delovne površine...

Na koncu pa je potrebno izpostaviti tudi ureditev kadrovskih normativov. Nujno bi bilo potrebno povečati število zaposlenih v zdravstveni negi na vseh nivojih (primarnem, sekundarnem in terciarnem) in tudi v domovih za starejše občane, kjer je pomanjkanje kadra prav tako zelo pereč problem.

Literatura

- Azizpour, Y., Delpisheh, A., Montazeri, Z. & Sayehmiri, K. 2017. Prevalence of low back pain in Iranian nurses: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central Nursing*, 16(50), pp.1-10.
- Bener, A., El-Rufaie, O.F., Kamran, S., Georgievski, A.B., Farooq, A. & Rysavy, M., 2006. Disability, depression and somatization in a low back pain population. *APLAR Journal of Rheumatology*, 9(3), pp. 257-263.
- Blažević, B., Skela-Savič, B. & Zorc, J., 2014. *Skrb za telesno držo in hrbtnico pri srednješolsko izobraženem kadru v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
- Damanhuri, Z., Zulkifli, A., Lau, A. & Zainuddin, H., 2014. Low back pain among office workers in a public University in Malaysia. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 1(1), pp. 99-108.
- Dawson, A.P., McLennan, S.N., Shiller S.D., Jull, G.A., Hodges, P.W. & Stewart, S., 2007. Interventions to prevent back pain and back injury in nursing: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 64(10), pp. 642-650.
- De Almeida, M.C., Cezar-Vaz, M.R., Alves Bonow, C., Santos da Silva, M.R. & Devos Barlem, E.L., 2016. Identification of cumulative post traumatic disorders in port workers for clinical research. *Acta paulista de enfermagem*, 29(2), pp. 154-60.
- Demšar, A., Zorc, J. & Skela-Savič, B., 2016. Povezave med izbranimi dejavniki tveganja in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 57-64.
- Faflik, A., Haložan, D. & Stričević, J., 2018. *Ergonomija in obremenitve na delovnem mestu medicinske sestre v splošni bolnišnici: magistrsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Garg, A., Milholland, S., Deckow-Schaefer, G. & Kapellusch, M.S., 2007. Justification for a minimal lift program in critical care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(2), pp. 187-96.
- Gim, S.C., 2017. Factors associated with low back pain among nurses in critical care units. *Hospital University Sains Malaysia*, 1(7).
- Goltnik, Š. & Kalender-Smajlović S., 2019. *Poznavanje ergonomije pri študentih zdravstvene nege: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C. & Kyvik, K.O., 2006. Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(7), pp. 29.
- Hočevar Posavec, B. & Bohinc, M., 2014. Smernice za premeščanje pacientov kot dejavniki preprečevanja poškodb medicinskih sester. In.: Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 133-41.
- Hoof, K., O'Sullivan, M. & O'Keefe, S., 2018. The efficacy of interventions for low back pain in nursing: a systematic review. *International Journal of Nursing Standards*, 77, pp. 222-231.
- Hoy, D., March, L., Brooks, P., et al., 2014. The global burden of low back pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(6), pp. 968-974.
- Ibrahimi, M.I., Zubair, I.U., Yaacob, N.M., Ahmad, M.I. & Shafei, M.N., 2019. Low back pain and its associated factors among nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), pp. 1-12.
- Iyaoromi, O.O., Madaki, A.J. & Dankyau, M., 2016. Relationship between low back pain and work-place functioning of nurses at a tertiary hospital in north central Nigeria. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 11(1), pp. 1-7.
- Jaromi M., Kukla A., Szilagyí B., Simon-Ugron, A., Kovácsné Bobály, V., Makai, A., Linek, P., Ács, P. & Leidecker, E., 2018. Back school program for nurses has reduced low back pain levels: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), pp. e895-e902.
- June, K.J. & Cho, S.H., 2011. Low back pain and work related factors among nurses in intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), pp. 479-87.

- Kren, A., 2018. Ergonomija in njen pomen v službi nujne medicinske pomoči. Ergonomija v zdravstveni negi. In: Laznik G., ed. *Pomen ergonomije v zdravstveni negi*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Kuiper, J.I., Burdorf, A., Verbeek, J.H.A.M., Frings-Dresen, M.H.W., van der Beek, A. J. & Viikari-Juntura, E.R.A., 1999. Epidemiologic evidence on manual handling as a risk factor for back disorders: a systematic review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 24(4), pp. 389-404.
- Li, L., Deng, X., Zhang, H., Yang, H., Chen, J., Hou, X., Ning, N. & Li, J., 2019. A cross-sectional survey of low back pain in nurses working in orthopedic departments. *Workplace Health and Safety*, 67(5), pp. 218-230.
- Low back pain fact sheet*, 2019. Available online: <https://www.ninds.nih.gov/disorders/patient-caregiver-education/fact-sheets/low-back-pain-fact-sheet> [Accessed 2 January 2020].
- Markovič, A., Radič, D. & Slemenšek-Budiša, A., 2007. *Ergonomija in fizične obremenitve zdravstvenih delavcev v domovih starejših občanov*. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje.
- Menzel, N., 2016. Low back pain in student nurses: literature review and prospective cohort study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 13(1).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015. *Bolniški stalež*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&_5_id=52&_5PageIndex=1&_5groupId=185&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=46-5.0 [Accessed 19 January 2015].
- Nachemson, A. & Jonsson, E., 2000. *Neck and back pain: the scientific evidence of causes, Diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work*, 2012. Available online: https://www.bls.gov/news.release/archives/osh2_11262013.pdf. [Accessed 3 January 2020].
- Ovayolu, O., Ovayolu, N. & Genc, M., 2014. Frequency and severity of low back pain in nurses working in intensive care units and influential factors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(1), pp. 70-6.
- Pakbaz, M., Husseini, M.A., Aemmi, S.Z., et al., 2019. Effectiveness of the back school program on the low back pain and functional disability of Iranian nurses. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 15(1), pp. 134-8.
- Petkovšek-Gregorin, R., Vidmar, V. & Karan, K., 2015. Ali telesne obremenitve pri izvajanju dejavnosti zdravstvene nege privedejo do poškodb lokomotorne sistema? *Rehabilitacija*, suppl.1, pp. 33-9.
- Polit, D.F. & Beek, C.T., 2008. *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for nursing practice*, 8th ed. S.l.: Lippincott publications, pp. 5-11.
- Sadiković, Z., Haložan, D., Stričević, J. & Čelan, D., 2017. *Preprečevanje poškodb hrbtenice z upoštevanjem standarda ergonomije: ISO11228 in En 1005: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Maribor.
- Samaei, S.E., Mostafaei, M. & Jafarpour, H., 2017. Effects of patient-handling and individual factors on the prevalence of low back pain among nursing personnel. *Work*, 56(4), pp. 551-61.
- Sandhya, R.V., Kumari, M.J. & Gopisankar, D., 2015. Prevalence of low back pain and knowledge on body mechanics among the staff nurses in a tertiary care hospital. *International Journal of Advanced Research*, 3(9), pp. 928-934.
- Sevin C., Nurten T. & Ayse Ö., 2018. Critical-care nurses' pain experience and the prognostic factors. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(1), pp. 3-11.
- Sharma, R., 2016. Effectiveness of education and selected exercises programme to reduce back pain in staff nurses. *International Journal of Nursing Education*, 8(2), pp. 63.
- Shieh, S.H., Sung, F.C., Su, C.H., Tsai, Y. & Chia-Rong Hsieh, V., 2016. Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: a questionnaire survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 55, pp. 525-9.
- Skela Savič, B., Pesjak, K. & Hvalič-Touzery, S., 2017. Low back pain among nurses in Slovenian hospitals: cross-sectional study. *International Nursing Review*, 64(4), pp. 544-51.
- Skubic, Š., 2018. *Povezava med izbranimi dejavniki delovnega okolja in pojavnostjo kostno-mišične bolečine v predelu hrbtenice pri zaposlenih v zdravstveni negi: magistrska naloga*. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
- Solomon, A., Wilson, S., Meyer, M., et al., 2017. Prevalence of low back pain among nursing students. *International Journal of Nursing Education*, 2017, 9(3), pp. 115-21.
- Stričević, J., Balantič, Z., Turk, Z., Čela, D., Kegl, B. & Pajnikihar, M., 2012. Dejavniki tveganja za pojav bolečine v vratnem in ledvenem predelu hrbtenice pri negovalnem osebjem v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 195-207.

- Stričević, J., Balantič, Z. & Turk, Z., 2010. *Oblikovanje standardov v zdravstveni negi z upoštevanjem ergonomskih načel za zmanjševanje biomehaničnih obremenitev hrbtenice: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Maribor.
- Suliman, M., 2018. Prevalence of low back pain and associated factors among nurses in Jordan. *Nursing Forum*, 53(4), pp. 425-31.
- Šalda, Z., 2018. Ergonomija v zdravstveni negi. In: G. Laznik, ed. *Pomen ergonomije v zdravstveni negi*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Tavželj, M. & Balantič, Z., 2018. *Uporaba ergonomskih tehničnih pripomočkov v domovih za starejše: magistrsko delo*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Maribor.
- Tomanič, K., Stričević, J. & Haložan, D., 2017. *Prepoznavanje nalog v zdravstveni negi in delovnih mest z ergonomskimi nevarnostmi: diplomsko delo*. Kranj: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Tosunoz, I.K., 2017. Low back pain in nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), pp. 1728-1732.
- Vavkan, B., Stričević, J. & Haložan, D., 2016. *Analiza delovnega mesta medicinske sestre in uporaba ergonomskih načel pri dvigovanju bremena: magistrsko delo*. Kranj: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Wong, T., Teo, N. & Kyaw, M., 2010. Prevalence and risk factors associated with low back among health care providers in a district hospital. *Malaysian Orthopaedic Journal*, 4(2), pp. 23-8.
- Workers' compensation board of British Columbia, 2004. *Back pain statistics*. Available at: http://www.worksafebc.com/back_at_work/back_pain_basics/baw_10_30.asp [Accessed 14 August 2004].
- Zhang, Q., Dong, H., Zhu, C., et al., 2019. Low back pain in emergency ambulance workers in tertiary hospitals in China and its risk factors among ambulance nurses: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(9).
- Zurc, J., 2012. Povezave med gibalno aktivnostjo in pojavnostjo bolečine v križu pri zdravstvenem osebju. *Zdravstveno varstvo*, 51(3), pp. 221-222.

Koristi vzpostavitve varnih sob za injiciranje v Sloveniji

Benefits for establishing supervised injection facilities in Slovenia

Matic Raušl²⁶
Aljoša Lapanja²⁷

Izvleček

Teoretična izhodišča: Sobe za varno injiciranje prepovedanih drog so fizične nastavitve, kjer si lahko uporabniki drog injicirajo predhodno pridobljene droge pod nadzorom zdravstvenih delavcev. Namenjene so spodbujanju varnejšega injekcijskega vedenja in preprečevanju prenosa okužb, prenosljivih s krvjo.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s sistematičnim pregledom domače in tuje znanstvene ter strokovne literature s področja varnih sob za injiciranje. Iskanje podatkov je potekalo v bazah: CINAHL, MEDLINE in COBIB.SI. Podatke smo obdelali z metodo vsebinske analize in sinteze besedil. V končno analizo je bilo vključenih 21 člankov.

Rezultati: Programi varnih sob za injiciranje drog zmanjšujejo prenos bolezni, ki se prenašajo s krvjo, število smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov, število okužb kože in mehkih tkiv ter število potreb po intervencijah nujne medicinske pomoči in število hospitalizacij. Hkrati so varne sobe stroškovno učinkovite. Objekti za varno injiciranje prepovedanih drog niso povečali kriminala, trgovanja z drogami, injiciranja na javnih mestih, odlaganja igel in brizg ter niso prispevali h kršenju javnega miru.

Razprava: Rezultati raziskav potrjujejo številne zdravstvene, socialne in gospodarske koristi varnih sob za injiciranje. Kljub velikemu številu dokazov, ki prepoznava vlogo varnih sob za ublažitev nekaterih individualnih in populacijskih tveganj, povezanih z uporabo drog za injiciranje, pa v Sloveniji kljub večletnim prizadevanjem za vzpostavitev programa in zagona omenjenih objektov iz različnih strani, varne sobe še nimamo. Realne potrebe po tovrstnem programu pri nas so, saj bi s pomočjo varnih sob lahko dosegli najbolj skrito in rizično populacijo ter ji s pomočjo, ki je na voljo v omenjenih objektih, lahko pomagali.

Ključne besede: duševno zdravje, odvisnost od prepovedanih drog, psihoaktivne substance, koristi

Abstract

Introduction: Safe injection rooms are facilities where drug users can inject pre-obtained drugs under the supervision of trained health professionals. Their purpose is to promote safe injecting behavior and reduce the transmission of blood-borne diseases.

Methods: We employed the descriptive method of research by systematically reviewing the available Slovenian and English literature on the subject of safe injection rooms. The search was conducted in the databases CINAHL, MEDLINE, and COBIB.SI. A total of 21 articles were included in the final analysis.

Results: Safe injection room programs reduce the transmission of blood-borne diseases, the number of overdose deaths, skin, and soft tissue infections, as well as the number of emergency medical interventions and hospitalizations. At the same time, safe injection rooms are cost-effective.

Discussion and conclusion: Research findings confirm the health, social and economic benefits of safe injection rooms. Despite the overwhelming amount of evidence in support of safe injection rooms and their impact on reducing individual and population risks associated with drug injection, and despite years of efforts in this area, not a single safe injection room has ever been opened in Slovenia. There is a real need for such a program because safe injection rooms can reach the most marginalized and at-risk populations and help them.

Keywords: mental health, drug addiction, psychoactive substances, benefits

²⁶ Matic Raušl, dipl. zn., ZD Ljubljana – SMMP, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija, matic.rausl@gmail.com

²⁷ Aljoša Lapanja, dipl. zn., univ. dipl. soc. ped., ZD Ljubljana – SMMP, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija, aljosa.lapanja@psih-klinika.si

1 Uvod

Varne sobe za injiciranje prepovedanih drog so zakonsko regulirani in zdravstveno oskrbovani programi, kjer si lahko uporabniki drog injicirajo predhodno pridobljene droge pod nadzorom zdravstvenih delavcev (Latkin, et al., 2010; Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, n.d.). Namenjene so spodbujanju varnejšega vedenja ob injiciranju in preprečevanju prenosa okužb, prenosljivih s krvjo (Bravo, et al., 2009). Cilji varnih sob za injiciranje so (Small, et al., 2009; Bayoumi, et al., 2012):

- zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti, ki bi se sicer pojavile zaradi delitve brizg, javnega vbizgavanja in drugih dejavnosti, zlasti prenosa nalezljivih bolezni in prevelikih odmerkov s smrtnimi izidi,
- zmanjšanje uporabe drog v javnosti in nevarno odstranjevanje brizg na javnih mestih,
- povezovanje uživalcev drog z različnimi zdravstvenimi in socialnimi storitvam.

Obstajajo tudi mobilne varne sobe, katerih prednost je, da povečajo možnost doseganja ranljivega prebivalstva na več kot enem mestu zunaj velikih mest, kar omogoča prožnost pri prilagajanju spremembam na lokalnem prizorišču drog (Mema, et al., 2019).

Namen prispevka je s pomočjo pregleda literature predstaviti pomen varne sobe za injiciranje ter utemeljiti prednosti le-te.

2 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, ki temelji na sistematičnem pregledu domače in tuje znanstvene ter strokovne literature s področja varnih sob za injiciranje. Uporabljen je bil mrežnik EBSCO host, v okviru katerega je iskanje potekalo po podatkovnih bazah CINAHL in MEDLINE. Iskanje literature je potekalo še v vzajemni bibliografski-kataložni bazi podatkov COBIB.SI. Uporabljene ključne besede za iskanje v podatkovnih bazah so bile: varna, soba, droge in v angleškem jeziku: supervised, injection in facility. Uporabljen je bil operator IN oziroma AND. Izbor literature je potekal na osnovi upoštevanja naslednjih vključitvenih kriterijev: strokovni, izvirni ali pregledni znanstveni članki v slovenskem in angleškem jeziku, objava člankov v časovnem obdobju od leta 2009 do leta 2019, prosta dostopnost do celotnega besedila člankov in vsebinska ustreznost. Dvojniki, starejši članki, članki v drugih jezikih in članki z neustrezno vsebino so bili izključeni. Obdobje iskanja literature je trajalo od aprila do novembra 2019.

3 Rezultati

Prvotno smo z iskalnimi nizi brez izključitvenih kriterijev dobili 232 zadetkov v angleškem jeziku in 4 zadetke v slovenskem jeziku. Po vključitvi vključitvenih kriterijev v iskanje smo dobili 74 zadetkov. Po izključitvi dvojnikov, vsebinsko neustreznih člankov in natančnem pregledu smo v končno analizo sprejeli 21 člankov, ki so navedeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Seznam v končno analizo vključenih člankov

Avtor, leto	Tipologija dokumenta	Metode zbiranja podatkov	Rezultati
Mitra, et al., 2019	Izvirni znanstveni članek – kvalitativna raziskava	Anketiranje odvisnih od prepovedanih drog za injiciranje za oceno pripravljenosti uporabe varne sobe.	Raziskava poudarja pripravljenost odvisnih od drog za injiciranje na uporabo varnih sob.
Butler, et al., 2018			Podobna stopnja sprejemljivosti hipotetične uporabe varne sobe med odvisnimi na podeželju in v mestih.
O'Rourke, et al., 2019			Objekt za varno injiciranje bi bil stroškovno učinkovit in izjemno pomemben za javno zdravje in gospodarsko korist.
Shaw, et al., 2015			Anketirani uporabniki drog so pokazali visoko pripravljenost za uporabo varne sobe, kar kaže, da bi ta storitev lahko igrala vlogo pri odpravljanju škode, povezane z uporabo drog za injiciranje.
Irwin, et al., 2017	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Izračun zdravstvenih in finančnih stroškov ter koristi od hipotetične varne sobe.	Objekt za varno injiciranje bi bil stroškovno učinkovit in izjemno pomemben za javno zdravje in gospodarsko korist.
Enns, et al., 2016			Anketirani uporabniki drog so pokazali visoko pripravljenost za uporabo varne sobe, kar kaže, da bi ta storitev lahko igrala vlogo pri odpravljanju škode, povezane z uporabo drog za injiciranje.
Mitra, et al., 2017	Izvirni znanstveni članek – kvalitativna raziskava	Intervjuji za ocenitev socialno-demografskih značilnosti, vzorcev uporabe drog in vedenj, povezanih s pripravljenostjo za uporabo varne sobe.	Anketirani uporabniki drog so pokazali visoko pripravljenost za uporabo varne sobe, kar kaže, da bi ta storitev lahko igrala vlogo pri odpravljanju škode, povezane z uporabo drog za injiciranje.
Jozaghi, et al., 2014	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Stroškovne analize s pomočjo matematičnih modelov za oceno števila preprečenih okužb z virusom HIV in hepatitisom C zaradi novih varnih sob.	Širitev varnih sob za injiciranje naj bi preprečila nove primere okužb z virusom HIV in hepatitisom C, kar pomeni, da so stroškovno učinkovite in se zato podpira ustanovitev novih objektov.
Jozaghi, et al., 2013			Varne sobe zagotavljajo številne koristi tako za odvisne od prepovedanih drog kot za javnost. Poleg tega so varne sobe stroškovno učinkovite.
Potier, et al., 2014	Pregledni znanstveni članek – pregled literature	Sistematični pregled literature z namenom preučitve razpoložljivih dokazov v zvezi z varnimi sobami.	Varne sobe zagotavljajo številne koristi tako za odvisne od prepovedanih drog kot za javnost. Poleg tega so varne sobe stroškovno učinkovite.
Jozaghi & Andresen, 2013	Izvirni znanstveni članek – kvalitativna raziskava	Polstrukturirani kvalitativni intervjuji z odvisnimi od prepovedanih drog.	Potreba po razširitvi varnih sob na mesta, kjer je uporaba drog za injiciranje razširjena, zaradi zmanjšanja prevelikih odmerkov, souporabe igel, nujne oskrbe v bolnišnicah in povečanja varnosti.
Linden, et al., 2013	Pregledni znanstveni članek – pregled literature	Pregled literature na temo stopnje uporabe drog, revščine, kriminala, nalezljivih in duševnih bolezni.	Varne sobe omogočajo raziskave za boljše razumevanje odvisnih od prepovedanih drog.
Marshall, et al., 2011	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Pregled stopnje umrljivosti zaradi prevelikega odmerka pred in po odprtju varne sobe.	Umrljivost zaradi prevelikega odmerka se je zmanjšala po odprtju varne sobe.
Andresen & Boyd, 2010	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Ugotavljanje ocene števila novih okužb z virusom HIV in smrti ter izračun stroškovne učinkovitost razmerja med koristmi in stroški.	Razmerje med koristmi in stroški je v prid varnih sob. Manj tvegano vedenje odvisnih od prepovedanih drog, ki uporabljajo varne sobe za injiciranje.

Avtor, leto	Tipologija dokumenta	Metode zbiranja podatkov	Rezultati
Lloyd-Smith, et al., 2010	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	S coxovim regresijskim modelom sorazmernih tveganj preveriti determinante za hospitalizacijo zaradi bakterijske okužbe kože in mehkih tkiv med uporabniki varnih sob.	Zdravstveno osebje varnih sob zagotavlja zgodnjo intervencijo, ki prepreči dolgotrajne in drage obiske bolnišnic zaradi bakterijske okužbe kože in mehkih tkiv.
Pinkerton, 2010	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Stroškovne analize za primerjavo dodatnih stroškov, povezanih z virusom HIV, ki bi jih pričakovali, če bi bil varni objekt zaprt, z njegovimi letnimi stroški delovanja.	Program varnega injiciranja bistveno zmanjša pojavnost okužbe s HIV. S tem povezani prihranki za preprečevanje zdravstvene oskrbe, povezane z virusom HIV, so več kot zadostni za izravnano operativnih stroškov objekta.
Salmon, et al., 2010	Izvirni znanstveni članek – kvantitativna raziskava	Analiza pojavnosti prevelikih odmerkov iz poročil, pri katerih je posredovalo zdravstveno osebje v reševalnih vozilih in je bil uporabljen nalokson.	Z zagotavljanjem varnih sob, v katerih prejemniki injicirajočih drog prejemajo nadzor nad prevelikimi odmerki ter izobraževanje, se lahko zmanjšajo intervencije reševalnih vozil.
Bravo, et al., 2009	Izvirni znanstveni članek – kvalitativna raziskava	Intervjuji s pomočjo strukturiranega vprašalnika in analiza krvnih vzorcev za HIV in HCV pri mladih, odvisnih od heroina.	Uporaba varne sobe za injiciranje prepovedanih drog je povezana z varnejšimi injekcijskimi praksami med socialno ogroženimi uporabniki.
Lightfoot, et al., 2009	Strokovni članek	Pregled literature o delu izvajalcev zdravstvene nege v varnih sobah za injiciranje.	Opis prakse zdravstvene nege v varni sobi.
Milloy & Wood, 2009	Pregledni znanstveni članek – pregled literature	Izračun s pomočjo modela metaanalize naključnih učinkov za oceno razmerja med uporabo varnih sob in souporabo brizg.	69 % zmanjšanje verjetnosti delitve brizg med uporabniki varnih sob.
Salmon, et al., 2009	Izvirni znanstveni članek – kvalitativna raziskava	Zbiranje podatkov med novo registriranimi uporabniki varne sobe o uporabi drog, zdravljenju, predoziranju, tveganim vedenjem ter težavami in boleznimi, povezanimi z injiciranjem.	Ugotovljena pogoste težave, poškodbe in bolezni, povezane z injiciranjem. Z zagotavljanjem čistega okolja in izobraževanj o varnejšem injiciranju, lahko varne sobe vplivajo na zmanjšanje številnih dejavnikov tveganja.

Tabela 2: Sinteza literature po kategorijah, podkategorijah in kodah

Kategorija	Podkategorija	Kode	Avtorji
Koristi varnih sob	Splošne koristi	»pripravljenost za uporabo varnih sob«, »uporaba droge«, »izvajalci zdravstvene nege v varnih sobah«, »zdravstvena korist«	Butler, et al., 2018; Irwin, et al., 2017; Jozaghi & Andersen, 2013; Lightfoot, et al., 2009; Mitra, et al., 2017; Mitra, et al., 2019; O'Rourke, et al., 2019; Shaw, et al., 2015
	Učinkovitost pri preprečevanju virusa HIV in HCV	»okužbe z virusom HIV in HCV«, »čista oprema za injiciranje«, »soporaba brizg	Enns, et al., 2016; Jozaghi, et al., 2013; Jozaghi et al., 2014; Milloy & Wood, 2009; Pinkerton, 2010
	Učinkovitost pri preprečevanju prevelikih odmerkov	»prevelik odmerek«	Irwin, et al., 2017; Jozaghi & Andresen, 2013; Marshall, et al., 2011; Potier, et al., 2014; Salmon, et al., 2010
	Učinkovitost pri preprečevanju okužb kože in mehkih tkiv	»rane«, »okužbe«, »čista oprema za injiciranje«	Irwin, et al., 2017; Lloyd-Smith, et al., 2010; Salmon, et al., 2009
	Učinkovitost pri zmanjšanju intervencij NMP in hospitalizacij	»intervencije nujne medicinske pomoči«, »hospitalizacija«	Jozaghi & Andresen, 2013; Salmon, et al., 2010
	Stroškovna učinkovitost	»prihranek«, »stroški«	Andresen & Boyd, 2010; Enns, et al., 2016; Irwin, et al., 2017; Jozaghi & Andresen, 2013; Jozaghi, et al., 2013; Jozaghi, et al., 2014; Pinkerton, 2010; Potier, et al., 2014
	Koristi za skupnost	»uporabniki prepovedanih drog«, »javno injiciranje«, »kriminal«	Bravo, et al., 2009; Linden, et al., 2013; Potier, et al., 2014

Analiza znanstvenih in strokovnih prispevkov je podala 1 kategorijo in 7 podkategorij.

4 Razprava

Z različnimi raziskavami so bile dokazane številne zdravstvene, socialne in gospodarske koristi varnih sob (Irwin, et al., 2017).

Varne sobe zmanjšujejo prenos bolezni, ki se prenašajo s krvjo, kamor spadajo okužbe s humanim imunodeficitnim virusom (HIV) in virusom hepatitisa C (HCV). Razlog za zmanjševanje okužb je v zagotavljanju čiste opreme za vbrizgavanje in izobraževanju o varnejšem injiciranju (Jozaghi, et al., 2013).

Izvajalci zdravstvene nege v varnih sobah zagotavljajo izobraževanje in zdravstveno-vzgojno delo za zmanjševanje škode, izvajajo aktivnosti, povezane s primarno zdravstveno dejavnostjo, kamor spadajo upravljanje s prevelikimi odmerki drog, nudenje prve pomoči ter usmerjanje in spodbujanje v nadaljnje zdravstvene in socialne storitve oz. usmeritve na zdravljenje odvisnosti (Lightfoot, et al., 2009; Salmon, et al., 2009; Lloyd-Smith, et al., 2010; Salmon, et al., 2010; Marshall, et al., 2011; Potier, et al., 2014; Steele, et al., 2018).

Poleg tega so varne sobe stroškovno učinkovite (Andresen & Boyd, 2010; Potier, et al., 2014; Irwin, et al., 2017). Raziskave kažejo, da varne sobe za injiciranje prepovedanih drog prihranijo milijone dolarjev oziroma evrov za stroške zdravstvene oskrbe s preprečevanjem novih primerov okužbe z virusom HIV in HCV (Pinkerton, 2010; Jozaghi, et al., 2013;

Jozaghi, et al., 2014; Potier, et al., 2014; Enns, et al., 2016; Irwin, et al., 2017), zmanjšanjem intervencij nujne medicinske pomoči in hospitalizacij oziroma bolnišničnih dni zaradi okužb kože in mehkih tkiv (Irwin, et al., 2017) ter smrti zaradi prevelikih odmerkov (Andersen & Boyd, 2010; Potier, et al., 2014; Irwin, et al., 2017).

Hkrati je bila v rezultatih raziskav ugotovljena visoka pripravljenost uporabnikov prepovedanih drog za uporabo varnih sob (Shaw, et al., 2015; Mitra, et al., 2017; Butler, et al., 2018; Mitra, et al., 2019; O'Rourke, et al., 2019). Varne sobe omogočajo raziskave za boljše razumevanje uporabnikov prepovedanih drog (Linden, et al., 2013).

Objekti za varno injiciranje prepovedanih drog niso povečali odlaganja igel in brizg ter niso prispevali h kršenju javnega reda in miru (Potier, et al., 2014).

Zdi se, da varne sobe za injiciranje prepovedanih drog dosegajo svoj cilj v različnih kulturnih in družbenih kontekstih, kar je razvidno iz dejstva, da privabljajo najbolj ranljive uporabnike in da imajo uporabniki manj tveganega vedenja pri vbrizgavanju, kot tisti, ki varnih sob ne uporabljajo (Bravo, et al., 2009; Milloy & Wood, 2009). Zaradi tega bi bilo nujno potrebno razširiti sedanji sistem varnih sob v mesta, kjer je razširjena uporaba drog za injiciranje zaradi zmanjšanja števila smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov, zmanjšanja souporabe igel, zmanjšanja nujne oskrbe v bolnišnicah in povečanja varnosti (Jozaghi & Andersen, 2013).

Odločitve glede odpiranja varnih sob za injiciranje bi morali sprejeti na podlagi njihovega pozitivnega učinka pri zmanjševanju injekcij v javnosti ter zmanjšanju smrtnih primerov zaradi prevelikih odmerkov in nalezljivih bolezni (Andresen & Boyd, 2010; Marshall, et al., 2011). Dokler obstajajo večje koristi od stroškov, je treba priporočiti odpiranje novih objektov za varno injiciranje prepovedanih drog (Jozaghi, et al., 2013).

S pregledom literature smo ugotovili koristi varnih sob na različnih področjih: pri preprečevanju virusa HIV, HCV in prevelikih odmerkov ter okužb kože in mehkih tkiv, pri zmanjševanju intervencij nujne medicinske pomoči in hospitalizacij. Program varnih sob je stroškovno učinkovit, kar pomeni, da družbi prihrani več denarja, kot pa družbo stane, saj so prostori ključnega pomena za obvladovanje bolezni, povezanih z injiciranjem.

Kljub velikemu številu dokazov, ki podpirajo varne sobe za ublažitev nekaterih individualnih in populacijskih tveganj, povezanih z uporabo drog za injiciranje, pa varne sobe v Sloveniji kljub večletnim prizadevanjem za vzpostavitev programa in zagona omenjenih objektov z različnih strani, tako nevladnih organizacij kot nekaterih fakultet, še nimamo. Še več, zainteresirani naj bi bili tudi sami uporabniki prepovedanih drog. Glede na to, da je bilo v letu 2017 4873 uporabnikov opioidov in da je v obdobju med letom 2013 in 2017 narasla uporaba le-teh (Drev, et al., 2019), je jasno razvidno, da obstajajo realne potrebe po tovrstnem programu, saj bi s pomočjo varnih sob lahko dosegli najbolj skrito in rizično populacijo ter jim s pomočjo, ki je na voljo v omenjenih objektih, lahko pomagali. V društvu Stigma so izračunali okvirne polletne stroške delovanja varne sobe, ki naj bi znašali 40.000 evrov (Cimerman, 2017). V primerjavi s ceno za zdravljenje enega pacienta s hepatitisom C, ki znaša za pol leta 80.000 evrov, ali s ceno za zdravljenje pacienta s sindromom pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS-em), ki znaša 20.000 evrov letno, lahko trdimo, da je objekt stroškovno učinkovit že ob preprečitvi ena same okužbe. Glede na omenjeno stroškovno učinkovitost bi morale vzpostavitev podpreti tudi zdravstvene zavarovalnice in drugi odločevalci (Grašič, 2018).

Kot omejitev raziskave lahko izpostavimo, da je večina raziskav o vplivu varnih sob, ki so na voljo, narejena na programu varne sobe Insite v Kanadi. Tudi ostale raziskave so narejene v večjih mestih, v katerih imajo večje število uporabnikov prepovedanih drog, kar predstavlja izziv prenosa primera dobre prakse v Slovenijo.

5 Zaključek

Izvedene raziskave o varnih sobah v državah, kjer so ti prostori že vzpostavljeni, so lahko v pomoč pri premagovanju dvomov. Koristi varnih sob bi lahko imeli vsi; tako intravenozni uporabniki prepovedanih drog, kakor tudi prebivalci okolij, v katerih se uporabniki prepovedanih drog nahajajo, zaradi zmanjšanja kriminala in ostalih kršitev javnega reda in miru ter bolj varnega okolja, brez odvrženih brizg in igel.

V prihodnosti bi bilo smiselno raziskati še varne sobe, ki so namenjene kajenju in snižanju prepovedanih drog, saj gre trend uporabe varnih sob po svetu v to smer. Število injicirajočih uporabnikov v varnih sobah se namreč manjša, narašča pa število uporabnikov, ki v varnih sobah kadijo drogo (Hedrich, et al., 2010). To je posledično povzročilo zmanjšanje delitve igel med uporabniki prepovedanih drog, povečalo pa se je kajenje. Eden od razlogov za povečanje števila kadičev drog bi lahko bil, ker se v varnih sobah to omogoča oziroma celo spodbuja z namenom, da posamezniki ne bi prehajali s kajenja na injiciranje oziroma bi bil prehod čim kasnejši. Uporabniki na ta način vidijo manj tvegano opcijo, saj je kajenje drog manj tvegano kot injiciranje le-teh. V tem primeru se lahko poraja vprašanje, ali je vzpodbujanje in usmerjanje v manj tvegan način uporabe prepovedanih drog etično ravnanje za zdravstvenega delavca.

Društvo Stigma, ki je eden glavnih pobudnikov za vzpostavitev varne sobe, je pripravilo program, ki bi ga bilo potrebno v bližnji prihodnosti realizirati. Za to pa potrebujemo zrele, na dokazih podprte odločitve vseh deležnikov in odločevalcev, ki morajo sprejeti svoj del odgovornosti za boljši jutri ene izmed najranjlivejših skupin družbe.

Literatura

- Andresen, M.A. & Boyd, N., 2010. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), pp. 70-76.
- Bayoumi, A.M., Strike, C., Jairam, J., Watson, T., Enns, E., Kolla, G., Lee, A., Shepherd, S., Hopkins, S., Millson, M., Leonard, L., Zaric, G., Luce, J., Degani, N., Fischer, B., Glazier, R., O'Campo, P., Smith, C., Penn, R. & Brandeau, M., 2012. *Report of the Toronto and Ottawa supervised consumption assessment study*. Toronto: St. Michael's Hospital and the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- Bravo, M.J., Royuela, L., De la Fuente, L., Brugal, M.T., Barrio, G. & Domingo-Salvany, A., 2009. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction*, 104(4), pp. 614-619.
- Butler, G., Chapman, D. & Terry, P., 2018. Attitudes of intravenous drug users in London towards the provision of drug consumption rooms. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(1), pp. 31-37.
- Cimerman, A., 2017. *Problem vzpostavljanja varne sobe za injiciranje prepovedanih drog v Sloveniji: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
- Drev, A., Hočevar Grom, A. & Belščak Čolskovič, A., 2019. *Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Društvo za zmanjševanje škode zaradi drog Stigma, n.d. *Varna soba*. [online]. Available at: <https://društvo-stigma.si/varna-soba/> [Accessed 9 Junij 2020].
- Enns, E.A., Zaric, G.S., Strike, C.J., Jairam, J.A., Kolla, G. & Bayoumi, A.M., 2016. Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada. *Addiction*, 111(3), pp. 475-489.
- Graščič, M., 2018. *Uporaba varne sobe za injiciranje drog: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
- Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F., 2010. Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: T. Rhodes & D. Hedrich, eds. *EMCDA monographs. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Irwin, A., Jozaghi, E., Weir, B.W., Allen, S.T., Lindsay, A. & Sherman, S.G., 2017. Mitigating the heroin crisis in Baltimore, MD, USA: a cost-benefit analysis of a hypothetical supervised injection facility. *Harm Reduction Journal*, 14(1), p. 29.

- Jozaghi, E. & Andresen, M.M., 2013. Should North America's first and only supervised injection facility (InSite) be expanded in British Columbia, Canada? *Harm Reduction Journal*, 10(1), pp. 1-9.
- Jozaghi, E., Reid, A.A. & Andersen, M.A., 2013. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montreal, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(25), pp. 1-9.
- Jozaghi, E., Reid, A.A., Andersen, M.A. & Juneau, A., 2014. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Ottawa, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(31), pp. 1-13.
- Latkin, C., Weeks, M.R., Glasman, L., Galletly, C. & Albarracin, D., 2010. A dynamic social systems model for considering structural factors in HIV prevention and detection. *AIDS and Behavior*, 14(2), pp. 222-238.
- Lightfoot, B., Panessa, C., Hayden, S., Thumath, M., Goldstone, I. & Pauly, B., 2009. Gaining Insite: harm reduction in nursing practice. *Canadian Nurse*, 105(4), pp. 16-22.
- Linden, I.A., Mar, M.Y., Werker, G.R., Jang, K. & Krausz, M., 2013. Research on a vulnerable neighborhood—the Vancouver Downtown Eastside from 2001 to 2011. *Journal of Urban Health*, 90(3), pp. 559-573.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M.W., Sheps, S., Montaner, J.S. & Kerr, T., 2010. Determinants of hospitalization for a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, 10(1), p. 327.
- Marshall, B.D., Milloy, M.J., Wood, E., Montaner, J.S. & Kerr, T., 2011. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), pp. 1429-1437.
- Mema, S.C., Frosst, G., Bridgeman, J., Drake, H., Dolman, C., Lappalainen, L. & Corneil, T., 2019. Mobile supervised consumption services in Rural British Columbia: lessons learned. *Harm Reduction Journal*, 16(1), p. 4.
- Milloy, M.J. & Wood, E., 2009. Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), pp. 620-621.
- Mitra, S., Rachlis, B., Krysovaty, B., Marshall, Z., Olsen, C., Rourke, S. & Kerr, T., 2019. Potential use of supervised injection services among people who inject drugs in a remote and mid-size Canadian setting. *BMC Public Health*, 19, p. 284.
- Mitra, S., Rachlis, B., Scheim, A., Bardwell, G., Rourke, S.B. & Kerr, T., 2017. Acceptability and design preferences of supervised injection services among people who inject drugs in a mid-sized Canadian City. *Harm Reduction Journal*, 14(1), p. 46.
- O'Rourke, A., Hamilton White, R., Nyeong Park, J., Rodriguez, K., Kilkenny, M.E., Sherman, S.G. & Allen, S.T., 2019. Acceptability of safe drug consumption spaces among people who inject drugs in rural West Virginia. *Harm Reduction Journal*, 16(51), pp. 1-7.
- Pinkerton, S.D., 2010. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction*, 105(8), pp. 1429-1436.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. & Rolland, B., 2014. Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, pp. 48-68.
- Salmon, A.M., Dwyer, R., Jauncey, M., van Beek, I., Topp, L. & Maher, L., 2009. Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 101(1), pp. 132-136.
- Salmon, A.M., van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. & Maher, L., 2010. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, 105(4), pp. 676-683.
- Shaw, A., Lazarus, L., Pantalone, T., LeBlanc, S., Lin, D., Stanley, D., Chepesiuk, C., Patel, S., Tynall, M. & The PROUD community Advisory Committee, 2015. Risk environments facing potential users of a supervised injection site in Ottawa, Canada. *Harm Reduction Journal*, 12(49), pp. 1-9.
- Small, W., Van Borek, N., Fairbairn, N., Wood, E. & Kerr, T., 2009. Access to health and social services for IDU: the impact of a medically supervised injection facility. *Drug and Alcohol Review*, 28(4), pp. 341-346.
- Steele, M., Silins, E., Flaherty, I., Hiley, S., van Breda, N. & Jauncey, M., 2018. Uptake of wheel-filtration among clients of a supervised injecting facility: Can structured education work? *Drug and Alcohol Review*, 37(1), pp. 116-120.

Telemedicina v vodenju kroničnih pacientov z arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo tipa 2 – predstavitev rezultatov pilotnega projekta

Telemedicine in the management of chronic patients with arterial hypertension and diabetes mellitus type 2 – presentation of pilot project results

dr. Marija Petek Šter²⁸
Janja Ahlin²⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Razvoj sodobnih informacijsko-komunikacijskih tehnologij je omogočil, da se diagnostika, zdravljenje in spremljanje pacientov lahko izvaja tudi na daljavo; s pomočjo tako imenovane telemedicine obravnave (TMO). V Sloveniji imajo prve izkušnje s TMO pacientov s srčnim popuščanjem v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec; izkušenj s TMO kroničnih pacientov na primarnem nivoju pa do sedaj nismo imeli. Preveriti smo želeli kako TMO sprejemajo pacienti in zdravstveno osebje, kakšne so obremenitve zdravstvenega osebja ter kako TMO vodenje vpliva na vodenje in izide pacientove obravnave.

Metoda: S pomočjo TMO smo šest mesecev spremljali paciente s sladkorno boleznijo tipa 2 (SB) in/ali arterijsko hipertenzijo (AH) po vnaprej pripravljenem protokolu. Vzorčenje je bilo pragmatično, k sodelovanju smo povabili paciente obeh spolov in vseh starosti, ki so znali uporabljati pametni mobilni telefon. Pilotni projekt je potekal v zdravstvenem domu Trebnje od decembra 2018 do decembra 2019.

Rezultati: Vključenih je bilo 104 pacientov, 54 z diagnozo AH, 17 z diagnozo SB in 33 z diagnozo AH in SB; najslabši odziv smo zaradi premajhne informacijske pismenosti zabeležili pri starejših pacientih. Za vključene paciente je sodelovanje v projektu predstavljalo izziv in dodatno motivacijo v skrbi za lastno zdravje. Dobil smo zanesljivo izmerjene vrednosti krvnega tlaka, ki so nam omogočile ustrezno prilagoditev odmerkov zdravil. Zaradi velike količine podatkov, ki jih je bilo potrebno obdelati, se je povečal obseg dela diplomirane medicinske sestre.

Zaključki: V pilotnem projektu TMO vodenja pacienta s hipertenzijo in/ali sladkorno boleznijo, ki je potekal na primarnem nivoju, smo prepoznali številne prednosti in priložnosti za vodenje kroničnih pacientov. Prihajajo nove generacije aktivnih kroničnih pacientov, ki so večji uporabe sodobnih tehnologij, ki pričakujejo, da jim bomo ponudili tudi možnost obravnave na daljavo.

Ključne besede: telemedicina, kronične bolezni, arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen, pilotni projekt

Abstract:

Background: The development of modern information and communication technologies has made it possible for patients to diagnose, treat, and monitor them remotely through the so-called telemedicine treatment (TMT). In Slovenia, they have the first experience with TMT of patients with heart failure at Slovenj Gradec General Hospital. However, we have not had any experience with TMT of chronic patients on the primary level. We wanted to examine how TMT's are received by patients and healthcare staff, what the workloads of healthcare staff are, and how TMO management affects the management and outcomes of the patient's treatment.

Methods: Patients with diabetes (T2DM) and/or arterial hypertension (AH) were monitored for six months using a pre-prepared protocol. The sampling was pragmatic and we invited patients of both genders and all ages who knew how to use a smartphone to participate. The pilot project took place at Trebnje Health Center from December 2018 to December 2019.

Results: 104 patients were enrolled, 54 diagnosed with AH, 17 diagnosed with T2DM, and 33 diagnosed with both AH and T2DM. The worst response was recorded in elderly patients due to the lack of information literacy. For the patients involved, participating in the project presented a challenge and additional motivation in caring for their health. Reliably measured blood pressure values were obtained, which allowed us to adjust

²⁸ prim. prof. dr. Marija Petek Šter, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, ZD Trebnje, Slovenija, marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

²⁹ Janja Ahlin, dipl. m. s., ZD Trebnje, Slovenija, ahlin.janja@zd-tr.si

the dosage of the medicines accordingly. Due to the large amount of data that needed to be processed, the workload of the registered nurse increased.

Conclusions: The TMT Pilot Project on the management of patients with hypertension and/or diabetes on the primary level identified several benefits and opportunities for managing chronic patients. New generations of active chronic patients come in. They are adept at the use of modern technologies and expect that we will also offer them the opportunity for long-distance care.

Keywords: *telemedicine, chronicle diseases, arterial hypertension, diabetes, pilot project*

1 Uvod

V razvitih državah, kamor je uvrščena tudi Slovenija, so kronične nenalezljive bolezni vodilni zdravstveni problem in predstavljajo veliko breme zdravju prebivalstva ter finančno breme sistemu zdravstvenega varstva. Sodijo med vodilne vzroke smrti in prezgodnje umrljivosti in povzročajo do kar 80 % vseh smrti. Najpogostejše med njimi so srčno-žilne bolezni, rak, sladkorna bolezen, bolezni kostno-mišičnega sistema, kronične bolezni dihal ter nekatere duševne bolezni (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020). Zaradi kronične narave teh bolezni pacienti potrebujejo dolgoročno zdravljenje in ustrezno spremljanje zdravstvenega stanja v rednih časovnih intervalih ter dodatno ukrepanje ob poslabšanjih.

Po podatkih iz leta 2017 število pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2 v svetu presega 400 milijonov in naj bi se po ocenah svetovne zdravstvene organizacije (SZO) dvignilo na več kot 640 milijonov obolelih. Zaradi pogosto odsotnih ali blago izraženih simptomov pa je k tem številkam potrebno dodati še vsaj 200 milijonov neodkritih primerov bolezni. Vztrajno povišane vrednosti glukoze v krvi lahko vodijo v številna zdravstvena stanja, ki močno zmanjšajo kvaliteto življenja ali vodijo v prezgodnjo umrljivost (Al-Lawati, 2014). Še večji javnozdravstveni problem predstavlja arterijska hipertenzija, saj ima po SZO povišan krvni tlak kar 40 % svetovne populacije, zapleti povezani s hipertenzijo pa so odgovorni za več kot polovico vseh smrti na letni ravni (World Heart Federation, 2018).

S skokovitim napredkom informacijske tehnologije in vse večjo odvisnostjo od njene uporabe v vsakdanjem življenju se je začel razvijati nov način medicine – telemedicina. Telemedicina predstavlja novo možnost za izvajanje zdravstvenih storitev in lahko pomembno olajša komunikacijo med zdravstvenim osebjem in pacientom ter izboljša dostop do zdravstvenih storitev. Prav tako se zaradi vedno večje dostopnosti do informacij spreminja vloga pacienta iz pasivne v aktivno in pacienti postajajo opolnomočeni (Petek Šter, 2018).

Telemedicinska obravnava prinaša številne prednosti, kot so izboljšanje obravnave pacientov in kliničnih izidov, večjo dostopnost do zdravstvenih storitev in s tem zmanjševanje neenakosti med pacienti, na dolgi rok pa tudi zmanjšanje stroškov zdravljenja (Vončina Slavec & Meglič, 2010). Telemedicina na domu je zasnovana tako, da elektronske naprave (merilci določenih fizioloških parametrov) posredujejo rezultate meritev preko interneta v omrežje. Zdravstveno osebje prejete podatke nato pregleda in po potrebi ukrepa (Bertalančič, 2010). Vključevanje telemedicine v zdravljenje kroničnih pacientov se je s številnimi raziskavami izkazalo kot zelo učinkovito. Ponekod po svetu je tak pristop k zdravljenju že dodobra uveljavljen, v Sloveniji pa se zaenkrat telemedicina uspešno uporablja v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, ki na tak način vodi zdravljenje pacientov s srčnim popuščanjem (Potočnik, 2018).

Preko projekta eZdravje (Vončina Slavec & Meglič, 2010), v katerem sodelujejo številni ugledni partnerji, kot so Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Klinika Golnik, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje, Telekom Slovenije in drugi pa potekajo pilotni projekti za uvajanje telemedicine tudi na druga področja medicine. V projekt je bil kot eden izmed partnerjev vključen ZD Trebnje, kjer smo preučevali uspešnost TMO pacientov z

arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo, saj so sedaj v Sloveniji nismo imeli še nobenih izkušenj z TMO pri pacientih, ki so zdravljeni na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

V pilotnem projektu smo želeli preveriti kako TMO sprejemajo pacienti in zdravstveno osebje, kakšne so obremenitve zdravstvenega osebja ter kako TMO vodenje vpliva na vodenje in izide pacientove obravnave.

2 Metode

2.1 Dizajn projekta

Šlo je za pilotni projekt s katerim smo želeli preveriti: varnost, klinično učinkovitost, zadovoljstvo uporabnikov in zdravstvenih delavcev, organizacijski vidik izvajanja TMO na primarnem nivoju v vodenju kroničnih pacientov in možnost prenosa metode v prakso.

V pričujočem prispevku bomo predstavili podatke o klinični učinkovitosti, ki smo jih pridobili s TMO spremljanjem pacientov ter izkušnje uporabnikov, torej sodelujočih pacientov ter izkušnje zdravstvenih delavcev.

2.2 Vključevanje pacientov

V pilotno študijo so bili vključeni 104 pacienti; z diagnozo arterijske hipertenzije, sladkorne bolezni ali obeh stanj, ki imajo osebnega izbranega zdravnika v ZD Trebnje. Ostali vključitveni kriteriji pa so bili:

- vključeni so bili pacienti z omenjenimi stanji, ki se vodijo izključno ambulantno pri izbranem zdravniku specialistu družinske medicine,
- so usposobljeni za uporabo pametnega mobilnega telefona,
- njegov zdravnik družinske medicine je menil, da bi sodelovanje v projektu lahko izboljšalo izide obravnave bolezni,
- pacient želeli sodelovati v projektu.

Izključitveni kriteriji:

- pacient ni želel sodelovati v projektu,
- ne zna uporabljati tehnologije, ki je potrebna za TMO,
- po mnenju zdravnika zaradi drugih razlogov za sodelovanje v projektu ni primeren (npr. demenca ali neobvladana duševna motnja, hujše motnje vida oz. sluha...).

Skupno so bili v telemedicinsko vodenje vključeni 104 pacienti, 98 pacientov pa je zaključilo spremljanje. Razlogi za prenehanje sodelovanja so bili v enem primeru poškodba roke, dva pacienta nista znala uporabljati telemedicinske opreme, trije pacienti pa so kot razlog navedli pomanjkanje časa.

2.3 Okolje in časovni okvir trajanja projekta

Pilotni projekt je potekal v ZD Trebnje od decembra 2018 do decembra 2019. Sodelujoči pacienti so bili razdeljeni v dve zaporedno potekajoči skupini; telemedicinsko spremljanje v vsaki skupini je trajalo 6 mesecev. Pacienti so bili telemedicinsko spremljani ves čas izvajanja raziskave; tekom raziskave in ob koncu raziskave pa smo jih prosili, da v pisni obliki podajo še svoja opažanja v povezavi z TMO.

2.4 Potek obravnave

Pri obravnavi pacientov je sodeloval posebej usposobljen zdravstveni tim (zdravnik, specialist družinske medicine, diplomirana medicinska sestra s posebnimi znanji za delo v

ambulanti družinske medicine), ki je seznanjen s klinično potjo telemedicinske obravnave in algoritmi ukrepanja ter z uporabo programske opreme, ki se uporablja v projektu. Pred vključitvijo smo paciente poučili o poteku telemedicinske obravnave, jih naučili uporabe merilnih naprav ter aplikacije na tablici ali pametnem telefonu, seznaniti s potekom telekonzultacij in jim podati navodila za ukrepanje v primeru nujnih stanj in tehničnih težav.

2.5 Izobraževanje in uvajanje pacientov

Paciete, ki so privolili v sodelovanje v raziskavi, smo povabili na individualno uvajanje, kjer smo jim predstavi postopek telemedicinske obravnave in jih naučili rokovanja s pripomočki. Na izposojajo so prejeli pametni telefon ali tablico s prednaloženo Telekomovo aplikacijo eZdravje, kjer so se kasneje beležili rezultati opravljenih meritev, do katerih so lahko dostopali tako pacienti, kot tudi člani zdravstvenega tima. Prav tako so dobili merilec krvnega tlaka ali krvnega sladkorja, ki je povezan s pametno napravo, da omogoča prenos meritev direktno v aplikacijo. Pacientom je bilo potrebno pokazati tudi pravilen način izvajanja meritev. Večina si namreč pred tem sama ni merila vrednosti glukoze v krvi, saj so bili vključeni pretežno pacienti, ki se zdravijo s peroralnimi hipoglikemiki in jim pripomočki za samokontrolo krvnega sladkorja ne pripadajo v okviru zdravstvenega zavarovanja.

2.6 Režim izvajanja meritev

Naloge pacientov, ki so bili vključeni v študijo, je pomenila redne meritve krvnega tlaka oz. sladkorja v krvi v predhodno določenih časovnih intervalih. Te meritve so se nato avtomatsko prenesle prek ustreznega sistema do zdravstvenega tima.

Pacienti, ki so imeli arterijsko hipertenzijo, so prejeli navodilo, da meritve opravljajo vsakodnevno 7 dni zapored (po dve meritvi zjutraj in zvečer) ter nato enak postopek še dvakrat ponovijo po preteku treh in potem šestih mesecev.

Pacienti s sladkorno boleznijo pa so si glukozo v krvi izmerili pred zajtrkom na tešče, uro in pol po zajtrku, pred kosilom, uro in pol po kosilu, pred večerjo in nazadnje uro in pol po večerji. Meritve so izvajali ob začetku, po treh in po šestih mesecih; profilne meritve krvnega sladkorja so izvajali en dan.

2.7 Analiza meritev in ukrepanje

Diplomirana medicinska sestra v ambulanti družinske medicine (dipl.m.s.) je pregledala poslane meritve in na podlagi vrednosti ustrezno ukrepala. Sporočanje rezultatov je bilo semaforško opredeljeno: pri normalnih vrednostih (zelena barva) povratna informacija do pacienta ni bila potrebna, pri mejno povišanih vrednostih krvnega tlaka oz. krvnega sladkorja (oranžna barva) je bil s strani diplomirane medicinske sestre podan nasvet glede prilagoditve življenjskega sloga, pri pomembno povišanih vrednostih (rdeča barva) pa je dipl.m.s. podatke posredovala zdravniku, ki je ocenil stanje in se odločil za nadaljnje ukrepanje (prilagoditev zdravljenja z zdravili, predčasen pregled v ambulanti).

Mejne vrednosti parametrov, ki so za posameznega pacienta predstavljali posamezne alarme, smo določili individualno terapijo glede na urejenost bolezni in ciljne vrednosti parametrov.

Morebitne ukrepe je dipl.m.s. pacientom posredovala prek sporočil v aplikaciji, na katere je paciente opozorilo sporočilo, ki so ga prejeli na svoj mobilni telefon. Po intervenciji smo še bolj natančno spremljali pacientove meritve parametrov in pacientova poročila o zdravstvenem stanju.

2.8 Analiza pridobljenih podatkov

Kvantitativne podatke smo analizirali s pomočjo osnovne deskriptivne analize podatkov. Prikazali smo povprečne vrednosti spremenljivk in standardne odklone ter deleže v odstotkih.

Kvalitativne podatke pridobljene iz razgovora s pacienti in vključenimi člani tima smo analizirali s pomočjo vsebinske analize besedila. Uporabljena je bila metoda za zagotavljanje verodostojnosti raziskovalnega procesa; besedilo sta neodvisno pregledali in analizirali avtorici prispevka in se v primeru različnih mnenj usklajevali.

3 Rezultati

3.1 Opis sodelujočih pacientov

V Tabeli 1 so prikazane osnovne značilnosti vključenih pacientov. Prevladovali so pacienti s hipertenzijo in pacienti, ki so imeli tako hipertenzijo, kot sladkorno bolezen.

Tabela 1: Osnovne demografske značilnosti vključenih pacientov

Značilnosti	Število (delež)
Bolezen zaradi katere so bili vključeni: arterijska hipertenzija	53 (51,0 %)
Bolezen zaradi katere so bili vključeni: sladkorna bolezen	14 (13,5%)
Bolezen zaradi katere so bili vključeni: arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen	37 (35,5)
Spol- moški	58 (55,8 %)
Spol-ženski	44 (44,2 %)

Starostno strukturo sodelujočih prikazuje Tabela 2. Največ pacientov je bilo v starostnih skupinah rojenih od leta 1951 do 1965.

Tabela 2: Preiskovanci po starostnih skupinah

Letnica rojstva po starostnih skupinah	Število (delež)
1986-1990	1 (1,0 %)
1981-1985	2 (1,9 %)
1976-1980	8 (7,7 %)
1971-1975	5 (4,9 %)
1966-1970	8 (7,7 %)
1961-1965	26 (25,0 %)
1956-1960	20 (19,2 %)
1951-1955	27 (26,0 %)
1946-1950	3 (2,9 %)
1941-1945	2 (1,9 %)

Med sodelujočimi pacienti so imeli vsi razen enega pacienta predpisana antihipertenzivna zdravila. Med pacienti s sladkorno boleznijo je bila večina takšnih, ki je prejela zdravila v obliki tablet, en pacient je prejel insulin in en pacient je imel le navodila za dietno zdravljenje.

3.2 Uporabljena telemedicinska oprema

Pacientom smo ponudili možnost izbire tablice ali mobilnega telefona. Starejši pacienti so se vsi odločili za uporabo tablice, ker so ocenili, da je zanje sporočanje podatkov preko tablice enostavnejše.

Pacienti so poročali o nekaterih težavah pri uporabi telekomunikacijskih pripomočkov:

- zaklepanje tablic in telefonov,
- odsotnost signala, ki bi omogočal prenos podatkov,
- pozabljanje gesel (posebno po 3 mesečni pavzi).

Vpliv telemedicinske obravnave na spremembo zdravljenja pacienta

Dipl.m.s je v primeru rdečega alarma konzultirala osebnega zdravnika pacienta. V Tabeli 3 je prikazano število pacientov, pri katerih je bila potrebna intervencija zdravnika.

Tabela 3: Intervencije s strani zdravnika

Intervencija zdravnika	Povečanje odmerkov zdravil/zamenjava zdravila	Znižanje odmerkov zdravil/ukinitvev antihipertenzivnih zdravil	Menjava terapije ob neželenih učinkih zdravljenja	Napotitev k specialistu
Število pacientov N=98	8 (8,2 %)	6 (6,1 %)	3 (3,1 %)	1 (1 %)

3.3 Opažanja zdravstvenega tima

V Tabeli 4 so prikazana opažanja zdravstvenega tima. Pacienti, ki so zaključili sodelovanje v projektu, so bili zelo motivirana; sodelovanje v projektu je njihovo zavzetost za zdravljenje in skrb za zdravje še povečalo. Ob pregledu podatkov pa smo opazili, da so stresni dogodki pomembno vplivali na izmerjene vrednosti parametrov; ko je stresni dogodek minil, so se praviloma izmerjeni parametri vrnili na vrednosti pred dogodkom.

Tabela 4: Opažanja zdravstvenega tima

Sodelovanje pacientov v projektu	<ul style="list-style-type: none"> • Večina pacientov, ki so se za sodelovanje odločili, je bila zelo motivirana in je sodelovala v skladu z dogovorjenim protokolom. • Posamezni, sprva zelo motivirani pacienti pa ali sploh niso začeli sodelovati, ali pa so sodelovanje kmalu po začetku opustili. • Posamezni pacienti so poleg s protokolom predpisanih, izvajali še dodatne meritve in bili ob tem v velikem stresu, stalno so želeli telefonske konzultacije z dipl.m.s..
Izboljšanje sodelovanja v zdravljenju	<ul style="list-style-type: none"> • Predvsem pacienti s sladkorno boleznijo so spoznali, kako pomembna sta ustrezna prehrana in gibanje za vrednost krvnega sladkorja. TO je podkrepil še primer pacienta, s sladkorno boleznijo, ki se zaradi poškodbe v nekem obdobju ni mogel gibati. Ko se je spet lahko začel gibati, je vrednost krvnega sladkorja upadla. • Pacienti so tudi spoznali, kako redno jemanje predpisanih zdravil oz. povečanje odmerka zdravil deluje na vrednost krvnega tlaka oz. sladkorja.

Vpliv stresa na izmerjene vrednosti krvnega tlaka in sladkorja	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacienti so spoznali, da ima stres velik vpliv na vrednost krvnega tlaka. Prepoznali so, da je prva izmerjena vrednost tlaka najvišja, ob ponovitvi pa so meritve praviloma nižje; kra pomeni, da morajo tlak vedno izmeriti vsaj dvakrat (včasih tudi večkrat) zapored. ● Pri nekaterih pacientih, za katere smo menili, da imajo neurejen krvni tlak, smo tako prepoznali, da je njihov krvni tlak ustrezno urejen oziroma celo prenizek in jim lahko zmanjšamo odmerke zdravil. ● Pacienti s sladkorno boleznijo, ki so opravljali nočno delo, so imeli slabše urejen krvni sladkor.
--	---

4 Razprava

V pilotnem projektu, v katerem smo želeli pridobiti uporabniško izkušnjo z telemedicinskim vodenjem pacientov z arterijsko hipertenzijo in sladkorno, ki se zdravijo na primarnem nivoju smo ugotovili, da so bili v projekt vključeni izbrani pacienti, ki so prikazali pripravljenost za sodelovanje in so bili večji osnovnih veščin uporabe sodobne telekomunikacijske opreme.

Varnost podatkov je bila zagotovljena z gesli na pametnih telefonih in tablicah; vendar pa so pacienti večkrat pozabili na gesla in se jim je aplikacija zaklenila, tako da so potrebovali pomoč administratorja sistema.

Pacienti, ki so šestmesečno spremljanje zaključili, so večinoma sledili protokolu, samo pri posameznikih smo zaznali pretirano zaskrbljenost, ki se je kazala z velikim številom poslanih meritev in številnimi klici diplomirane medicinske sestre.

Diplomirana medicinska sestra je imela ob svojem rednem delu dodatno obremenitev, saj je morala najprej usposobiti paciente za sodelovanje v projektu ter nato še dnevno spremljati sporočene parametre pacientov, vključenih v pilotni projekt, kar je bilo ovrednoteno z dodatnimi 20 % njene delovne obremenitve. Zaposlitev dodatnega kadra oz. povečanje obremenitev obstoječega kadra, predvsem dipl.m.s., predstavlja eno od omejitev telemedicinske obravnave (Bertalanč, 2010).

Po drugi strani pa lahko s telemedicinskim spremljanjem večji del pristojnosti glede spremljanja zdravstvenega stanja pacientov in ustreznih telemedicinskih intervencij prevzamejo diplomirane medicinske sestre, kar razbremeni zdravnika, ki pa vseeno ostane ključni člen ukrepanja pri alarmantnih stanjih (Navodnik Preložnik & Dinevski, 2019). Z telemedicinskim spremljanjem smo ugotovili, da so imeli vključeni pacienti, ki so predstavljali bolj motivirano skupino pacientov z kroničnimi boleznimi, relativno dobro urejene vrednosti opazovanih parametrov; pri nekaterih smo ugotovili da so dosežene vrednosti predvsem krvnega tlaka prenizke in smo lahko znižali odmerke antihipertenzivnih zdravil (Hallberg, et al., 2018).

Prva stopnja telemedicinskega pristopa je izobraževanje, ki pacientom približa razumevanje njihove bolezni, jih seznanja s pomenom zdravega načina življenja pri njenem obvladovanju ter pomenom rednega jemanja zdravil. S tem se poveča aktivna vključenost pacienta v zdravljenje svoje bolezni, kar je eden glavnih korakov proti boljšemu zdravju in kvaliteti življenja posameznika. Pacienti so primorani redno spremljati meritve, ki opredeljujejo njihovo zdravstveno stanje, kar že samo po sebi izboljša razumevanje vpliva določenih dejavnikov, kot so telesna aktivnost, prehranski prekrški, spuščeni odmerek zdravila, stres ... na izmerjene vrednosti. Na podlagi lastnih izkušenj tako lahko pacient vzpostavi boljši nadzor nad svojo boleznijo (Wu, et al., 2018).

Glavna korist, ki upravičuje širšo uporabo telemedicine, je izboljšanje rezultatov zdravljenja zaradi boljšega nadzora nad zdravstvenim stanjem kroničnih pacientov. Vključitev telemedicine v prakso omogoči boljšo urejenost bolezni, hkrati pa izboljša zdravnikov vpogled v pacientovo zdravstveno stanje (Bobrie, et al., 2007; Mileski, et al., 2017).

Zaradi kratkega časa spremljanja pacientov, ki je trajalo le 6 mesecev ter metodologije raziskave, ki ni vključevala kontrolne skupine, pa nismo mogli spremljati dolgoročnih ugodnih učinkov telemedicinskega spremljanja, ki bi se z veliko gotovostjo kazali v zmanjšanju števila srčno-žilnih zapletov, zmanjšanju hospitalizacij in smrti zaradi srčno-žilnih zapletov.

Pilotni projekt je bil izveden v deloma ruralnem okolju, kjer mnogi starejši še ne uporabljajo pametnega telefona in zato niso sodelovali v projektu. Prav starejši pa so tista skupina, kjer bo v bodoče potrebno uporabiti spremljanje na daljavo, tako, da bo potrebno razmisliti o enostavnih rešitvah, ki jih bodo tudi slabše tehnološko podkovani pacienti zmogli uporabljati (Petek Šter, 2019).

5 Zaključek

V pilotnem projektu vodenja pacientov z arterijsko hipertenzijo in/ali sladkorno boleznijo tipa 2 s pomočjo telemedicinskega spremljanja smo pokazali, da imajo sodobne tehnologije mesto v vodenju kroničnih pacientov na primarnem nivoju. Nadejamo se, da bo telemedicinsko spremljanje postala možnost za čim širši krog pacientov, tako kroničnih, kot tudi pacientov z akutnimi stanji.

6 Zahvala

Zahvaljujemo se vsem sodelujočim pacientom, sodelavcem ZD Trebnje in partnerjem v projektu, predvsem, ker so vedno s veseljem priskočili na pomoč.

Literatura

- Al-Lawati, J.A., 2014. Diabetes Mellitus: A Local and Global Public Health Emergency!. *Oman Medical Journal*, 32(3), pp. 177-179.
- Bertalanč, S., 2010. *Telemedicina in telenega: prednosti in slabosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Bobrie, G., Postel-Vinay, N., Delonca, J. & Corvol, P., 2007. Self-measurement and self-titration in hypertension: a pilot telemedicine study. *American Journal of Hypertension*, 20(12), pp. 1314-1320.
- Hallberg, I, Ranerup, A., Bengtsson, U. & Kjellgren, K., 2018. Experiences, expectations and challenges of an interactive mobile phone-based system to support self-management of hypertension: patients' and professionals' perspectives. *Patient Prefer Adherence*, 28(12), pp. 467-476.
- Mileski, M., Kruse, C.S., Catalani, J. & Haderer, T., 2017. Adopting Telemedicine for the Self-Management of Hypertension: Systematic Review. *JMIR medical informatics*, 5(4), e41.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje RS, 2020. *Bolezni*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/nenalezljive-bolezni-in-stanja/bolezni> [Accessed 22 March 2020].
- Navodnik Preložnik, M. & Dinevski, D., 2019. Telemedicina in digitalizacija v diabetologiji. *Informatica Medica Slovenica*, 24(1-2), pp. 39-44.
- Petek Šter, M., 2018. Telemedicina v zdravljenju kroničnih pacientov – nova možnost za paciente z arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo. *Glasilo občanov občine Trebnje*, 14(9), p. 28.
- Petek Šter, M., 2019. Vodenje pacienta z arterijsko hipertenzijo v ambulanti družinske medicine s pomočjo telemedicine – predstavitev naših izkušenj. In: P. Dolenc, ed. *XXVIII. Strokovni sestanek Združenja za*

- arterijsko hipertenzijo. Zbornik. Ljubljana, 29. november 2019. Ljubljana: Združenje za arterijsko hipertenzijo, pp. 151-153.
- Potočnik, M., 2018. *Proces vodenja pacienta s srčnim popuščanjem ob uporabi telemedicine v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec: magistrska naloga*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Vončina Slavec, S. & Meglič, M., 2010. Nacionalni projekt eZdravje in telemedicina. *Informatica Medica Slovenica*, 15(1), pp. 3-4.
- World Heart Federation, 2018. *Elevating Hypertension on the Public Health Agenda*. [online] Available at: <https://www.world-heart-federation.org/news/elevating-hypertension-public-health-agenda/> [Accessed 22 March 2020].
- Wu, C., Wu, Z., Yang, L., Zhu, W., Zhang, M., Zhu, Q., Chen, X. & Pan, Y., 2018. Evaluation of the clinical outcomes of telehealth for managing diabetes: A PRISMA-compliant meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(43), e12962.

Percepcija odnosov med zaposlenimi in stanovalci v socialno varstvenih institucijah – presejanje z lestvico AAS

Perception of Relations between Employees and Residents in Social Care Institutions – an AAS screening

dr. Radojka Kobentar³⁰
Slavica Roljič³¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Skrb za starostnike v institucionalnem varstvu temelji na odnosih, ki jih zaposleni izkazujejo v obliki misli, občutkov in vedenja pri izvajanju intervencij in aktivnosti zdravstvene nege ali oskrbe. Vsakodnevne interakcije zaposlenih s starostniki potekajo tudi na nezavedni ravni in so kot takšne manj dostopne samonadzoru. Tako se utrjujejo neželene oblike vedenj zaposlenih, ki prikrito ali bolj odprto determinirajo odnos v procesu oskrbe. Dokazano je, da zaznavanje pozitivnih odnosov ima ugoden vpliv na zdravstveno stanje starostnikov, koriščenje preventivnih in z dokazi podprtih praks pri preprečevanju tveganj za bolewnost, invalidnost in nezgodne dogodke.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja z lestvico stališč Ambivalent Ageism Scale (AAS-13), na namenskem vzorcu zaposlenih (n=78) v institucionalni oskrbi starostnikov. Vrednost Cronbach alfa koeficienta znaša 0,894. Podatke smo obdelali s statističnimi metodami deskriptivne statistike in faktorsko analizo. Upoštevali smo raven statistične značilnosti $p=0,05$ točk.

Rezultati: S faktorsko analizo smo izločili štiri faktorje, ki vsebinsko odražajo stališča do starostnikov v institucionalni oskrbi. Prvi faktor vsebuje trditve, ki pomenijo »pokroviteljski odnos«, drugi faktor zajema trditve, ki odražajo »kognitivni deficit«, tretji faktor vključuje trditve, ki zajamejo »prikrajšanost za aktivnost« ter četrti faktor poimenujemo »prikrivanje informacij«. Skupni delež variance je znašal 72,24 %.

Razprava: Starostniki nastanjeni v instituciji so strani zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pogosto deležni pokroviteljskega odnosa ter vnaprejšnje ocene kognitivnega primanjkljaja, kar lahko ovira njihovo avtonomijo in vključenost pri odločanju o življenjskih potrebah.

Ključne besede: starostnik, stališča, institucija

Abstract

Introduction: Care for the elderly in institutional care is grounded in the attitudes expressed by employees through their thoughts, feelings, and behavior when performing nursing interventions and activities. The day-to-day interactions of employees with the elderly also occur on a subconscious level and, as such, they are less accessible to self-monitoring. This reinforces the unwanted behaviors of employees who determine the relationship in the care process covertly or more openly. The perception of positive attitudes has been shown to have a beneficial effect on the health state of the elderly, the use of prevention, and evidence-based practices in reducing the risks of morbidity, disability, and accidents.

Method: We used the quantitative analysis method using the Ambivalent Ageism Scale (AAS-13) on a dedicated sample of employees (n = 78) within institutional care for the elderly. The Cronbach alpha coefficient is 0.894. Data were processed using descriptive statistics and factor analysis. We considered the level of statistical significance at $p = 0.05$ points.

Results: Factor analysis extracted four factors that substantially reflect attitudes towards the elderly in institutional care. The first factor contains claims that represent "patronizing attitude". The second factor covers claims that reflect "cognitive deficit". The third factor includes claims that cover "activity disadvantages" and the fourth factor is called "information concealment". The total variance ratio was 72.24%.

Discussion: The elderly living in an institution often face caregiving and nursing staff with a patronizing attitude who have an upfront bias towards cognitive deficits which can impede autonomy and involvement in decision making about their life needs.

Keywords: elderly, attitudes, institution

³⁰ doc. dr. Radojka Kobentar, Slovenija, rkobentar@fzab.si

³¹ Slavica Roljič, mag. zdr. neg., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija, slavica.roljic@psih-klinika.si

1 Uvod

Starostniki, stari 65 in več let, predstavljajo v Sloveniji 20 % delež prebivalstva pri katerih se pričakuje še 21 let življenja in od tega števila vsaj še 7 zdravih let (Gabrijelčič Blenkuš & Robnik, 2017; Statistični urad Republike Slovenije, 2020). Podaljšanje življenja z uspešnim zdravljenjem kroničnih in akutnih zdravstvenih težav ima za posledico obremenitve zdravstvenega sistema z kompleksnimi zdravstvenimi storitvami, ki predstavljajo v Združenih državah Amerike 36 % celotnih stroškov zdravstvenega varstva in v Nemčiji 30 % stroškov za zdravila na recept namenjenih starostnikom (Wyman, et al., 2018). Najhitreje rastoča skupina starostnikov nad 85 let predstavlja zahtevne uporabnike storitev zdravstvenega varstva in veliko stroškovno obremenitev za zdravstveni in socialni sistem (Wyman, et al., 2018).

Ageizem se nanaša na stereotipe, predsodke in diskriminatorna vedenja zaradi starosti, kar ima za posledico kognitivno kategorizacijo starostnikov kot drugačnih, glede na njihove sposobnosti in/ali lastnosti (Ben - Harush, et al., 2017; Royal Society for Public Health, 2018). Avtorji povezujejo pojem ageizma tudi s predsodki ljudi do starostnikov, staranja in starosti vključujoč čustveno dimenzijo skupaj institucionalnimi praksami in politikami, ki utrjujejo stereotipe tudi z vedenjskimi izrazi (Royal Society for Public Health, 2018). Diskriminacija je opredeljena z neprimerno in nepošteno obravnavo na podlagi starosti in pogosto korelira z pojavom stereotipov (Voss, et al., 2018). Stereotipi, predsodki in diskriminacija predstavljajo ovire za udeležanje enakosti v dostopu do zdravja v smislu količine in kakovosti obravnave (Ben - Harush, et al., 2017; Wyman, et al., 2018). Ageistična stališča zdravstvenih delavcev se kažejo v eksplicitni obliki z napačnimi predstavami o starostnikih (dementni, nesposobni in krhki) ali implicitni obliki z izkazovanjem misli, občutkov in vedenja do starostnikov (Lev, et al., 2018). Povedano govori v prid dejstvu, da starost predstavlja visoko tveganje za neustrezno obravnavo (premalo ali preveč zdravljenja) ne glede na dejansko stanje posameznika (Outshida & Lachs, 2015; Voss, et al., 2018). V raziskavi je ugotovljeno, da je 43 % vprašanih starostnikov domnevalo, da so zaradi starosti neustrezno obravnavani in da pri 9 % niso bile vključene potrebne zdravstvene storitve. V raziskavi so medicinske sestre in zdravniki bili enotnega mnenja, da so bolečina, utrujenost, kognitivne motnje, depresija, socialna izolacija in tesnoba del normalnega staranja (Outshida & Lachs, 2015).

V sistemu zdravstvene obravnave so starostniki pogosto diskriminirani glede diagnostičnih postopkov, načinov zdravljenja in posredovanja informacij (Outshida & Lachs, 2015). V študijah in video posnetkih obravnave so ugotovili pokroviteljsko in neučinkovito komuniciranje, nespoštljivost, nestrpnost, izključevanje ter distanciranje med fizičnim kontaktom in ravnodušno vedenje do starostnikov (Ben - Harush, et al., 2017). Opozarjajo na škodljiv vzorec pozitivnega odzivanja na izražanje nemoči in odvisnosti od pomoči, kar odraža »podpora k odvisnosti« in pohvalo za sprejemanje pomoči kar preprečuje neodvisno vedenje starostnika. Napovedovalci negativnega odnosa do staranja so pomanjkanje znanja in izkušenj ter visoka stopnja tesnobe v zvezi z lastnim staranjem (Royal Society for Public Health, 2018; Wyman, et al., 2018). Medicinske sestre z ageističnimi stališči do starostnikov so pri delu z njimi imele bolj površinske in krajše pogovore, v pokroviteljskem tonu, z nizkimi pričakovanji glede rehabilitacije in zdravljenja (Wyman, et al., 2018). Odnos zdravstvenih delavcev, miselnost starostnikov in struktura zdravstvenega sistema imajo vpliv na vrsto, količino in kakovost ponujene, zahtevane in prejete zdravstvene storitve (Outshida & Lachs, 2015).

Pokroviteljski odnos in vedenje zaposlenih kažejo na zunaj videz neškodljivosti, vendar sta v praksi povezana z številnimi negativnimi izidi obravnave zaradi pomanjkanja samonadzora in odgovornosti starostnikov. Posledice »neželene pomoči« so povezane z izgubo

samozavesti, motivacije in občutka nadzora v zvezi z obravnavo (Cary, et al., 2017). Izkušnje starostnikov glede stereotipov, kažejo, da so v 46 % doživeli pokroviteljski odnos, v 43,5 % so bili prezrti in v 35,5 % so obravnavani kot nesposobni sodelovanja v procesu zdravljenja. Stereotipno dojetje starostnikov s pokroviteljskimi predsodki, običajno kažejo osebe z izraženi lastnostmi čustvene topline (pozitivni vidik) in nesposobnosti (negativni vidik) (Cary, et al., 2017). Starostna diskriminacija vpliva na zdravje in zdravstvene izide starostnikov, saj je dokazana povečana obolevnost in umrljivost (Ayalon & Tesch-Römer, 2018a; 2018b). Starostniki so lahko v procesu obravnave prejemniki pomoči in sočutja v povezavi z vedenjskimi težnjami po pomilovanju in usmiljenju, kar včasih moti potrebno zasebnost in privolitev. Ambivalentna narava odnosov se kaže z zanemarjanjem in socialno izključenostjo, ki utrjujeta institucionalizirane oblike diskriminacije (Royal Society for Public Health, 2018).

Strokovnjaki navajajo, da so za slabšo obravnavo starostnikov predvsem na strani zdravstvenega sistema in ponudbe z omejitvami dostopa do oskrbe, majhnim številom strokovnjakov, pomanjkanjem preventivnih in rehabilitacijskih možnosti ter diskriminatorne prakse pri kliničnem odločanju. Sedanji sistemi so razdrobljeni in težje dosegljivi čeprav je usklajevanje obravnave temelj kakovostne obravnave (Wyman, et al., 2018). Raziskovalci so ugotovili pozitivno korelacijo med izpostavljenostjo starostnikov negativnim stereotipom in stresom, ki napovedujejo višje tveganje za srčno žilne bolezni. Stresni odzivi aktivirajo negativna čustva in zdravju škodljiva vedenja (kajenje, uživanje alkohola, nezdrava prehrana) kar ima zdravstvene posledice (Levy, et al, 2018; Jackson, et al., 2019).

V raziskavi o institucionalni dolgotrajni oskrbi so pogosteje prepoznali navidezno »pozitiven« ageizem, ki ga povezujejo z željo zaposlenih po spoštovanju neodvisnosti starostnikov (npr. nepravilno izvajanje ustne higijene) kar ima za posledico negativni zdravstveni izid. Ugotavljajo, da tovrstno nenamerno vedenje škoduje starostnikom, saj zniža kakovost in količino oskrbe ter »opravičuje« manjše število zaposlenih. V zdravstveni oskrbi starostnikov v instituciji je značilno veliko neravnotežja med informacijami in nadzorom, s krajšanjem časa za negovanje in večjo osredotočenostjo na simptome in bolezni (Buttigieg, et al, 2018). Pokroviteljski načini interakcij zaposlenih s starostniki ustvarja pri njih ponotranjena prepričanja o nizki samoučinkovitosti (Cary, et al., 2017).

Namen raziskave je spoznavanje odnosa in stališč zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi pri delu s starostniki v institucionalnem okolju s ciljem ugotavljanja pojavnih oblik stereotipov ter morebitnih razlik med vprašanimi glede na demografske dejavnike.

Raziskovalno vprašanje:

Kateri stereotipi in kakšen odnos imajo zaposleni v instituciji pri delu s starostniki?

2 Metode

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja z vprašalnikom Ambivalent Ageism Scale (AAS-13), (Cary, et al, 2016), s 13 vprašanji na Likertovi lestvici 1 – se ne strinjam do 7 – se v celoti strinjam. Vprašalnike (n=120) smo razdelili naključnim zaposlenim v 3 socialnih zavodih v Sloveniji, vrnjenih je bilo n=78. V vzorcu je bilo 63 žensk in 15 moških, povprečna delovna doba v zavodu je bila 14,59 let, povprečna starost 41,32 let ($\pm 11,97$ let). Izobrazbena struktura zaposlenih kaže, da je največ bilo tistih s srednjo izobrazbo oz. zdravstvenih tehnikov (n=33), poklicno srednjo oz. bolničarjev (n=25) ter z višjo in visoko strokovno izobrazbo ali diplomiranih medicinskih sester, fizioterapevtov in delovnih terapevtov (n=20). Največ jih je delalo na vseh oddelkih (n=31), na negovalnem

oddelku (n=30), na oddelku za obolele z demenco (n=9) ter na stanovanjskem oddelku (n=8). Prostovoljna privolitev in popolna anonimnost sta bili zagotovljeni v izvornem zavodu. Raziskava je potekala med 31. 1. 2020 – 5. 3. 2020. podatke smo obdelali z metodami deskriptivne statistike in faktorsko analizo. Cronbach alfa za lestvico je bil 0,894, kar odraža dobro konsistentnost.

3 Rezultati

Starostna struktura zaposlenih razporejena po desetletjih v vzorcu je prikazana v Tabeli 1.

Tabela 1: Razredi starosti anketirancev

Starost v letih	n	%	Skupni delež
do 30 let	19	24,4	24,4
31 - 40 let	11	14,1	38,5
41 - 50 let	24	30,8	69,2
50 in plus let	24	30,8	100,0
Skupno	78	100,0	

Legenda: n=število, %=delež

Najmanj oseb je bilo starostni skupini med 31 in 40 let.

Tabela 2: Razredi delovne dobe anketirancev

Delovna doba	n	%	Skupni delež
do 10 let	35	44,9	44,9
11 - 20 let	21	26,9	71,8
21 - 30 let	11	14,1	85,9
31 in plus let	11	14,1	100,0
	78	100,0	

Legenda: n=število, %=delež

V Tabeli 2 je razvidno da je največ oseb imelo do 10 let delovne dobe.

Tabela 3: Bartlettov test sferičnosti

Kaiser - Meyer - Olkinov test ustreznosti vzorčenja (KMO test)		0,848
Bartlettov test sferičnosti	χ^2	500,88
	Sp	78
	P	0,000

Legenda: χ^2 =hi kvadrat; sp=stopinje prostosti; p= statistična značilnost

Vrednost KMO testa kaže da je vzorec primerne velikosti in ustrezen za analizo v Tabeli 3.

Tabela 4: Delež skupne variance izločenih faktorjev

Faktor	Začetne vrednosti			Vrednosti po ekstrakciji		
	Skupno	% variance	% skupno	Skupno	% variance	% skupno
1	5,805	44,653	44,653	5,805	44,653	44,653
2	1,340	10,307	54,960	1,340	10,307	54,960
3	1,233	9,487	64,447	1,233	9,487	64,447
4	1,013	7,792	72,240	1,013	7,792	72,240
5	,801	6,161	78,400			

Delež skupne variance izločenih faktorjev dobro pokriva latentni prostor, kar vidimo v Tabeli 4.

Tabela 5: Rotirana matrika faktorjske analize

Trditve	Faktorji			
	1	2	3	4
Stare ljudi bi morali opominjati, da jim je zaradi določene hrane lahko slabo.	,666	,256	,005	,394
Tudi ko ne zaprosijo za pomoč, bi morali starim ljudem ponuditi pomoč.	,772	,190	,232	,040
Stare ljudi je dobro opomniti, opomniti, naj bodo previdni ker lahko padejo in se poškodujejo.	,703	,473	,069	,071
Tudi kadar ne zaprosijo za pomoč, bi morali starim ljudem pomagati pri nabavi živil.	,683	,207	,452	-,006
Stare ljudi je dobro opomniti da so prestari za določene zadeve, sicer bodo razočarani ob neuspehu.	,644	-,028	,218	,313
Stari ljudje nebi smeli biti zaposleni, tudi če bi to želeli, ker so že dali svoj prispevek družbi.	,218	,088	,845	,122
Stari ljudje nebi smeli biti zaposleni, tudi če bi to hoteli, ker so krhki in lahko zbolijo.	,207	,106	,822	,212
Starim ljudem je dobro govoriti počasi, ker potrebujejo več časa da razumejo zadeve, ki jih govorimo.	,166	,819	,258	,273
Starim ljudem je potrebno razložiti zapletene zadeve kot npr. zdravstvene informacije.	,335	,752	-,009	-,039
Stare ljudi bi morali obvarovati pred slabimi novicami, ker bi jih hitro razžalostile.	,423	,188	,232	,691
Za stare ljudi je dobro, če živijo v domu za ostarele, ker ne rabijo skrbeti za vzdrževanje njihovega doma.	,106	,389	,617	,159
Stare ljudi moramo obvarovati pred surovimi resnicami v naši družbi.	,068	,160	,199	,865
Starim ljudem ponovimo zadeve, ker jih redko razumejo prvič.	,107	,806	,320	,249

Opomba: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

V Tabeli 5 so prikazane uteži izločenih faktorjev, v prvem je zajetih 5 trditev z visokimi vrednostmi uteži, ki združujejo »neželena pomoč«, drugi faktor vključuje tri trditve in pomeni

»kognitivni deficit«. Tretji faktor poimenujemo »prikrajšanost za aktivnost« zajema tri trditve ter četrti faktor pomeni »prikrivanje informacij« in vključuje dve trditvi. Vsi faktorji pokrivajo 72,24 % delež variance, kar je razvidno v Tabeli 4.

4 Razprava

V naši raziskavi smo ugotovili da so starostniki v institucionalni oskrbi pogosto deležni različnih predsodkov v smislu nudenja pomoči tudi kadar starostniki ne zaprosijo zanjo ter opominjanjem, da so za nekatere reči prestari. Kognitivna kategorizacija oseb na osnovi starosti in sposobnosti predstavlja vrsto stereotipov, ki v naši raziskavi nakazuje pokroviteljski odnos. Cary, et al. (2017), so v svoji raziskavi ugotovili, da sta pokroviteljski odnos in vedenje morda na videz dobrohotna, vendar sta povezana z negativnimi izidi, saj so starostniki označeni za nesposobne in so kot takšni izključeni iz odločanja z ugotovitvijo, da je njihovo mnenje »nepomembno«. Paternalistični odnos se kaže v pretirani zaščiti, infantilizaciji, usmiljenju do ljudi čeprav navidezna dobronamernost povzroči pri osebi strah, nelagodje in občutek manjvrednosti (Nario - Redmond, et al., 2019) Avtorji navajajo, da so starostniki, ki so imeli možnost samokontrole in odločanja sprejeli tudi večjo odgovornost zase kar se izkazalo v boljših zdravstvenih izidih (Cary, et al., 2017; Jackson, et al., 2019). Naša razmišljanja gredo v smeri zaposlenih, ki se pogosto ne zavedajo, da starostnikom s takšnim odnosom odvzamejo priložnost za ohranjanje sposobnosti, samostojnosti in odločanja s prevzemanjem odgovornosti zase. Ravno pogoste pritožbe glede institucionalne obravnave gredo v smeri prehitre izgube sposobnosti samooskrbe in avtonomije starostnikov, kar vsekakor negativno vpliva na zdravje posameznika. Strokovnjaki navajajo, da stereotipi, predsodki in diskriminacija zvišujejo socialno neenakost, saj so bolj izraženi pri revnih, ženskah in obolelih za demenco ter osebah v dolgotrajni institucionalni oskrbi (Ayalon & Tesch - Römer, 2017).

Strinjamo se, da maloštevilni zaposleni v institucijah pogosto hitreje in bolj zanesljivo opravijo pri starostniku aktivnost ali intervencijo zdravstvene nege in oskrbe, vendar mu odvzemajo pravico in priložnost da udejanja samooskrbe. Wymen, et al. (2018), navajajo da je komunikacija medicinskih sester med negovanjem zaznana kot regresivna »podpora odvisnosti« s pohvalo za prejemanje pomoči, npr. nameščanje plenice, namesto, da jih peljejo v stranišče. Poglobljeno razmišljanje o odnosu do starostnikov podpirajo številni avtorji, ki so mnenja, da pokroviteljski odnos in vedenje do starostnikov škoduje v smislu večje pasivnosti, pomanjkanju motivacije in socialne izključenosti (Outshida & Lachs, 2015; Ayalon & Tesch - Römer, 2017; Cary, et al., 2017; Finch, 2019).

Avtorja navajata dejstva, da se z višjo starostjo zvišuje tveganje za krhkost, večjo ranljivost ter posledično višjo obolevnost, ki vpliva na socialno življenje, razpoloženje, izvajanje življenjskih aktivnosti in splošno funkcioniranje. Naraščajoča starost vpliva na izgubo sluha pri tretjini oseb na 65 let, okvare vida pri četrtini posameznikov nad 75 let, Alzheimerjevo demenco, ki se po 65 letu vsakih 5 let podvoji do 85 let, in znaša 8 – 15 % (Outshida & Lachs, 2015). Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe bi vsekakor morali razumeti, da kljub prisotnosti senzornih in kognitivnih sprememb niso vsi nujno funkcionalno nesposobni. Rutinirana obravnava na osnovi predpostavk o zmanjšanih sposobnostih utrjuje negativne stereotipe v komunikaciji in obravnavi ter tako vplivajo pri starostnikih nižjo samopodobo, njihov umik iz socialnega okolja, okrepi njihovo odvisnost pri samooskrbi ter zviša stopnjo socialne izolacije.

V naši raziskavi smo ugotovili da se zaposleni pogosto zatekajo k predsodku o kognitivnem deficitu pri starostnikih, kar je zelo zaskrbljujoče. Individualni pristop k starostniku z

oceno sposobnosti predstavlja teoretično videnje, ki se v praksi ne izvaja in tako s stereotipnim pristopom namesto ohranjanja neodvisnosti in samostojnosti zelo hitro pripeljemo starostnika v pozicijo pasivnega prejemnika storitev zdravstvene nege in oskrbe. Avtorji so mnenja, da starostniki s pozitivno samopercepcijo staranja imajo 44 % več možnosti da bodo okrevali po bolezni in si za 7,5 let podaljšali življenje (Outshida & Lachs, 2015). Pozitivne premike v razumevanju starostnikov in njihovih potreb s strani zdravstvenih delavcev, so ugotovili v avstralski raziskavi na vzorcu 5000 volivcev starih več kot 18 let, kjer je povprečno 63 % vprašanih odgovorilo, da ni zaznalo diskriminacije pri obravnavi starostnikov ter se kažejo manjši pozitivni premiki v smislu ustrezne zdravstvene obravnave v primerjavi s predhodnimi raziskavami (Hussain, et al., 2017).

Aktivnost v najširšem pomenu besede predstavlja temelj človekovega življenja, tudi v starosti, zato nas v raziskavi preseneča dejstvo, da bi starostnike morali obvarovati vsakršnega dela in skrbi. Prikrajšanje za aktivnost vodi v hiter upad fizičnih, psihičnih, duhovnih, socialnih in drugih sposobnosti ter izgubo človekovega dostojanstva. Avtorji so mnenja, da takšen odnos ima vpliv na počutje starejših ter razlik v zaznavanju med subjektivno in kronološko starostjo. Ugotovitev, da se zaznavanje subjektivne starosti pozitivno razlikuje od kronološke starosti, vpliva na ugodne zdravstvene izide (Ayalon & Tesch - Römer, 2017; Hussain, et al, 2017).

Diskriminatorska komunikacija s starostniki ter vnaprejšnje prikrajšanje za informacije zagotovo vpliva na odnos in zaupanje med zdravstveno obravnavo, saj dokazano vpliva na zadovoljstvo in posredno na zdravje ljudi. Pripisovanje nekaterih težav samemu staranju bolj verjetno omejuje možnosti iskanje pravočasne pomoči npr. pri depresiji, bolečini, utrujenosti in drugo (Outshida & Lachs, 2017). V naši raziskavi govorimo o »zaščitniškem vedenju« pri komunikaciji s starostniki, s prikrajšanjem za realne informacije. Wymen, et al. (2018), navajajo, da so medicinske sestre pogosto komunicirale s starostniki v pokroviteljskem tonu, jih niso vključile v odločanje, so izražale nizka pričakovanja glede rehabilitacije in zdravljenja starostnikov. Poglobljeno razmišljanje o načinu prikrievanja realnosti starostnikom ne prinaša nič pozitivnega temveč jih vse bolj izolira od vsakdanjega življenja. Tudi »slabe novice« so del naše resničnosti in jih je potrebno, glede na pomembnost, ustrezno selekcionirati. Sedaj se stara baby boom generacija, ki postaja vse bolj glasna pri zadovoljevanju zdravstvenih potreb ob pričakovanju daljšega življenja s preprečevanjem bolezni in invalidnosti (Hussain, et al., 2017). Omejitve, ki smo jih zaznali je majhnost vzorca, omejenost vprašalnika v smislu kulturnih razlik ter posledično možnosti statistične obdelave.

V naši raziskavi smo ugotovili, da zaposleni imajo dobronamerna pokroviteljska stališča, ki v institucionalni praksi povečujejo socialno izključenost in funkcionalno odvisnost. Medicinske sestre, zdravstveni delavci in sodelavci v institucionalnem okolju naj bi vsakršno obliko zaznanega ageizma strokovno in argumentirano zavrnile, kar bi prispevalo k spoštovanju osebnosti, ohranjanju integritete in avtonomije posameznika. Starostna stigmatizacija in njene pojavne oblike, nimajo strokovne podpore v zdravstveni negi in oskrbi in so kot takšne nezaželene. Ustrezno raziskovanje področja stigmatizacije, izobraževanje zaposlenih o stigmatizaciji, njeno zaznavanje v institucionalnem okolju ter supervizijsko svetovanje bi prispevalo k odpravi stigme zaradi starosti. Medicinske sestre s kompetentnim pristopom so v prvi vrsti za odpravo vseh vrst stigmatizacije s podpiranjem avtonomnega in neodvisnega življenja starostnikov v instituciji in izven.

Literatura

Ayalon, L. & Tesch-Römer, C., 2017. Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14, pp. 1-4.

- Ayalon, L. & Tesch-Römer, C., 2018a. Ageism - Concept and Origins. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer.
- Ayalon, L. & Tesch-Römer, C., 2018b. On the Manifestations and Consequences of Ageism. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer, pp. 109-113.
- Ben - Harush, A., Shiovitz - Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Yafa Haron, Y. & Ayalon, L., 2017. Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), pp. 3948.
- Buttigieg, S.C., Ilinca, S., De Sao Jose, J.M.S. & Larsson, A.T., 2018. Researching Ageism in Health-Care and Long Term Care. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer, pp. 493-515.
- Cary, L.A., Chasteen, A.L. & Remedios, J., 2017. The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. *Gerontologist*, 57(2), pp. 27-36.
- Finch, J., 2019. Ageism in nursing. *British Journal of Community Nursing*, 24(10), pp. 504-507.
- Gabrijelčič Blenkuš, M. & Robnik, M., 2017. Starostniki: od epidemiologije do specifičnih lastnosti populacije – nekateri spregledani (javno)zdravstveni problemi starejših. *Farmaceutski vestnik*, 68, pp. 97-105.
- Hussain, R., Kendig, H., O'Loughlin, K. & Cannon, L., 2017. Ageism Feature - Perceptions of health-care professionals' treatment of older people. *Australasian Journal on Ageing*, 36(2), pp. 102-106.
- Jackson, S.E., Hackett, R.A. & Steptoe, A., 2019. Associations between age discrimination and health and wellbeing: cross-sectional and prospective analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *Lancet Public Health*, 4, pp. 200-208.
- Lev, S., Wurm, S. & Ayalon, L., 2018. Origins of Ageism at the Individual Level. In: L. Ayalon, & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer, pp. 56-67.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Chang, E.S., Kanoth, S. & Wang, S.Y., 2018. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*, 10, pp. 1-8.
- Nario-Redmond, M.R., Kemerling, A.A., & Silverman, A., 2019. Hostile, Benevolent, and Ambivalent Ableism: Contemporary Manifestations. *Journal of Social Issues*, 75(3), pp. 726-756.
- Ouchida, K.M. & Lachs, M.S., 2015. Not for Doctors Only: Ageism in Healthcare. *Journal of the American Society on Aging*, 30(3), pp. 56-67.
- Royal Society for Public Health. London: John Snow House, 2018. Available at: <https://www.google.com/search?q=That+Age+Old+Questio&oq=That+Age+Old+Questio&aqs=chrome..69i57j0l5.3720j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8> [Accessed 20 February 2020].
- Statistični urad Republike Slovenije. [online] Available at: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> [Accessed 20 February 2020].
- Voss, P., Bodner, E. & Rothermund, K., 2018. Ageism: The Relationship between Age Stereotypes and Age Discrimination. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer.
- Wyman, M.F., Shiovitz - Ezra, S. & Bengel, J., 2018. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*. Cham: Springer, pp. 193-212.

Standardizirana metoda za ocenjevanje veščin, kot inovativni pristop in izziv na področju izobraževanja v zdravstveni negi za dvig kakovostne oskrbe pacientov

Objective Structured Clinical Examination: an innovative approach and challenge in nursing education to raise quality patient care

Anja Novak³²
Živa Varl³³
Tadeja Drenovec³⁴
Sanela Pivač³⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zdravstvene fakultete lahko prispevajo k uporabi novitet na področju izobraževanja študentov zdravstvene nege, saj tradicionalni sistem ni pravičen in ne zadostuje potrebam tržišča. Namen raziskave je ugotoviti razširjenost in uporabnost metode OSCE, kot orodje za preverjanje znanja študentov zdravstvene nege na zdravstvenih fakultetah v Sloveniji in tujini.

Metoda: Izveden je bil sistematični pregled strokovne in znanstvene literature v bibliografskih bazah Cobiss, Cinahl, Google Scholar in arhivu Obzornika zdravstvene nege po izbranih ključnih besedah OSCE in študenti zdravstvene nege in z omejitvami od leta 2014 do 2019, dostopnost celotnega besedila in jezik besedila angleščina. Glede na oceno kvalitete vira smo za analizo uporabili 13 virov. Izvedli smo kvalitativno vsebinsko analizo spoznanj vključenih v pregled, uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij.

Rezultati: Raziskave kažejo, da je OSCE metoda učinkovito sredstvo za ocenjevanje študentov, in je med študenti dobro sprejeta. Prav tako so dokazali boljše rezultate študentov pri uporabi OSCE metode, kot metode učenja in ocenjevanja praktičnih veščin.

Razprava: Izobraževanje bodočih zdravstvenih delavcev, ki bodo kompetentni na svojem področju, zahteva uporabo najučinkovitejših učnih strategij. Sodobni pristopi, kot je uporaba OSCE metode se pri nas še niso uveljavili. V tujini vedno več zdravstvenih fakultet uporablja OSCE metodo, kar vpliva na uspešnost ter višjo kompetentnost študentov zdravstvene nege.

Ključne besede: OSCE, ocenjevanje praktičnih veščin, študenti zdravstvene nege

Abstract

Introduction: Educational institutions (faculties) from the field of Health Sciences can contribute to the use of innovations in the educational processes since the traditional system is not always optimal and, in many cases, does not meet the needs and specifics of the market. The purpose of the research is to determine the prevalence and usability of the OSCE method as an educational tool for assessing the knowledge of nurse students at health sciences faculties in Slovenia and abroad.

Methods: A systematic review of the professional, technical, and scientific literature published in bibliographic databases Cobiss, Cinahl, Google Scholar, and in the archive of the Obzornik zdravstvene nege was performed by the selected "OSCE" and "nursing student" keywords and between time-frame restriction from 2014 to 2019, all in the English language with full-text availability. According to the quality assessment of the sources, 13 texts were used for further analysis. We conducted a qualitative analysis of the searched content and used the technique of coding and formatting content categories.

Results: Research showed that the OSCE method is an effective educational tool for evaluating students and also well-received among them. When the OSCE method was used as a method for teaching and assessment of practical skills, better outcomes of the students was proved.

³² Anja Novak, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija, anja.novak@sb-je.si

³³ Živa Varl, dipl. babica, Zdravstveni dom Jesenice, Slovenija, ziva.varl@zd-jesenice.si

³⁴ Tadeja Drenovec, dipl. m. s., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Slovenija tadeja.drenovec@ir-rs-si

³⁵ Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, spivac@fzab.si

Discussion: Teaching of future healthcare professionals to effectively achieve competencies requires the use of the most effective teaching strategies.

Modern approaches, such as the use of the OSCE method, has still not been well-established in Slovenia yet. The OSCE method is more widely spread abroad, which affects the performance and higher competence of the students.

Keywords: OSCE, practical skills assessment, student nurse

1 Uvod

Vloga medicinske sestre se spreminja in se bo spreminjala v prihodnje, skupaj s potrebami in pričakovanji uporabnikov (Traynor & Galanouli, 2015), kar pripelje do tega, da je na današnjem, nenehno se spreminjajočem, konkurenčnem trgu pomembno, da zdravstveno oskrbo izvajajo visoko izobraženi in usposobljeni posamezniki. Ravno zaradi tega je ena najzahtevnejših nalog zdravstvenih fakultet skozi program izobraževanja pripraviti študente, ki bodo nekoč kompetentno izvajali varno in učinkovito zdravstveno nego in oskrbo (Clark, 2015).

V Veliki Britaniji je univerza za dodiplomski študij zdravstvene nege za vzpostavitev standardov, z namenom ocenjevanja kompetentnosti študentov v kliničnih veščinah, razvila standardizirano orodje za ocenjevanje veščin študentov. Metoda se imenuje Objektivne Structured Clinical Examinations (OSCE) (Clark, 2015). Raju (2016) navaja, da je bila metoda prvič uporabljena leta 1970. Gre za metodo, ki poleg ocenjevanja znanja, pridobljenega med izobraževanjem, vključuje širšo oceno znanj in veščin, ki dokazujejo uporabnost znanj v različnih situacijah. Pri opravljanju praktičnega dela izpita se študentje preizkusijo v 10 – 20 postajah, kjer demonstrirajo različne aktivnosti, veščine, odgovarjajo na vprašanja ocenjevalcev, opravljajo naloge, prepoznavajo materiale in se učijo različnih spretnosti. Vsaka postaja identificira določeno kompetenco in je časovno omejena na 5 – 10 minut. Ocenjevalci na postajah beležijo v kontrolni seznam opravljenih aktivnosti, kar zagotavlja oceno vsakega študenta po enakih kriterijih. Po zaključku vseh aktivnosti oz. postaj, študentje s strani ocenjevalcev pridobijo predloge za izboljšanje, kar določa njegovo kompetentnost za določeno aktivnost oz. predlog za dodatno praktično usposabljanje. Pomembna je dobra psihološka priprava študenta pred ocenjevanjem ter priprava na celoten potek ocenjevanja s poznavanjem smernic, opreme, ki se jo uporablja, informacije o časovnem poteku, predhodno morajo imeti zagotovljene razpoložljive vire (npr. videoposnetki). Traynor & Galanouli (2015) omenjata, da je zdravstvena fakulteta že od začetka razvoja zdravstvene nege prepoznala pomembnost vključevanja kliničnih mentorjev v program izobraževanja, kar so vključili tudi v pripravo OSCE modela v postopku ocenjevanja. Skupaj s kliničnimi mentorji in predavatelji so razvili OSCE model, ki temelji na jasnih smernicah General Medical Council (GMC). Omenjajo odgovornost vseh visokošolskih zavodov za razvoj svojih standardov in smernic. Zavedajo se, da OSCE ne zagotavlja popolnega profila kompetentnosti študentov zdravstvene nege, vendar omenjajo, da je dovolj dokazov, da s prilagojeno OSCE metodo zagotovi ocena usposobljenosti študenta.

Namen članka je ugotoviti razširjenost in uporabnost metode (OSCE), kot orodje za preverjanje znanja študentov zdravstvene nege na zdravstvenih fakultetah v Sloveniji in tujini. Podatki o uporabnosti metode (OSCE), ki smo jih pridobili, so pomembni za pripravo učnega načrta fakultet zdravstvene nege.

2 Metode

Prispevek je nastal na podlagi seminarskega dela na študijskem programu za izpopolnjevanje Mentorstvo v kliničnem okolju na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Za pripravo prispevka smo uporabili metodo sistematičnega pregleda literature. Uporabili smo podatkovne baze CINAHL, COBISS in arhiv Obzornika Zdravstvene nege. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »OSCE« in »nursing students«. V slovenskem jeziku smo ključne besede iskali v Google Scholar in sicer: »OSCE« in »študenti zdravstvene nege«. Omejitveni kriteriji so bili po vseh bazah enaki in sicer: obdobje od leta 2014 do leta 2019, dostopnost celotnega besedila članka ter jezik besedila angleščina. Izvedli smo kvalitativno vsebinsko analizo spoznanj vključenih v pregled, uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij.

3 Rezultati

Končno število pregledanih člankov v polnem besedilu, ki smo jih uvrstili v obdelavo podatkov je bilo 13, od skupno 26 zadetkov. Glede na naslov in izvleček smo pregledali 17 virov v polnem besedilu, en vir se je ponovil v dveh podatkovnih bazah, torej je bilo skupno pregledanih 16 člankov. Glede na oceno kvalitete vira smo 4 prispevke izločili, na koncu smo tako za analizo uporabili 13 virov.

S tabelarnim prikazom (Tabela 1) rezultatov smo predstavili ključna spoznanja raziskovalcev, na katerih temelji naš pregled literature. Ob vsakem avtorju je navedena še letnica objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja.

Tabela 1: Tabelarni prikaz ključnih spoznanj raziskovalcev

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bahar, et al.	2017	Kontrolirana randomizirana raziskava	80 študentov 1. letnika zdravstvene nege, Turčija	Z OSCE metodo so potrdili, da inovativne učne metode izboljšajo znanje študentov.
Clark	2015	Raziskava z opazovanjem	Študenti zdravstvene nege, Indiana, ZDA	OSCE je učinkovito sredstvo za ocenjevanje študentov, OSCE dobro posnema resnično klinično situacijo za ocenjevanje kompetenc študentov
Costa, et al.	2016	Opisna raziskava	Študenti zdravstvene nege, Brazilija	OSCE omogoča inovativne pristope k izboljšanju praktičnega usposabljanja in je metoda, ki omogoča evalvacijo in učenje. OSCE omogoča študentu kritično razmišljanje in presojo ter učenja na lastnih napakah, brez da bi s tem ogrozil pacienta.
Fekonja, et al.	2016	Presečna opazovalna raziskava	Ni znano	Obstaja veliko neskladje v vrednotenju aktivnosti zdravstvene nege med učiteljem in učencem, študenti so pogosto dosegli slabše rezultate na področju znanja za izvedbo intervencij, priprave na intervencijo in obvladovanja bolnišničnih okužb.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Fekonja, et al.	2017	Presečna opazovalna raziskava	51 študentov 1. letnika magistrskega študijske programa zdravstvena nega, Slovenija	OSCE je primerna alternativa tradicionalnim oblikam ocenjevanja znanja, metoda je učinkovitejša zaradi takojšnje povratne informacije. Študentom primanjkuje samokritičnosti in teoretičnega znanja.
Goh, et al.	2016	Kvantitativna raziskava	Študenti zdravstvene nege, Singapur	OSCE je potrebno prilagoditi ciljem, ki jih skušamo doseči, organizirati je potrebno uvodni sestanek, kjer so vsi seznanjeni z okviri OSCE kot orodjem za ocenjevanje ter da se upošteva doslednost pri ocenjevanju študentov, definirajo se najpomembnejši sestavni deli, ki bodo zagotovili dobro delovanje, zagotoviti je potrebno koordinatorja, ki bo zagotovil celovitost postopka preverjanja OSCE, kot tudi svetovalno podporo ocenjevalcem
Jesudoss, et al.	2018	Retrospektivna kvantitativna raziskava	96 študentov zdravstvene nege, Indija	Študenti so ocenili OSCE kot visoko pozitivno in primerno za nadaljnjo uporabo, z minimalnim številom postaj, omejenim časom in specifičnimi temami
Divya., et al.	2019	Deskriptivna kvantitativna raziskava	39 študentov zdravstvene nege, Oman	Dokazali so, da je odziv študentov ob uvajanju novih metod poučevanja pomemben, več kot polovica študentov OSCE priporoča za ocenjevanje kliničnih veščin, OSCE imajo raje kot metodo za ocenjevanje v primerjavi s tradicionalnim pisnim testom
Murry, et al.	2019	Raziskava z opazovanjem	92 študentov zadnjega letnika zdravstvene nege, Indija	Z OSCE metodo ocenjevanja so dokazali boljše rezultate študentov, kateri so se učili s pomočjo metode učenja v manjših skupinah.
Pegram & Fordham-Clarke	2015	Kvantitativna raziskava	72 študentov prvega letnika zdravstvene nege in 17 njihovih mentorjev, Velika Britanija	Medvrstniško učenje v učnem načrtu zmanjša stres pri ocenjevanju z OSCE in je dobra priprava na izpit. Prepoznano je kot koristna metoda za učenje ter priprava na mentorske vloge ko bodo zaposleni.
Siddaram & Anil	2018	Presečna primerjalna raziskava	32 študentov 1. in 2. letnika zdravstvene nege, Indija	Klasična metoda priprave na izpit je učinkovitejša od OSCE. Če pa bi bila OSCE že od vsega začetka vključena v študij pa bi bila ta učinkovitejša.
Traynor & Galanouli	2015	Opis uvedbe metode v prakso	/	Visokošolske ustanove, ki so odgovorne za dodiplomsko izobraževanje medicinskih sester vlagajo v najboljše metode ocenjevanja, med katere v sam vrh spada OSCE. Vlaganje v OSCE pripelje do doseganja odličnosti v izobraževanju, kar zagotavlja tudi zaupanje v poklic.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Traynor, et al.	2016	Mešana raziskava (kvantitativna in kvalitativna)	21 študentov 3. letnika dodiplomskega programa zdravstvena nega,	Model OSCE je potrebno dopolniti, ker je zasnovan na preizkušanju klinične usposobljenosti v praktičnih spretnostih, ne nudi pa holističnega pristopa. Veščine so izolirane in primerne bolj za začetnike programa dodiplomskega študija zdravstvene nege.

Na podlagi ugotovitev smo oblikovali tudi vsebinske kode in jih sistematično razvrstili v kategorije (Tabela 2) ter zraven navedli tudi avtorje raziskav.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije	Kode	Avtorji
Ocena študentov OSCE metode	Metoda je visoko pozitivna – primerna za nadaljnjo uporabo – več kot polovica priporoča naj pri ocenjevanju kliničnih veščin uporabljajo OSCE	Jesudoss, et al., 2018 Divya, et al., 2019
Priporočila za izvedbo	Minimalno število postaj – omejen čas – specifične teme – OSCE prilagoditi ciljem, ki jih skušamo doseči – organizirati je potrebno uvodni sestanek v namen seznanitve z okviri OSCE – koordinator, ki bo zagotovil dobro delovanje in vo svetovalna podpora ocenjevalcem – navodila morajo biti jasna – zaporedje postaj mora biti smiselno – vpeljati med vrstniško učenje kot pripravo na OSCE izpit	Jesudoss, et al., 2018 Goh, et al., 2016 Siddaram & Anil, 2018 Pegram & Fordham-Clarke, 2015
Prednosti OSCE postaj	Študenti imajo raje OSCE kot tradicionalni pisni test – je objektivna metoda za ocenjevanje – učinkovitejša metoda – poveča samozavest študentov – takojšnje prepoznavanje prednosti in slabosti študentov – omogoča kritično razmišljanje in presojo ter učenje na lastnih napakah, brez da bi ogrozili pacienta	Divya, et al., 2019 Siddaram & Anil, 2018 Fekonja, et al., 2017 Costa, et al., 2016
Slabosti OSCE postaj	Težavna metoda, zahteva več sredstev in kompetenc – stresna metoda za študente, ki so temu prvič izpostavljeni – težje ocenjujemo kritično razmišljanje, medsebojne komunikacijske veščine, izkušnje, pričakovanja in veščine obravnavanja bolnika kot celoto - potrebno dopolniti, ker je zasnovan na preizkušanju klinične usposobljenosti v praktičnih spretnostih, ne nudi pa holističnega pristopa - veščine so izolirane in primerne za začetnike	Siddaram & Anil, 2018 Fekonja, et al., 2017 Traynor, et al., 2016
Rezultati uporabe OSCE metode	Slabši rezultati študentov na področju znanja za izvedbo intervencije, priprave na intervencijo in obvladovanja bolnišničnih okužb – ocenjujemo osnovno znanje in tehnično uspešnost - Z OSCE metodo so potrdili, da inovativne učne metode izboljšajo znanje študentov – učinkovito sredstvo za ocenjevanje študentov – OSCE je metoda za dokazovanje usposobljenosti študentov za poklic – OSCE spada v vrh med metodami za ocenjevanje – z uporabo OSCE metode pridobimo usposobljene medicinske sestre, kar zagotavlja zaupanje v poklic	Fekonja, et al., 2016 Fekonja, et al., 2017 Bahar, et al., 2017 Murry, et al., 2019 Clark, 2015 Traynor & Galanouli, 2015

4 Razprava

Na podlagi pregleda tuje in domače literature ugotavljamo, da je vključevanje OSCE modela v izobraževalni proces pomembna pridobitev, ki jo že nekaj let vestno uporabljajo v izobraževalnem procesu bodočih zdravstvenih delavcev v tujini, pri nas pa na žalost še ni bila vključena v izobraževalni sistem. Ugotavljamo, da člankov o metodi OSCE v Sloveniji praktično ni, s čimer ne moremo potrditi, da se omenjena metoda uporablja v izobraževalnem procesu bodočih medicinskih sester. Enako Goh s sodelavci (2016) komentira, da čeprav se je OSCE metoda izkazala kot verodostojna metoda ocenjevanja klinične usposobljenosti v medicini in sorodnih znanostih, obstaja malo literature, ki govori o uporabi OSCE v praksi zdravstvene nege.

Bahar in sodelavci (2017) so z metodo OSCE ugotovili, katere učne metode izboljšajo znanje in usposobljenost študentov in jih pripravijo na samostojno delo. Njihov namen je bil izboljšati kakovost zdravstvene nege in oskrbe ter zagotoviti varnost pacientov. Dokazali so, da uporaba inovativnih učnih metod izboljša znanje študentov zdravstvene nege, v primerjavi s tradicionalnimi metodami. Tudi Jesudoss in sodelavci (2018) so z raziskavo med študenti zdravstvene nege OSCE metodo prepoznali kot visoko pozitivno in primerno za ocenjevanje znanja študentov. Goh s sodelavci (2016) predstavi rezultate raziskave, ki so jo opravili med vključenimi v izobraževanje v zdravstveni negi v Singapurju. Ugotovitve so pokazale, da je OSCE veljavna in zanesljiva metoda ocenjevanja za merjenje klinične usposobljenosti novih diplomiranih medicinskih sester in je dober pokazatelj njihove pripravljenosti za izvajanje poklica. Enako je tudi Divya s sodelavci (2019) prišla do podobnih rezultatov. Primerjali so rezultate med uspešnostjo študentov pri ocenjevanju z OSCE in pisnim testom in ugotovili, da so študenti pri OSCE dosegli boljše rezultate, z raziskavo pa so dokazali tudi, da imajo študenti raje preverjanja znanja z uporabo OSCE, kot pisni test. Siddaram & Anil (2018) sta ugotovila, da se je omenjena metoda izkazala za priporočljivo orodje za ocenjevanje klinične uspešnosti študentov zdravstvene nege, vendar pa nasprotno kot ostali, ugotavljata, da je klasična metoda preverjanja bolj učinkovita od OSCE. Menita, da bi bila metoda OSCE bolj učinkovita, če bi bila usmerjena v študente že takoj v začetku študija. Murry s sodelavci (2019) dodaja, da je z metodo OSCE delo v manjših skupinah kvalitetnejše, kar pomeni razvoj kompetentnih zdravstvenih delavcev. Murry s sodelavci (2019) so prav tako želeli odkriti najboljše metode za poučevanje oz. razvoj kompetentnih zdravstvenih delavcev. Prav tako so ugotovili, da se v manjših skupinah študentje lahko dobro pripravijo na OSCE izpit. Pozitivno na OSCE metodo gledajo tudi Costa s sodelavci (2016), ko v prispevku opisujejo učno izkušnjo pri uporabi OSCE s simulacijo različnih situacij v kabinetu na zdravstveni fakulteti v Braziliji, z namenom ocenitve znanja, spretnosti in odnosa do izmišljenih kliničnih situacij. Ugotovili so, da OSCE učinkovito usmerja poučevanje, saj študentu omogoči, da razvije svojo klinično presojo in sklepanje in se uči na napakah, ne da bi ogrožal bolnika. Študentje 3. letnika zdravstvene nege v Indiji uporabljajo OSCE za laboratorijske simulacije, treninge, pomoč, usmerjanje. Hkrati metoda vzpodbuja komunikacijo med fazami, omogoča pridobitev natančnega znanja, spretnosti, odnosa do različnih situacij. Zaključili so, da OSCE prispeva k oblikovanju kritične in reflektivne medicinske sestre, katera je varna, kakovostna in odgovorna, s pomočjo kompetenc in spretnosti, pridobljenih med tečajem.

Siddaram & Anil (2018) pa sta ugotovila še eno vzporedno prednost OSCE metode. Vzajemno in medvrstniško sodelovanje, ko mlajši študentje črpajo znanje od starejših smatrajo za zelo pozitivno izkušnjo. Raziskava preučuje izvajanje in oceno sheme vzajemnega učenja. Starejši vrstniki so skušali povečati mlajšim samozavest pri usposobljenosti in opravljanju kliničnih veščin. Ugotovili so, da je pridobitev kliničnih znanj temeljni vidik dodiplomskega študija, da je priprava študentov na OSCE odlična pot do razvoja samozavestnih

in kompetentnih študentov, da medvrstniško učenje koristi tako učiteljem kot tuitirancem. In OSCE metoda tudi vse to ponuja.

Siddaram & Anil (2018) v svoji raziskavi opisujeta OSCE kot stresno izkušnjo, njihovi študentje verjamejo, da je klasični izpit iz tega vidika še vedno najboljši. Tudi Traynor s sodelavci (2016) omenja stres ob samem ocenjevanju, vendar pa njihovi študentje zagovarjajo, da je to hkrati dobra izkušnja. Costa s sodelavci (2016) je na podlagi raziskav ugotovil, da študentom predstavljajo tesnoba med čakanjem na ocenjevanje, nepoznavanje vprašanj, strah in napetost izziv, kar prispeva k oblikovanju pozitivne podobe medicinske sestre. Pegram & Fordham-Clarke (2015) sta prišla do izjemne ugotovitve, ko sta preučevala medgeneracijsko učenje z OSCE metodo in sicer sta na podlagi zbranih podatkov ugotovila, da je cilj za zagotovitev varnega in sproščenega okolja za učenje in zmanjšanje tesnobe zaradi OSCE izpita, z vzajemnim med vrstniškim sodelovanjem izpolnjen. Študentje so prav tako zagovarjali, da bi z pogostejšo uporabo OSCE metode v izobraževanju medicinskih sester, zmanjšali stresno izkušnjo. Z nasveti starejše generacije in vzajemnim učenjem so se dobro pripravili na OSCE izpit ter okrepili znanje in posledično se je zmanjšala stresna izkušnja.

Po drugi strani, pa je Traynor s sodelavci (2016) ugotovil, da OSCE metoda zelo dobro oceni določen primer, ki je dan na postajah, ne nudi pa holističnega pristopa. Tudi večšine so izolirane in primerne bolj za začetnike programa dodiplomskega študija zdravstvene nege. Ko učenec napreduje v znanju in učni cilji postajajo bolj zapleteni ter integrirani v vse aspekte zdravstvene nege, standardni OSCE model ne zadostuje več potrebam ocenjevanja. Takrat je pomembno, da model OSCE dopolnimo z drugimi načini ocenjevanja, da zagotovimo holističen pristop. Tudi Fekonja s sodelavci (2017) omenja pomanjkljiv holističen pristop, saj so za oceno dejavnosti zdravstvene nege v prispevku iskali pristope, ki učiteljem objektivno pomagajo oceniti znanje študenta. V presečni opazovalni raziskavi z 51. študenti 1. letnika magistrskega študija, je Fekonja s sodelavci (2017) ugotovil, da je s pomočjo OSCE metode težje oceniti sposobnost kritičnega mišljenja, interaktivne komunikacijske veščine, doživljanje, študentova pričakovanja in veščine, da bi obravnavali bolnika kot celoto.

Goh s sodelavci (2016) zagovarja, da je OSCE potrebno prilagoditi ciljem, ki jih skušamo doseči, Divya s sodelavci (2019) pa dodaja, da je za najučinkovitejšo izvedbo OSCE ocenjevanje potrebno razumno oblikovati nove postaje, natančno razmisliti o tipih veščin, ki jih želimo oceniti ter zagotoviti ustrezno trajanje in soodvisnost postaj, da lahko potrdimo, ali so študenti dosegli zadostno znanje veščin za delo v določenem kliničnem okolju.

Kar se tiče organizacije ocenjevanja Goh s sodelavci (2016) svetuje, da je potrebno vedno organizirati uvodni sestanek, kjer so vsi sodelujoči seznanjeni z metodo ocenjevanja. Prav tako zagovarjajo upoštevanje doslednosti pri ocenjevanju študentov, ter da je potrebno zagotoviti koordinatorja, ki bo zagotovil celovitost postopka preverjanja OSCE, kot tudi svetovalno podporo ocenjevalcem.

Fekonja s sodelavci (2016) zaključuje, da je za ocenjevanje aktivnosti zdravstvene nege pomembna uporaba objektiviziranih inštrumentov, ki morajo biti pravični, nepristranski, celoviti in pokrivati širok spekter znanj. Divya s sodelavci (2019) poudarja, da so odzivi študentov o uvedbi inovativne metode poučevanja bistvenega pomena pri oblikovanju bolj uspešnih učnih dejavnosti poučevanja v prihodnosti. Fekonja s sodelavci (2017) je prišla do ugotovitve, da bi si učitelji zdravstvene nege morali prizadevati, da bi našli nove načine za oceno in preučitev bistvenih znanj, ki so potrebne za varnost in oskrbo pacienta, kar je potrdil tudi Murry s sodelavci (2019) ki je raziskal, da imajo v učitelji v Indiji ključno vlogo pri poučevanju ocenjevanju študentov zdravstvene nege fakultete. Med pregledovanjem literature smo ugotovili, da so viri, ki obravnavajo metodo OSCE dostopni le v tujem jeziku.

V Sloveniji OSCE metoda še ni raziskana in nismo zasledili, da bi bila uporabljena pri študentih zdravstvene nege.

Z dobro načrtovano izvedbo metode OSCE lahko pomembno vplivamo na razvoj praktičnih veščin ter strokovne kompetentnosti, samozavesti ter samoiniciativnosti pri študentih. Menimo da bi se tudi na zdravstvenih fakultetah v Sloveniji metoda OSCE morala razviti po principu fakultet za zdravstveno nego iz tujine. Metoda bi se lahko uporabila za preverjanje končnega praktičnega ocenjevanja, predhodno pa za pripravo na izpite z vajami v simulacijskem okolju ter preko videoposnetkov. Medgeneracijsko sodelovanje študentov pri praktičnem usposabljanju z metodo OSCE, bi učiteljem na fakultetah olajšalo delo. Z raziskavami bi lahko dokazali, kako metoda pozitivno vpliva na znanje in samozavest študentov.

5 Zaključek

Tradicionalno preverjanje znanja na žalost ne daje celotnega vpogleda na širino osvojenega znanja študentov in hkrati ni pravična do študentov. V nasprotju bi z OSCE metodo lahko pripomogli k objektivnemu, pravičnemu oz. nepristranskemu pristopu, ki je celovit in odličen način ugotavljanja klinične usposobljenosti v praktičnih in komunikacijskih spretnostih. OSCE metoda pokriva širok spekter kliničnih znanj ter je lahko v veliko pomoč pri celoviti presoji znanja študenta. Omogoča lažje, hitrejše in učinkovitejše vključevanje v proces zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju in ob zaposlitvi, poleg tega, da izboljšuje znanje, gradi tudi na samozavest.

Literatura

- Bahar, A., Arslan, M., Gokgoz, N., Ak, H. & Kaya, H., 2017. Do Parental Medication Administration Skills of Nursing Students Increase with Educational Videos Materials? *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), pp. 1514-1525.
- Clark, C.A., 2015. Evaluating Nurse Practitioner Students Through Objective Structured Clinical Examination. *Nursing Education Perspectives*, 36(1), pp. 53-54.
- Costa, R.A., Medeiros Araujo, J.N., Lima Fernandes, A.P.N., Silva Soares, R.P., Ferreira Junior, M.A. & Vitor, A.F., 2016. Objective structures clinical examination in the teaching and apprenticeship of clinical nursing: an experience report. *Journal of Nursing UFPE*, 10(6), pp. 2273-2278.
- Divya, K.Y., Valsaraj, B.P., Qutishat, M.G. & Saif Al Abri, K.R., 2019. Planning and Implementing Objective Structured Clinical Examination (OSCE) as a Clinical Examination Method in Mental Health Nursing: Perceptions of Undergraduate Nursing Students in Oman; A Pilot Study. *International Journal of Nursing Eduaciton*, 11(4), pp. 186-190.
- Fekonja, Z., Nerat, J., Gonc, V., Pišlar, M., Denny, M. & Čuček Trifkovič, K., 2016. Primerjava vrednotenj kliničnih veščin v učilnici za zdravstveno nego. In: M. Pajnikihar, ed. *Mednarodna znanstvena konferenca »Raziskovanje in izobraževanje v zdravstveni negi«*, Maribor, 16.6.2016. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 95-96.
- Fekonja, Z., Nerat, J., Gonc, V., Pišlar, M., Denny, M. & Čuček Trifkovič, K., 2017. Comparing Students' Self-Assessment with Teachers' Assessment of Clinical Skills Using an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). In: M. Pajnikihar, D. Vrbnjak & G. Štiglic, eds. *Teaching and Learning in Nursing*. Rijeka: InTech, pp. 37-47.
- Goh, H.S., Tang, M.L., Devi, M.K., Ng, K.C.E. & Lim, L.M., 2016. Testing the Psychometric Properties of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Nursing Education in Singapore. *Singapore Nursing Journal*, 43(1), pp. 12-18.
- Jesudoss, M., Snegalatha, D., Ipe, D.M., Wilson, D. & Sumathi Bai, R., 2018. Perception of Neuroscience Nursing OSCE among Undergraduate Nursing Students. *International Journal of Nursing Eduaciton*, 10(3), pp. 43-47.

- Murry, L.L., Thomas, P., Razdan, G., Devi Y.S., Joshi, P. & Sharma. K.K., 2019. Engaging Nursing Students with Small Group Learning in Midwifery Education. *International Journal of Nursing Education*, 11(1).
- Pegram, A. & Fordham-Clarke, C., 2015. Implementing peer learning to prepare students for OSCEs. *British Journal of Nursing*, 24(21), pp. 1060-1065.
- Raju, S., 2016. OSCE – an Evolution in Evaluation. *International Journal of Nursing Eduaciton*, 8(3), pp. 130-134.
- Siddaram, S. & Anil, S., 2018. A Comparative analysis between Objective Structured Clinical Examination (OSCE) and Conventional Examination (CE) as Formative Evaluation Tool. *International Journal of Nursing Eduaciton*, 10(3), pp. 102-105.
- Traynor, M. & Galanouli, D., 2015. Have OSCEs come of age in nursing education? *British Journal of Nursing*, 24(7), pp. 388-391.
- Traynor, M., Galanouli, D., Rice, B. & Lynn, F., 2016. Evaluating the objective structured long examination record for nurse education. *British Journal of Nursing*, 25(12), pp. 681-687.

Obremenjujoče izkušnje iz otroštva – spregledan dejavnik za slabše zdravstvene izide v odraslosti

Adverse childhood experiences – an overlooked factor in poorer health outcomes in adulthood

dr. Helena Jeriček Klanšček³⁶

dr. Metka Kuhar³⁷

dr. Gaja Zager Kocjan³⁸

Ada Hočevar Grom³⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Obremenjujoče izkušnje so pomemben in pogosto spregledan dejavnik za slabše izide v odraslosti. V članku so predstavljeni podatki o pogostosti obremenjujočih izkušenj in njihovi povezavi z nekaterimi zdravstvenimi izidi v odraslosti.

Metoda: V raziskavi so uporabili podatke kvantitativne presečne raziskave iz leta 2019 v Sloveniji. Zbiranje podatkov je potekalo v obliki spletnega anketiranja na spletnem panelu Pluspet agencije Aragon. Vzorčenje je izvedla agencija Aragon na podlagi spletnega panela ter dodatnega vzorčenja. Realizirana in utežena baza obsega 4940 anket. Podatke so analizirali s programom SPSS 25, uporabili so ustrezno mero povezanosti in logistično regresijo.

Rezultati: Večina anketirancev (76 %) je v otroštvu doživela vsaj eno obremenjujočo izkušnjo, 27,2 % štiri ali več. Anketirani z več kot štirimi obremenjujočimi izkušnjami imajo v primerjavi s tistimi brez obremenjujočih izkušenj: 1,82krat večjo verjetnost (95 % IZ 1,51-2,20) za bolečine v vratu, križu; 2,58-krat večjo verjetnost za boleznj prebavil (95 % IZ 2,07-3,22); 2,14krat večjo verjetnost za debelost (95 % IZ 1,71-2,69); 3,16krat večjo verjetnost za kroničen glavobol ali migreno (95 % IZ 2,22-4,49); 5,33krat večjo verjetnost za sindrom kronične utrujenosti (95 % IZ 3,31-8,59); 5krat večjo verjetnost za depresijo (95 % IZ 3,74-6,70); 4,52krat večjo verjetnost za anksioznost, vključno s paničnimi napadi (95 % IZ 3,23-6,21).

Razprava: Ugotovitve se skladajo z ugotovitvami tujih raziskav, da so obremenjujoče izkušnje iz otroštva pomemben napovednik za različne telesne bolezni ali duševne motnje. Potrebne bi bile še nadaljnje raziskave in analize o varovalnih dejavnikih.

Ključne besede: obremenjujoče izkušnje v otroštvu, zdravstveni izidi v odraslosti, telesne bolezni, duševne motnje

Abstract

Introduction: Adverse childhood experiences are an often-overlooked factor for health outcomes in adulthood. This article presents the frequency of adverse childhood experiences and their association with some health outcomes in adulthood.

Methods: The data from a quantitative cross-sectional Slovenian survey from 2019 was used. The data was collected from an online questionnaire on the agency Aragon's web panel Pluspet. Sampling was conducted by Aragon based on an online panel and additional sampling. The weighted database comprises of 4940 questionnaires. Data were analyzed by using SPSS 25 and compared using appropriate correlational measures and logistic regression.

Results: The results show that most of the participants (76 %) reported at least one adverse childhood experience and 27.2 % reported four or more. Participants who had experienced four or more adverse childhood experiences have 1.82 fold higher probability (95 % CI 1.51 to 2.20) for neck and back pain, 2.58 fold higher probability for gastrointestinal diseases (95 % CI 2.07 to 3.22), 2.14 fold higher probability to be obese (95 % CI 1.71 to 2.69), 3.16 fold higher probability for chronic headache or migraine (95 % CI 2.22 to 4.49), 5.33 fold higher for chronic fatigue syndrome (95 % CI 3.31 to 8.59), 5 fold higher for depression (95 % CI 3.74 to 6.70), and 4.52 fold higher probability for anxiety, including panic attacks (95 % CI 3.23 to 6.21).

³⁶ doc. dr. Helena Jeriček Klanšček, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Slovenija, helena.jericsek@nijz.si

³⁷ red. prof. dr. Metka Kuhar, Fakulteta za družbene vede, Slovenija, metka.kuhar@guest.arnes.si

³⁸ doc. dr. Gaja Zager Kocjan, Filozofska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Slovenija, gaja.zagerkocjan@ff.uni-lj.si

³⁹ Ada Hočevar Grom, dr. med., Nacionalni inštitut za javno zdravje, Slovenija, ada.hocevar@nijz.si

Discussion: The findings of this survey are consistent with the finding of foreign research. Besides, further research and analysis of protective factors would be needed.

Keywords: *adverse childhood experiences, health outcomes in adulthood, physical illness, mental disorders*

1 Teoretična izhodišča

Obremenjujoče izkušnje v otroštvu (okrajšava v slovenskem jeziku OIO) so stresni dogodki, situacije ali izkušnje do 18. leta, ki so potencialno travmatične in lahko pomembno vplivajo na zdravje in življenje ne samo v času, ko jih (je) posameznik doživlja(l), ampak tudi v odraslosti. Dosedanje raziskave so pokazale, da so obremenjujoče izkušnje v otroštvu zelo pogoste (npr. Anda, et al., 2008; Merrick, et al., 2018), saj v eni od raziskav o vsaj eni OIO poroča kar 67 % udeležencev, 13 % pa jih poroča o štirih ali več (Anda & Felitti, 2003). Obremenjujoče izkušnje v otroštvu so povezane s slabšim fizičnim in duševnim zdravjem ter manj zdravim življenjskim slogom v odraslosti (Felitti, et al., 1998; Bellis, et al., 2013; Bethell, et al., 2019; Witt, et al., 2019). Največja verjetnost za slabo fizično ali duševno zdravje ter/ali druge neugodne izide je pri posameznikih s štirimi ali več OIO (Felitti, et al., 1998; Gilbert, et al., 2015; Hughes, et al., 2017; Petruccella, et al., 2019). V Sloveniji je bila v letu 2019 narejena prva raziskava o obremenjujočih izkušnjah iz otroštva.

Namen članka je raziskati pogostost obremenjujočih izkušenj in njihovo povezavo z nekaterimi zdravstvenimi izidi v odraslosti, predvsem za boljše razumevanje obravnavane problematike in ustrezno načrtovanje novih ukrepov na tem področju v Sloveniji.

2 Metoda

2.1 Raziskovalni problem

V raziskavi so bili uporabljeni podatki slovenske kvantitativne presečne raziskave iz leta 2019. Zbiranje podatkov je potekalo v obliki anonimnega spletnega anketiranja na spletnem panelu Pluspet agencije Aragon. V prispevku so raziskali pogostost obremenjujočih izkušenj in njihovo povezavo z nekaterimi zdravstvenimi izidi v odraslosti. Predvidevali so, da bodo tisti z več OIO imeli večjo verjetnost za slabše zdravstvene izide.

2.2 Vprašalnik

Vprašalnik vsebuje več sklopov vprašanj, in sicer o obremenjujočih izkušnjah v otroštvu, psihični odpornosti, telesnem in duševnem zdravju, z zdravjem povezanem življenjskem slogu v odraslosti ter o socialno demografskih značilnostih v otroštvu in odraslosti.

V skladu z našim raziskovalnim vprašanjem smo v analizi uporabili deset osnovnih obremenjujočih izkušenj, med katere raziskovalci uvrščajo psihično, fizično in spolno nasilje (oz. zlorabo), psihično in materialno zanemarjanje, nasilje med odraslimi člani gospodinjstva, zasvojenost odraslega člana gospodinjstva, duševno bolezen, kriminalno dejanje člana/-ov gospodinjstva ter ločitev staršev oziroma prekinitve stika med otrokom in starši zaradi smrti starša, ločitve ali zapustitve (Felitti, et al., 1998; Anda, et al., 2010).

Poleg tega smo vključili še socialno demografske značilnosti in izbrane zdravstvene izide, in sicer bolečine v vratu ter/ali križu, bolezni prebavil, debelost, kroničen glavobol ali migreno, sindrom kronične utrujenosti, depresijo ter anksioznost (vključno s paničnimi napadi).

2.3 Uporabljen vzorec

Vzorčenje je izvedla raziskovalna agencija Aragon d. o. o. na podlagi svojega spletnega panela Plusplet ter dodatnega vzorčenja določenih kategorij udeležencev (mlajši, starejši). Vzorec je bilo izvedeno s pomočjo kvot glede na splošno populacijo 1875letnikov, in sicer po spolu, starosti, statističnih regijah in izobrazbi. Zgornja meja odstopanja je bila nastavljena na 10 % (soft quota).

K spletni anketi je bilo povabljenih skupaj 55.640 ljudi, izpolnjenih je bilo 5.397 anket. Po čiščenju baze je v njej ostalo še 4940 anket za nadaljnje obdelave. Končna stopnja odzivnosti je 8,5 %, kar je pričakovano glede na čas reševanja ankete ter zahtevnost teme oz. vsebine. Podatkovna baza je bila utežena na način, da podatki čim ustrezneje odražajo slovensko stanje v obdobju anketiranja, in sicer po spolu, starosti, izobrazbi in regiji.

2.4 Potek raziskave in obdelava podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v obliki anonimnega spletnega anketiranja (*Computer Assisted Web Interview*) med 14. 2. in 10. 4. 2019 na spletnem panelu Plusplet agencije Aragon. Pred tem je bila narejena pilotna študija ($n = 150$). Izpolnjevanje spletne ankete je v povprečju trajalo 27 minut. Opisno in inferenčno statistično analizo smo izvedli s programom SPSS 25. Za ugotavljanje povezanosti med njimi smo uporabili test hi-kvadrat (χ^2) ter ustrezne korelacijske koeficiente, za analizo povprečij pa smo uporabili enosmerno analizo variance. V nadaljevanju smo z multiplo logistično regresijsko analizo ugotavljali, koliko variance pojasnimo z izbranimi dejavniki in kateri so najpomembnejši napovedniki. Za raven značilnosti smo vsakokrat vzeli vrednost statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

3 Rezultati

Rezultati kažejo, da je večina udeležencev raziskave (več kot 76 %) v otroštvu doživela vsaj eno obremenjujočo izkušnjo (najpogosteje čustveno ali fizično nasilje v družini), 20,9 % jih je doživelo eno OIO, 16,6 % dve, 11,8 % tri, nekaj več kot četrtina (27,2 %) pa jih je poročalo o štirih OIO ali več. V povprečju so udeleženci poročali o 2,4 OIO ($SD = 2,2$).

V Tabeli 1 so prikazani odstotki po osnovnih desetih kategorijah OIO (Felitti, et al., 1998; Anda, et al., 2010). Največ udeležencev poroča o čustvenem in fizičnem nasilju odraslih članov gospodinjstva (vsaj enega člana) nad njimi, sledi ločenost od starša (smrt biološkega starša, ločitev staršev, zapustitev s strani starša oz. očeta niso poznali), nato čustveno in fizično zanemarjanje (oboje četrtina anketiranih), dobra petina poroča o zasvojenosti vsaj enega odraslega člana gospodinjstva. Dobra osmina poroča o nasilju med odraslimi v gospodinjstvu, slaba petina pa o duševni motnji člana gospodinjstva. Najnižja sta odstotka o poročani spolni zlorabi ter kriminalnem dejanju člana gospodinjstva.

Tabela 1: Odstotki posameznih OIO

Obremenjujoča izkušnja v otroštvu	Odstotek
Čustveno nasilje	55,8
Fizično nasilje	42,7
Izguba biološkega starša, zapustitev, ločitev	30,4
Čustveno zanemarjanje	25,0
Fizično zanemarjanje	24,2
Zasvojenost odraslega člana gospodinjstva	21,1

Priča nasilju med odraslimi v gospodinjstvu	16,2
Odrasel član gospodinjstva z duševno motnjo	13,0
Spolna zloraba	6,0
Hujše kaznivo dejanje ali zaporna kazen odraslega člana gospodinjstva	03,3

Število obremenjujočih izkušenj je statistično značilno povezano z nižjo izobrazbo ($F(4935)=14,47$; $p < ,001$), slabše ocenjenim materialnim stanjem vprašanih ($r = -0,139$; $p < ,001$), z nižjo izobrazbo staršev ($F(4, 4934) = 20,81$; $p < ,001$ za izobrazbo matere in $F(4, 4934) = 33,93$; $p < ,001$ za izobrazbo očeta) in samooceno materialnega položaja do 18. leta ($r = -0,32$; $p < ,001$).

Tabela 2: Število in odstotek udeležencev, ki imajo posamezne telesne in duševne bolezni, ter povezava med OIO in seštevkom (1-3 OIO in štiri ali več OIO) in boleznimi

Zdravstven izid	N	%	1-3 OIO PRO (95% IZ)	4+ OIO PRO (95% IZ)
Bolečina – vrat, križ, druga kronična bolečina v hrbtenici ali sklepah	1308	26,5	1,24 (1,04-1,47)	1,82 (1,51-2,20)
Bolezni prebavil (npr. jeter, želodca, dvanajstnika)	818	16,6	1,25 (1,01-1,56)	2,58 (2,07-3,22)
Debelost	762	15,4	1,35 (1,08-1,67)	2,14 (1,71-2,69)
Kroničen močen glavobol, migrena	368	07,5	2,04 (1,44-2,88)	3,16 (2,22-4,49)
Sindrom kronične utrujenosti	227	04,6	2,02 (1,24-3,30)	5,33 (3,31-8,59)
Depresija	612	12,4	2,14 (1,59-2,86)	5,00 (3,74-6,70)
Anksioznost	483	09,8	1,93 (1,40-2,66)	4,52 (3,23-6,21)

Anketirani z več kot štirimi obremenjujočimi izkušnjami imajo v primerjavi s tistimi, ki ne poročajo o nobeni obremenjujoči izkušnji 1,82krat večjo verjetnost za bolečine v vratu in/ali križu, 2,58krat večjo verjetnost za bolezni prebavil, 2,14krat večjo verjetnost za debelost, 3,16krat večjo verjetnost za kroničen glavobol ali migreno, 5,33krat večjo verjetnost za sindrom kronične utrujenosti, 5krat večjo verjetnost za depresijo ter 4,52krat večjo verjetnost za anksioznost, vključno s paničnimi napadi.

4 Razprava

Rezultati kažejo, da je med anketiranimi prisoten visok odstotek obremenjujočih izkušenj v otroštvu. Le 23,5 % udeležencev ne poroča o nobeni OIO, kar je podobno odstotkom izvorne študije, ki je navajala 23 % (Anda, et al., 2008), in nekoliko manj kot so ugotovili v 25. ameriških državah v letih 2015-2017, kjer je bilo takih 39 % (Merrick, et al., 2018). Kar 27,2 % udeležencev naše raziskave poroča o štirih ali več OIO, medtem ko je takih v izvorni študiji, le 12,6 % (Felitti, et al., 1998), novejši ameriški podatki pa kažejo na 15,6 % anketiranih s štirimi ali več OIO (Merrick, et al., 2018).

Med posameznimi OIO10 sta posebej visoka odstotka fizičnega in čustvenega nasilja odraslih članov gospodinjstva nad otroki. Raziskava v Sloveniji je pokazala, da starost, spol in narodnost niso značilno povezani s številom OIO10. Če pogledamo posamezne vrste OIO10, ženske nekoliko pogosteje poročajo o večini OIO, in sicer o kar osmih od desetih OIO (izjemi sta čustveno nasilje in zasvojenost odraslega člana gospodinjstva). Značilno višje število OIO10 je pri anketiranih, ki izhajajo iz slabše izobraženih in slabše situiranih družin, vendar pa so OIO prisotne tudi pri anketiranih z višje izobraženimi starši oz. tistih, ki izhajajo iz ugodnejših materialnih razmer. Višje povprečno število OIO10 je tudi pri tistih, ki

so največji del obdobja do 18. leta preživeli v dveh slovenskih največjih mestih, čemur tesno sledi vaško/podeželsko okolje, najnižje povprečno število OIO10 pa imajo tisti, ki izhajajo iz srednje velikih mest.

OIO10 so prisotni pri anketiranih vseh izobrazbenih statusov in tudi pri tistih z različno samooceno materialnega položaja – je pa prav tako povprečno število višje pri nižje izobraženih in pri slabše situiranih. Tudi druge raziskave (npr. Currie & Widom, 2010; Liu, et al., 2013; Merrick, et al., 2018; Nurius, et al., 2015) ugotavljajo, da sta raven dosežene izobrazbe in materialni status povezana z OIO.

OIO so pomembno povezane s številnimi kroničnimi telesnimi boleznimi, posebej pri štirih ali več OIO. Tudi številne druge študije so pokazale, da se izpostavljenost večjemu številu OIO v otroštvu povezuje z različnimi kroničnimi boleznimi kot so npr. kardiovaskularne bolezni, obstruktivna pljučna bolezen, rak, kronični glavobol ter avtoimune bolezni (Felliti, et al., 1998; Dong, et al, 2003; Anda, et al., 2008; Dube, et al., 2009; Anda, et al., 2010; Brown, et al., 2010; Cunningham, et al., 2014).

Podobno kot so pokazale dosedanje tuje raziskave, se je tudi pri nas pokazala povezanost med OIO in manj ugodnimi izidi s področja duševnega zdravja oz. duševnih motenj. Naša analiza je tako potrdila rezultate predhodnih raziskav, po katerih se število OIO značilno povezuje z depresijo (Anda, et al., 2002; Edwards, et al., 2003; Chapman, et al., 2004; Merrick, et al., 2017; 2018) in anksioznostjo (Reiser, et al., 2014; Van der Feltz-Cornelis, et al., 2019).

Omejitev študije so v tem, da ni bila izvedena na reprezentativnem vzorcu, da gre za zelo občutljivo in zahtevno tematiko in da je bila anketa razmeroma dolga. V prihodnje bi bilo zanimivo bolj poglobljeno raziskati posamezne vidike in povezave med OIO in zdravstvenimi izidi na reprezentativnem vzorcu; poglobljeno pa s kvalitativnimi metodami.

Literatura

- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R. & Williamson, D.F., 2002. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*, 53(8), pp. 1001-1009.
- Anda, R.F. & Felitti, V.J., 2003. Origins and essence of the study. *ACE Reporter*, 1(1).
- Anda, R.F., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dube, S.R. & Giles, W. H., 2008. Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health*, 8(198).
- Anda, R. F., Tietjen, G., Schulman, E., Felitti, V. & Croft, J., 2010. Adverse childhood experiences and frequent headaches in adults. *Headache review*, 50(9), pp. 1473-1481.
- Bellis, M.A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K. & Harrison, D., 2013. Adverse childhood experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviors and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), pp. 81-91.
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J. & Sege, R., 2019. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a Statewide sample associations across adverse childhood experiences levels. *Journal of American Medical Association Pediatrics*, 173(11).
- Brown, D.W., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Malarcher, A.M., Croft, J.B. & Giles, W.H., 2010. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10(20).
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J. & Anda, R.F., 2004. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), pp. 217-225.
- Cunningham, T.J., Ford, E.S., Croft, J.B., Merrick, M.T., Rolle, I.V. & Giles, W.H., 2014. Sex-specific relationships between adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in five states. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disorder*, 9, pp. 1033-1042.
- Currie, J. & Widom, C.S., 2010. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), pp. 111-120.

- Dong, M., Dube, S.R., Felitti, V.J., Wayne, H.G. & Anda, R.F., 2003. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: New insights into the causal pathway. *Archives of internal medicine*, 163(3), pp. 1949-1956.
- Dube, S.R., Fairweather, D., Pearson, W.S, Felitti, V.J., Anda, R.F. & Croft, J.B., 2009. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*, 1(2), pp. 243-250.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J. & Anda, R.F., 2003. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), pp. 1453-1460.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S., 1998. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), pp. 245-258.
- Gilbert, L.K., Breiding, M.J., Merrick, M.T., Thompson, W.W., Dhingra, S.S. & Parks, S.E., 2015. Childhood adversity and adult chronic disease: An update from Ten states and the district of Columbia. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(3), pp. 345-349.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M.P., 2017. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, pp. 356-366.
- Liu, Y., Croft, J. B., Wheaton, A. G., Perry, G. S., Chapman, D. P., Strine, T. W., McKnight-Eily, L.R. & Presley-Cantrell, L., 2013. Association between perceived insufficient sleep, frequent mental distress, obesity and chronic diseases among US adults, 2009 behavioral risk factor surveillance system. *BMC Public Health*, 13(84), pp. 84-72.
- Merrick, M.T., Ports, K.A., Ford, D.C., Afifi, T.O., Gershoff, E.T. & Grogan-Kaylor, A., 2017. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child abuse and neglect*, 69, pp. 10-19.
- Merrick, M.T., Ford, D.C., Ports, K.A. & Guinn, A.S., 2018. Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 Behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *Journal of American medical association Pediatrics*, 172(11), pp. 1038-1044.
- Nurius, P.S., Green, S., Logan-Greene, P. & Borja, S., 2015. Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse and Neglect*, 45(143), pp. 143-153.
- Petrucellia, K., Davis, J. & Berman, T., 2019. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 97.
- Reiser, S.J., McMillan, K.A., Wright, K.D. & Asmundson, G.J., 2014. Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse and neglect*, 38(3), pp. 407-413.
- Van der FeltzCornelis, C.M., Potters, E.C., van Dam, A., Koorndijk, R.P.M., Elfeddali, I. & van Eck van der Sluijs, J.F., 2019. Adverse childhood experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization: Cross-sectional observational study. *Journal of Affective Disorders*, 246, pp. 458-464.
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P.L., Braehler, E. & Fegert, J.M., 2019. The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, pp. 635-642.

The main topics of current nursing research in Kazakhstan

Inesh Meyermanova⁴⁰
Hanna Hopia⁴¹

Abstract

Background: Since the beginning of the second millennium, Kazakhstan has been actively reforming and modernizing the nursing health service. The priority areas for the development of nursing change depending on the needs of society. Accordingly, the scope and direction of research in nursing also change.

Objectives: Our focus group interview research aimed to identify the current situation of nursing research in Kazakhstan and, discover the main topics of nursing research in Kazakhstan.

Methods: A qualitative research method was applied - the focus group interview. The research was conducted from May to June 2018 at universities, colleges, and medical organizations. The interview was carried out with participants of three main categories: faculty of universities and colleges, administrative staff of universities, and representatives of practical healthcare. Interviews (n=58) were analyzed using deductive content analysis. The results of the interviews were analyzed and also presented in the discussion.

Results: The current situation of nursing in Kazakhstan is shown in findings indicating the challenges in different fields, such as nursing research, nursing education, the nursing profession, and insufficient resources and motivation. The four main topics of current nursing research were identified. There are nurse-patient communication in challenging situations, E-Health, nursing care, management, and leadership in nursing.

Discussion: Based on the results of the conducted research, we found out what happens with nursing in Kazakhstan, especially with nursing research. Findings indicated different challenges as nursing research suffers from a lack of resources (no competent researchers, no support from practice), nurse educators do not have a nursing professional background. The status of the nursing profession in Kazakhstan is not clear and strong enough and nursing students on all levels are not motivated enough of nursing research. These obtained results probably mean that these challenges which become topics are the most important and problematic now and they should be studied first of all and make a special focus on them.

Keywords: *nursing, nursing research, main research topics, focus group interview, Kazakhstan*

1 Introduction

Since becoming independent, Kazakhstan has undertaken major efforts in reforming its post-Soviet health system. Two comprehensive reform programmes were developed in the 2000s: the National Programme for Health Care Reform and Development 2005-2010 and the State Health Care Development Programme for 2011-2015 Salamatty Kazakhstan. Changes in health service provision included a reduction of the hospital sector and an increased emphasis on primary health care. With all of these changes, throughout the 21st century, the role of nurse has evolved significantly. Nurses work in a variety of settings, including the hospital, the classroom, the community health department, the business sector, home health care, and the laboratory. Although each role carries different responsibilities, the primary goal of a professional nurse remains the same: to be the client's advocate and provide optimal care on the basis of evidence obtained through research.

Nursing research has a tremendous influence on current and future professional nursing practice. Research is typically not among the traditional responsibilities of an entry-level nurse. Many nurses are involved in either direct patient care or administrative aspects of health care. Nursing research is a growing field in which individuals within the profession

⁴⁰ Inesh Meyermanova, MSN, teacher of Nursing department, Karaganda Medical University, Kazakhstan, Meermanova@kgmu.kz

⁴¹ Hanna Hopia, PhD, Principal lecturer, JAMK University of Applied Sciences, Finland, Hanna.Hopia@jamk.fi

can contribute a variety of skills and experiences to the science of nursing care. There are frequent misconceptions as to what nursing research is. Some individuals do not even know how to begin to define nursing research. According to Polit and Beck (2006), nursing research is: systematic inquiry designed to develop knowledge about issues of importance to nurses, including nursing practice, nursing education, and nursing administration.

1.1 Aim

The aim of the focus group interview research was to identify the current situation of nursing research in Kazakhstan and to discover the main topics of nursing research in Kazakhstan.

2 Methods

2.1 Design

A qualitative method was applied, which included the focus groups interview's questions to obtain qualitative data. The rationale for choosing this design method was the need to clarify the situation with nursing research in Kazakhstan.

2.2 Information about participants and interview questions

The groups of respondents (n=58) were invited on the principles of voluntariness, consent, in agreement with the administration of their organization. In total, 8-10 groups were planned, in each group from 8 to 13 people in four cities (Astana, Karaganda, Aktobe, Semey) participating in the project, including the two cities: Almaty and Shymkent. In total 6 cities.

The groups of respondents were mixed. Since we needed to clarify the situation with nursing research in Kazakhstan, the interview was conducted in the participation of three main categories. Namely, the teaching staff of universities and colleges, the administrative staff of universities and representatives of practical public health in the face of the chief and senior nurses of hospitals. Chief and senior nurses were employees of clinical bases of universities.

Six universities in six cities, there were: in Almaty – Asfendiyarov Kazakh National Medical University, in Shymkent – South Kazakhstan Medical Academy (SKMA), in Karaganda – Karaganda state medical university, in Astana – Astana Medical University, in Aktobe – West-Kazakhstan state medical university, in Semey – Semey State Medical University.

The survey was planned in May-June 2018 in universities, colleges and medical organizations.

The duration of the data collection (interview) was at least 3-6 days (+ travel time). In Semey and Aktobe cities the interviews were provided by Skype, due to the large remoteness of these cities. The duration of one interview with one mixed group was about 1 hour.

The interview questions were designed specifically to find out what the respondents think should be studied in nursing in Kazakhstan and main problems to be solved.

2.3 Data analyses

Answers of respondents were recorded on audio on electronic media, for more accurate further interpretation of answers. Data analysis was carried out by content analysis. Content analysis is a method of analysing written, and also used to study a broad range of 'texts' from transcripts of interviews and discussions in clinical and social research (Macnamara, 2005). It was first used as a method for analysing hymns, newspaper and magazine articles, advertisements and political speeches in the 19th century (Harwood & Garry, 2003).

Today, content analysis has a long history of use in communication, journalism, sociology, psychology and business, and during the last few decades its use has shown steady growth (Neundorf, 2002). Through content analysis, it was possible to distil words into fewer content related categories.

Firstly, from all of the collected data were highlighted the main meaningful sentences connected with each of three main questions. After that, these meaningful sentences were converted in simplified expressions. All of the simplified expressions were grouped into sub-categories and further grouped in main categories (Figure 1).

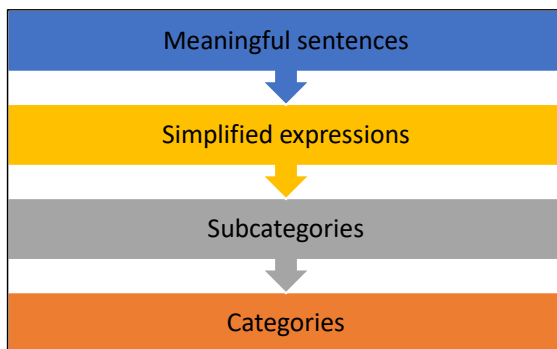


Figure 1: The stages of content analysis

3 Results

3.1 The current situation with Nursing research in Kazakhstan

As a result of the study the current situation of Nursing in Kazakhstan showed that we have issues in four main areas:

- Nursing research

Some respondents ponder, in the case of the Nursing research, a small amount of articles about Nursing researches due to the lack of the support from practical healthcare. The researchers have not enough time, right way of researching area, good conditions and skills to submit articles to publications. Respondents noted there are not enough nursing research on bachelor level, because of mostly master students are conducted and published researches.

- Nursing education

According to the respondents' words of the interview, the educational system in Kazakhstan is not enough structured, not enough permanent, not enough stable system. In that system a few teachers of Nursing who have an educational background or degree in Nursing education. Besides, the teaching staff also emphasized that not enough credits of clinical practice during the educational process of Nursing students. But the good sides is that Nursing education has changed and developing now. For example, teaching staff of the colleges said that in their organizations has already introduced applied baccalaureate, and it was planned to introduce an abbreviated academic undergraduate. Based on the opinion of respondents, Nursing education has a good prospects.

- Nursing profession

The respondents think that in order to increase the status of Nursing profession in Kazakhstan, the clear instructions are needed to make nurse job descriptions in Nursing, where their functions and responsibilities are written and clearly explained.

- Insufficient resources and motivation

Insufficient level of motivation of undergraduate and graduate students to research and insufficient of implementations of research results in practical health care. Respondents of practical health care also highlighted that the one of the main issue is that not enough of the willingness of society to changes, the issues with mentality of society. The support from the ministry is still not enough for Nursing specialty.

The current situation of the Nursing specialty also reflects the main topics of researches. The main topics of nursing research were identified. Each topics have the subtopics which is showed in the Figure 2:

1. Nurse-patient communication in challenging situations
2. E-Health
3. Nursing care
4. Management and leadership in Nursing

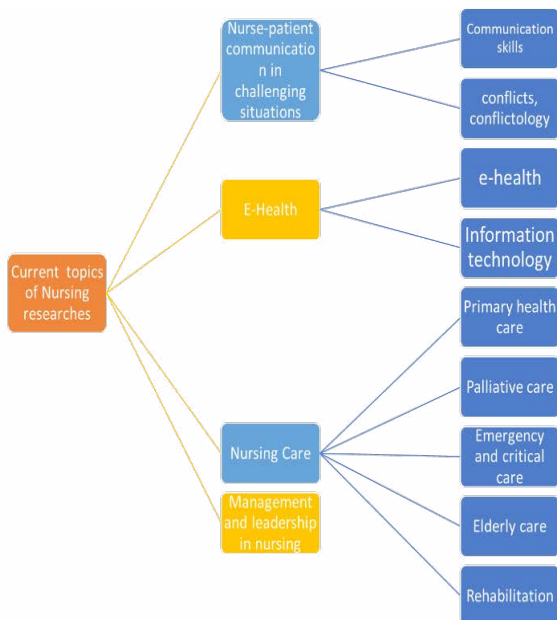


Figure 2: The main topics of current nursing research

The subtopics shows the content of the main topics of Nursing research. Senior nurses told about the issues in nurse-patient communication in challenging situations, what happens in their opinion because of the lack of skills and inability of staff to manage conflicts. In nursing care respondents offered to focus on the primary health care, palliative care, emergency and critical care and rehabilitation.

3.2 The main topics of Nursing research in Kazakhstan in the future

The main topics were found out and they are grouped in 5 main areas of Nursing researches (Figure 3):

1. Nursing practice, 2. Nursing education, 3. Primary health care, 4. E-Health, 5. Mental health



Figure 3: The main topic of Nursing research in Kazakhstan in the future

The main topics of Nursing research in Kazakhstan in the future based on the suggestions and desires of the respondents. These suggestions could show current issues and what should be emphasized in the future.

In *nursing practice*, respondents proposed to research mainly Nursing home care researches and patronage (medical and preventive care at home). Again, in the future as already mentioned in the main current topics of Nursing research, we can see palliative care, rehabilitation and communication skills.

Besides these topics, respondents wanted to research the care for elderly patients and care of patients with chronic diseases.

Respondents of the administrative staff recommended to study and to change the standards in *Nursing education*. One of the suggestion of the respondents was also to add more credits of clinical practice and pharmacology in educational process of Nursing students.

Primary health care polarly divided into two main directions: emergency medical help and primary health care.

Some of the respondents have difficulties with information technology, that is why they suggested researching in the *future Information technology and e-health*.

Under the mental health, respondents meant the mental health, addiction and various forms of addiction.

4 Discussion

Based on the findings of the conducted research, we found out what is happening with Nursing in Kazakhstan, especially with nursing research. Findings indicated different challenges as nursing research is suffering from a lack of resources (no competent researchers, no support from practice), nurse educators do not have nursing professional background, the status of nursing profession in Kazakhstan is not clear and strong enough, and nursing

students in all levels are not motivated enough of nursing research. These obtained results probably means that these challenges which become topics are the most important and problematic now, and they should be studied first of all and make a special focus on them. Further, it will help us to solve the existing issues and move in the right direction of development of the Nursing in the Kazakhstan.

5 Funding

Disclaimer. This project (research) has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

References

- Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, pp. 107-115.
- Harwood, T. & Garry, T., 2003. An Overview of Content Analysis. *The Marketing Review*, 3(4), pp. 479-498.
- Katsaga, A., Kulzhanov, M., Karanikolos, M. & Bernd, R., 2012. Kazakhstan health system review. *Health systems in transition*, 14, pp. 1-154.
- Loft, M.I., Esbensen, B.A., Kirk, K., Pedersen, L., Martinsen, B., Iversen, H., Mathiesen, L.L. & Poulsen, I., 2018. Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed-methods study in stroke care. *BMC Nursing*, 17(17).
- Macnamara, J., 2005. Media Content Analysis: Its Uses, Benefits and Best Practice Methodology. *Asia-Pacific Public Relations Journal*, 6(1), pp. 1-34.
- Neuendorf, K.A., 2002. *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Polit, D.E. & Beck, C.T., 2006. *Essentials of Nursing Research*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sidani, S. & Braden, C.J., 2011. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Chichester, West Sussex, Ames, Iowa: Wiley-Blackwell.
- Tingen, M.S., Burnett, A.H., Murchison, R.B. & Zhu, H., 2009. The importance of nursing research. *The Journal of nursing education*, 48(3), pp. 167-170.

Pristopi in izboljšave na področju aktivnega staranja in samooskrbe/ohranjanja samostojnosti oseb z demenco

Patient-centered approach and improvement in the field of active aging and self-management of people with dementia

David Krivec⁴²
 dr. Špela Glišović Krivec⁴³
 Maša Bastarda⁴⁴
 David Fabjan⁴⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: WHO v letu 2019 poroča, da več kot 10 milijonov Evropejcev živi z demenco. Z novimi orodji se odpirajo možnosti zgodnje diagnostike pred pojavom simptomov demence. Za individualni pristop do oseb z demenco je potrebno prilagoditi zdravstveni sistem in izobraziti različne udeležence.

Metoda: Glavna metoda, ki smo jo uporabili, je pregled literature. Relevantne informacije s področja smo iskali v zbirki PubMed, na javnih spletnih mestih financiranih evropskih projektov in spletnih straneh nevladnih organizacij.

Rezultati: Pregled literature kaže na velik potencial tehnoloških rešitev, ki bi lahko podprle hitrejšo presojo terapevtskih pristopov ali celo pomagale pri preventivi pojavnosti demence. Identificirali smo več projektov, ki uvajajo rešitve kot pomoč pri spremljanju poteka bolezni, ter tudi za izboljšanje kakovosti življenja oseb z demenco, njihovih svojcev ter oskrbovalcev.

Razprava: Nove tehnologije omogočajo večjo podporo v skupnosti. Stremijo k lažšanju oskrbe, skrajševanju časa do diagnoze, spremljanju napredovanja bolezni in podpori zdravljenju, ki je prilagojeno posamezniku. Novi pristopi ne bodo samo opolnomočili medicinske sestre, zdravnike in druge strokovnjake pri načrtovanju zdravljenja in oskrbe, pač pa tudi izboljšali vključenost oseb v pravočasno diagnozo in prispevali k večji samostojnosti in dvigu kakovosti življenja.

Ključne besede: demenca, personaliziran pristop, aktivno staranje, nove tehnologije

Abstract

Introduction: More than 10 million Europeans live with dementia according to the WHO report in 2019. With new tools, early diagnostics could be possible before the onset of dementia symptoms. It is necessary to adapt to the health system and empower the different participants to develop personalized approaches to people with dementia.

Methods: We searched for publications through PubMed, European public internet sites of funded projects, and NGOs internet sites.

Results: Technological solutions show great potential for prompter therapeutic approach assessment or support in the prevention of the onset of dementia. We identified several projects introducing assistive solutions for the prognosis of dementia, as well as improving the quality of life of patients, their relatives, friends, and formal caregivers.

Discussion: New emerging technologies allow supportive services in the community. Soon, it will be possible to facilitate provided care, minimize the time to diagnosis, maximize the effective prognosis of an individual's disease progression, and support person-centered treatment. New approaches can empower nurses, doctors, and other stakeholders in decision-making, as well as engaging patients for timely diagnosis and helping to improve independent living and increase the quality of life.

Keywords: dementia, personalized approach, active aging, new technologies

⁴² David Krivec, univ. dipl. soc., Spominčica - Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Slovenija, info@spomincica.si

⁴³ dr. Špela Glišović Krivec, Spominčica - Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Slovenija

⁴⁴ Maša Bastarda, univ. dipl. soc. del., Spominčica - Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Slovenija

⁴⁵ David Fabjan, univ. dipl. org. inf., Spominčica - Alzheimer Slovenija – Slovensko združenje za pomoč pri demenci, Slovenija

1 Uvod

Demenca je po poročanju Svetovne zdravstvene organizacije WHO za leto 2018 eden največjih svetovnih izzivov na področju javnega zdravja. Po znanih podatkih ima v Evropi demenco več kot 10 milijonov ljudi (World Health Organization, 2019), število pa naj bi se do 2050 podvojilo (Alzheimer Europe, 2019). Prav tako se večja število starejših oseb, ki imajo več bolezenskih stanj hkrati, kar dodatno vpliva na njihovo kvaliteto življenja in na vse, ki skrbijo zanje. Dodatna težava je stigmatizacija demence, kar ima za posledico pozno iskanje pomoči ter postavljanje diagnoze, ko je demenca že napredovala. Pravočasno prepoznavanje bolezni omogoča prilagoditev življenjskega sloga, kar v zgodnjih fazah demence dokazano vodi v upočasnitev napredovanja demence (projekt Models of Patient Engagement for Alzheimer's Disease (MOPEAD)).

Uporaba novih tehnologij v vsakodnevnem življenju, ter v diagnostični uporabi, ima potencial za izboljšanje kvalitete življenja oseb z demenco in vseh, ki jih obkrožajo. Poleg tega so s tehnologijami omogočene prilagoditve zdravstvenega sistema in uporaba novih, na posameznika osredotočenih pristopov. Kombinacije podatkov o pacientu, kot so elektronski zdravstveni zapisi, in podatkov o življenjskem slogu, bodo lahko omogočili posamezniku prilagojen pristop in mu izboljšali kakovost življenja. Hkrati bodo pomagali zdravstvenemu osebju pri prepoznavanju pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na načrtovanje poteka zdravljenja in oskrbe.

Za osebe z demenco je koristno, da so čimdalje v domačem okolju, a to predstavlja tudi izziv, saj je povezano z večanjem določenih tveganj (van Boekel, et al., 2019). Pomembna je podpora avtonomnosti osebam v zgodnjih fazah demence in tehnološke rešitve bi lahko pripomogle k samostojnosti oseb, razbremenitvi svojcev ter odprle priložnosti za hitrejšo presojo terapevtskih pristopov ali celo pomagale pri preventivi (Moyle, et al., 2019; Piau, et al., 2019).

V zadnjih letih je na tržišču vedno več novih tehnologij, ki obljublajo uspešne pristope in izboljšave za samostojno življenje starejših ljudi in oseb z demenco. Ker se obstoječe rešitve ne uporabljajo s prevelikim zanimanjem, smo z namenom, raziskati dvome, ali tehnologije resnično izpolnjujejo potrebe in želje ter ščitijo etične vrednote, pregledali nedavno literaturo in evropske projekte, ki raziskujejo omenjene tehnologije in pristope. V preglednem sestavku navajamo nekatere prepoznane javno dostopne evropske projekte s področja, ter povzemamo literaturo, s poudarkom na željah oseb z demenco in njihovih bližnjih.

2 Metode

2.1 Sistematičen pregled literature

Uporabili smo zbirko podatkov PubMed in poizvedbe: (1) „dementia“ AND „technologies“, (2) „communication technologies“ AND „healthcare“ AND „dementia“, (3) „technology“ AND „dementia“ AND „diagnostics“, ter uredili rezultate po kronološkem vrstnem redu. V raziskavo smo vključili objave v časovnem razponu september 2018 - februar 2020. Iz nabora smo po kriteriju izločili določene objave (Tabela 1). Izbrano literaturo smo razdelili na: študije z uporabo tehnologije, študije o uporabi tehnologije ter študije s pregledom objav (Tabela 2).

2.2 Sistematičen pregled projektov in digitalnih tehnologij

Uporabili smo spletne strani: <https://cordis.europa.eu/projects/en>; <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/projects>; <http://www.aal-europe.eu/projects/> ter iskali projekte s

področij aktivnega staranja, demence in integrirane oskrbe. Projekte smo razdelili: podpora samostojnemu življenju doma, podpora diagnostiki, integrirana oskrba (Tabela 3).

3 Rezultati

3.1 Sistematičen pregled literature

V literaturi smo identificirali 83 člankov iz izbrane tematike. Od tega smo 24 člankov izločili (Tabela 1). Pregled glavnih ugotovitev nekaterih objav je povzet v Tabeli 2 po kategorijah.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriteriji		Število objav
Vključitveni kriteriji	<ul style="list-style-type: none"> opisuje osebe z demenco, njihove svojce in uporabo ali željo o uporabi (mnenje) o tehnologijah opisuje mnenje zdravstvenih delavcev o uporabi tehnologij pri obravnavi oseb z demenco opisuje izboljšave kvalitete življenja za osebo z demenco opisuje izboljšave diagnostike ob uporabi tehnologije opisuje etične vidike vključevanja oseb z demenco pri testiranju tehnologij 	59
Izključitveni kriteriji	<ul style="list-style-type: none"> opisuje laboratorijske diagnostične tehnološke rešitve opisuje raziskave na živalih se podvaja 	24

Tabela 2: Sinteza izbrane znanstvene literature po kategorijah

Avtorji	Metodologija študije	Glavne ugotovitve
Gaber, et al., 2019; Iribarren, et al., 2019; Paulicke, et al, 2019; Thordardottir, et al., 2019; Boatman, et al., 2020;	študija z intervjuji in/ali vprašalniki	osebe z demenco si želijo ohranяти avtonomijo, je pa sprejemanje tehnologij odvisno od različnih dejavnikov: stadija napredovane bolezni, poznavanje podobnih tehnologij, obravnava zasebnosti, vključevanja tehnologije v dnevno rutino, kulturnega ozadja, cene tehnologije;

Avtorji	Metodologija študije	Glavne ugotovitve
Martí-Juan, et al., 2019; Piau, et al., 2019; Wangmo, et al., 2019;	pregledna študija literature, opis pregleda uporabnosti in/ ali učinkovitosti tehnologije	napredek na področju umetne inteligence, robotike in drugih inovacij, ustvarja nove tehnološke priložnosti ter omogoča spremljanje ukrepov in standardizacije metod;
Koo, et al., 2019; Diaz-Orueta, et al., 2020;		človeške potrebe oseb z demenco pogosto niso dovolj upoštevane in se tehnologije vrednoti zgolj z vidika varnosti in fizioloških potreb, manj pa z vidika posredovanja in vplivanja na samopodobo uporabnika;
Bott, et al., 2019; Wesselman, et al., 2019;		spletni programi lahko vplivajo na pozitivne rezultate upada kognitivnih sposobnosti in upočasnjevanje demence, čeprav so si tehnologije heterogene tako v lastnostih kot v učinkovitosti;
Osváth, et al., 2018; Guisado-Fernández, et al., 2019; Moyle, et al., 2019; Tsertsidis, 2020;		vse pomembnejša je etična obravnava intervencij, vključevanje oseb ter razumevanje procesa razvoja bolezni;
Lucero, et al., 2018; Evrpidou, et al., 2019; Hirt, et al., 2019; Koumakis, et al., 2019; Leorin, et al., 2019; Suijkerbuijk, et al., 2019; van Boekel, et al., 2019;		raziskovalci, podjetja, regulatorji in vlade naj sodelujejo pri oblikovanju in izvajanju storitev za osebe z demenco, njihove družine in oskrbovalce, ter vzpodbujati okolje, v katerem so udeleženci vključeni v oblikovanje tovrstnih storitev;
Osváth, et al., 2018; Rostil, et al., 2018; Hall, et al., 2019; Ritchie, et al., 2019; Obayashi, et al., 2020; Robert, et al., 2020; Tsertsidis, et al., 2020.	Študija z uporabo tehnologije	določene aplikacije potrebujejo za doseganje učinkovitosti redno uporabo; moški so bolj nezaupljivi do uporabe družabnih robotov kot ženske; družabni roboti lahko s pomočjo glasbe in zvoka vzpodbudijo druženje osebe z demenco; uvajanje tehnologij in meritve sprememb v razpoloženju se lahko razlikujejo glede na področje bivanja (mesto/podeželje).

3.2 Sistematičen pregled projektov in digitalnih tehnologij

Identificirali smo 35 že zaključenih projektov s področja, 30 jih pa še poteka v Evropski Uniji. Projekte smo razdelili na tri glavna tematska področja in so prikazani v Tabeli 3.

Tabela 3: Glavni prepoznani projekti

podpirajo samostojno življenje doma	CARELINK for People with Dementia and their community (CARELINK), Indoor and outdoor NITICSplus solution for dementia challenges (IONIS), Pilots for Healthy and Active Ageing (PHARa-ON), Smart Age-friendly Living and Working Environment (SmartWork), Sustainable tailored integrated care for older people in Europe (SUSTAIN), The Elderly Friendly Interface to Modern Online Services and Internet of Things Appliances (Vizier);
podpirajo boljše diagnostiko	BEhaviour pattern baseD assistant for the early detection and Management of neurOdegeNerative Diseases (BEDMOND), European Health Data and Evidence Network (EHDEN), Connecting digital mobility assessment to clinical outcomes for regulatory and clinical endorsement (MOBILISE-D), Efficiently Networking European Neurodegeneration Research (NEURONET), PredictND, Personalized Recommendations for Neurodegenerative Disease (VirtualBrainCloud);

Integrating Technology into Mental Health Care Delivery in Europe (Icare),
Pilots for Healthy and Active Ageing (PHArA-ON),
affective basEd iNtegrateD carE for better Quality of Life (TeNDER),
Blockchain to give people more control about their data (DECODE),
ICT services for Life Improvement For the Elderly (ICT4Life).

4 Razprava

Ugotavljamo, da se v Evropi veliko projektnih skupin posveča pristopom in izboljšavam na področju aktivnega staranja in ohranjanja samostojnosti ter omogočanju integrirane oskrbe (Tabela 3). V literaturi 2018-2020 smo zasledili velik obseg objav glede preizkušanja in vrednotenja tehnologij, tudi obravnave etičnih vidikov ter izzivov za prihodnost (Tabela 2).

Na trgu obstaja veliko izdelkov in z informacijskimi tehnologijami podprtih storitev, ki uporabnikom (osebe z demenco, svojci, oskrbovalci, zdravniki...) obljublajo doseganja upočasnjevanja kognitivnega upada, večanje avtonomnosti, sledljivost in preprečevanje tveganj, ter bio-markerje in druga orodja za spremljanje oseb z demenco (Lucero, et al., 2018; Osváth, et al., 2018; Rostil, et al., 2018; Hall, et al., 2019; Leorin, et al., 2019; Ritchie, et al., 2019; Suijkerbuijk, et al., 2019; Obayashi, et al., 2020; Robert, et al., 2020; Tsertsidis, 2020). Kot navaja Lucero s sodelavci, bo uporaba novih tehnologij verjetno predstavljala enega od stebrov podpore samostojnega življenja posameznikov in oskrbe bolnikov v okviru javnega zdravja (Lucero, et al., 2018). Kljub temu se moramo zavedati, da imajo/bodo imele tehnologije vpliv na čustveno in fizično počutje bolnikov in njihovih družin.

Udeleženci so v študijah različno zastopani, od oseb z demenco, do vključno njihovih svojcev, zdravstvenih delavcev, raziskovalcev in drugih. Bistveno je, da se poleg oseb z demenco, pri uporabi/uvajanju tehnologij, opolnomoči tudi osebe, ki skrbijo zanje. Med zdravstvenimi delavci, ki so veliko v stiku z osebo z demenco, so dostikrat prezrte medicinske sestre, kar se tudi kaže v tem, da dostikrat niso zastopane/vključene v literaturi, ki opisuje povratne informacije udeležencev. Ugotavljamo, da je z vidika delovanja medicinskih sester velika potreba po šolanju in usposabljanju za delo z osebami z demenco ter tudi uporabi podporne tehnologije (Evripidou, et al., 2019). Medicinske sestre so povezovalni člen, saj z bolnikom razpravljajo o vsakodnevni težavi, možnostih zdravljenja, o prehranskih potrebah, ter so pomembne pri občutljivem reševanju vedenjskih težav, ki lahko prikrijejo bolečino ali čustvene težave. Medicinske sestre so pri obvladovanju demence torej eden od ključnih akterjev, so tudi čustvena podpora bolniku in pomagajo pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege in oskrbe. Tako je z vidika prilagajanja tehnologij dobrodošlo, da so medicinske sestre seznanjene in usposobljene uporabljati tehnologijo, ki bi lahko pripomogle k izbolšanju kakovosti življenja osebam z demenco. Menimo, da bi bilo zelo dobrodošlo organizirati usposabljanja in dopolnjevanja znanja tudi v slovenskem prostoru, morebiti po vzoru dobrih praks iz nekaterih Evropskih držav (Rokstad, et al., 2017; Dementia UK, n.d.).

Za osebe, ki mogoče že imajo znake kognitivnega upada je tudi pomembno, da se jih spodbuja, da ostanejo čimdalje samostojni ter ohranjajo aktivno vlogo v svojem življenju (Bartlett & Brannelly, 2019; Wangmo, et al., 2019). Ker lahko iz tega izhajajo tveganja, upamo, da bodo nove rešitve pripomogle k dvigu aktivnosti in hkratnemu ohranjanju samostojnosti oseb z demenco. Ob tem pa osebe, ki tehnološko podporo uporabljajo, ne bi smele postati pasivne ali odvisna od njene uporabe.

Prepoznanih je precej vsakodnevni potreb in želja oseb z demenco (Gaber, et al., 2019; Iribarren, et al., 2019; Paulicke, et al., 2019; Thordardottir, et al., 2019; Boatman, et al., 2020), a se poraja vprašanje, ali se tehnologije vrednotijo predvsem z vidika varnosti in fizioloških potreb, manj pa z vidika posredovanja in vplivanja na samopodobo uporabnika.

Tehnologije so si zelo heterogene, tudi z vidika učinkovitosti (Bott, et al., 2019; Wesselman, et al., 2019). Pri raziskavah potreb oseb z demenco, je potrebno izpostaviti vidik vključevanja (Alzheimer Europe Report, 2019). Ko gre za vpeljavo novih tehnologij, si osebe z demenco večinoma ne želijo, da se nad njimi večja nadzor ter si želijo ohraniti samostojnost (Koo, et al., 2019; Leorin, et al., 2019; Thordardottir, et al., 2019; Diaz-Orueta, et al., 2020). Poleg tega se pri osebah z demenco pojavljajo določene težave pri vpeljavi tehnologij v vsakdanje življenje (Stapleton & Delaney, 2015), kar je razumljivo, saj so se te osebe z novimi tehnologijami srečale relativno pozno v svojem življenju.

Zaključujemo, da tehnologija lahko pripomore h kakovostnejšemu življenju oseb z demenco in njihovih svojcev, vendar starejša generacija ni odraščala s tehnološkimi storitvami, kakršne so na voljo danes. Tovrstne rešitve bodo po vsej verjetnosti v polni meri opolnomočile predvsem naslednje generacije ob prehodu v obdobje starosti. Da pa bi tudi sedanje generacije izkusile možnosti, ki jih tehnologije omogočajo, je zaželeno usposabljanje oskrbovalcev. Pri tem je ključno upoštevati etične vidike in spoštljiv odnos do osebe ter paziti na pasti nadziranja, pasivnosti in odvisnosti.

Literatura

- Alzheimer Europe Report, 2019. *Overcoming ethical challenges affecting the involvement of people with dementia in research: recognizing diversity and promoting inclusive research*. [online] Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/E-Shop/Ethics-report/2019-Ethics-report> [Accessed 24 February 2020].
- Alzheimer Europe, 2019. *Dementia in Europe Yearbook* [online] Available at: <https://www.alzheimer-europe.org/Publications/> [Accessed 30 January 2020].
- Bartlett, R. & Brannelly, T., 2019. *Life at home for people with a dementia*. 1st ed. Routledge: Oxon.
- Behrman, S., Wilkinson, P., Lloyd, J. & Vincent, C., 2017. Patient safety in community dementia services: what can we learn from the experiences of caregivers and healthcare professionals? *Age and Ageing*, 46(3), pp. 518-521.
- Boatman, F., Golden, M., Jin, J., Kim, Y., Law, S., Lu, A., Merriam, N. & Zola, S., 2020. Assistive technology: Visual mapping combined with mobile software can enhance quality of life and ability to carry out activities of daily living in individuals with impaired memory. *Technology Health Care*, 28(2), pp. 121-128.
- Bott, N.T., Hall, A., Madero, E.N., Glenn, J.M., Fuseya, N., Gills, J.L. & Gray, M., 2019. Face-to-Face and Digital Multidomain Lifestyle Interventions to Enhance Cognitive Reserve and Reduce Risk of Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Review of Completed and Prospective Studies. *Nutrients*, 11(9), e.2258
- Dementia UK, n.d. *Admiral Nurse*. [online] Available at: <https://www.dementiauk.org/get-support/admiral-nursing/> [Accessed 5 January 2020].
- Diaz-Orueta, U., Hopper, L. & Konstantinidis, E., 2020. Shaping technologies for older adults with and without dementia: Reflections on ethics and preferences. *Health Informatics Journal*, doi: 10.1177/1460458219899590.
- Evripidou, M., Charalambous, A., Middleton, N. & Papastavrou, E., 2019. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), pp. 48-60.
- Gaber, S.N., Nygård, L., Brorsson, A., Kottorp, A. & Malinowsky, C., 2019. Everyday technologies and public space participation among people with and without dementia. *Journal of Occupational Therapy*, 86(5), pp. 400-411.
- Guisado-Fernández, E., Giunti, G., Mackey, L.M., Blake, C. & Caulfield, B.M., 2019. Factors Influencing the Adoption of Smart Health Technologies for People with Dementia and Their Informal Caregivers: Scoping Review and Design Framework. *JMIR Aging*, 2(1), e.12192.
- Hirt, J., Burgstaller, M., Zeller, A. & Beer, T., 2019. Needs of people with dementia and their informal caregivers concerning assistive technologies. *Pflege*, 32(6), pp. 295-304.
- Iribarren, S., Stonbraker, S., Suero-Tejeda, N., Granja, M., Luchsinger, J.A., Mittelman, M., Bakken, S. & Lucero, R., 2019. Information, communication, and online tool needs of Hispanic family caregivers of

- individuals with Alzheimer's disease and related dementias. *Informatics for Health and Social Care*, 44(2), pp. 115-134.
- Koo, B.M. & Vizer, L.M., 2019. Examining Mobile Technologies to Support Older Adults with Dementia Through the Lens of Personhood and Human Needs: Scoping Review. *JMIR, Mhealth Uhealth*, 7(11), e.15122.
- Koumakis, L., Chatzaki, C., Kazantzaki, E., Maniadi, E. & Tsiknakis, M., 2019. Dementia Care Frameworks and Assistive Technologies for Their Implementation: A Review. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*, 12(11), pp. 4-18.
- Leorin, C., Stella, E., Nugent, C., Cleland, I. & Paggetti, C., 2019. The Value of Including People with Dementia in the Co-Design of Personalized eHealth Technologies. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 47(3), pp. 164-175.
- Lucero, R.J., Fehlberg, E.A., Patel, A., Bjarnardottir, R.I., Williams, R., Lee, K., Ansell, M., Bakken, S., Luchsinger, J.A. & Mittelman, M., 2018. The effects of information and communication technologies on informal caregivers of persons living with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & dementia*, 5, pp. 1-12.
- Martí-Juan, G., Sanroma, G. & Piella, G., 2019. Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative and the Alzheimer's Disease Metabolomics Consortium. Revealing heterogeneity of brain imaging phenotypes in Alzheimer's disease based on unsupervised clustering of blood marker profiles. *PLoS One*, 14(3).
- Models of Patient Engagement for Alzheimer's Disease (MOPEAD), n.d. *Models of Patient Engagement for Alzheimer's Disease, MOPEAD*. [online] Available at: <https://www.mopead.eu/copy-of-in-the-news> [Accessed 30 January 2020].
- Moyle, W., 2019. The promise of technology in the future of dementia care. *Nature Reviews Neurology*, 15(6), pp. 353-359.
- Obayashi, K., Kodate, N. & Masuyama, S., 2020. Measuring the impact of age, gender and dementia on communication-robot interventions in residential care homes. *Geriatrics and Gerontology International*, 2020 20(49), pp. 373-378.
- Osváth, P., Kovács, A., Boda-Jörg, A., Tényi, T., Fekete, S. & Vörös, V., 2018. Information and communication technologies in the integrated care of people with dementia. *Orvosi Hetilap*, 159(24), pp. 965-973.
- Paulicke, D., Buhtz, C. & Meyer, G., & Jahn, P., 2019. Counselling approaches to assistive technologies in nursing care for people with dementia - A focus group study with informal carers. *Pflege*, 32(6), pp. 315-323.
- Piau, A., Rumeau, P., Nourhashemi, F. & Martin, M.S., 2019. Information and Communication Technologies, a Promising Way to Support Pharmacotherapy for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Pharmacology*, 30(10), e.1122.
- Ritchie, K., Duff-Woskosky, A. & Kipping, S., 2019. Mending the Cracks: A Case Study in Using Technology to Assist with Transitional Care for Persons with Dementia. *World Health and Population*, 18(1), pp. 90-97.
- Robert, P., Manera, V., Derreumaux, A., Ferrandez, Y., Montesino, M., Leone, E., Fabre, R. & Bourgeois, J., 2020. Efficacy of a Web App for Cognitive Training (MeMo) Regarding Cognitive and Behavioral Performance in PeA49:A53orders: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medicinal Internet Research*, 22(3), e.17167.
- Rokstad, A.M.M., Doble, B.S., Engedal, K., Kirkevold, O., Benth, J.S. & Selbaek, G., 2017. The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), e12139.
- Rostill, H., Nilforooshan, R., Morgan, A., Barnaghi, P., Ream, E. & Chrysanthaki, T., 2018. Technology integrated health management for dementia. *British Journal of Community Nursing*, 23(10), pp. 502-508.
- Stapleton, P. & Delaney, S., 2015. *Implementing Assistive Technology, in Dementia Care Services*, [online] Available at: <https://caregiversprommd-project.eu/wp-content/uploads/Implementing-Assistive-Technology-in-Dementia-Care.pdf> [Accessed 17 February 2020].
- Suijkerbuijk, S., Nap, H.H., Cornelisse, L., Jsselsteijn, W.A., de Kort, Y.A.W. & Minkman, M.M.N., 2019. Active Involvement of People with Dementia: A Systematic Review of Studies Developing Supportive Technologies. *Journal of Alzheimer's Disease*, 69(4), pp. 1041-1065.
- Thordardottir, B., Malmgren Fänge, A., Lethin, C., Rodriguez Gatta, D. & Chiatti, C., 2019. Acceptance and Use of Innovative Assistive Technologies among People with Cognitive Impairment and Their Caregivers: A Systematic Review. *BioMed research international*, e. 9196729.

- Tsertsidis, A., 2020. Challenges in the provision of digital technologies to elderly with dementia to support ageing in place: a case study of a Swedish municipality. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 8(1), pp. 1-11.
- van Boekel, L.C., Wouters, E.J.M., Grimberg, B.M., van der Meer, N.J.M. & Luijkx, K.G., 2019. Perspectives of Stakeholders on Technology Use in the Care of Community-Living Older Adults with Dementia: A Systematic Literature Review. *Healthcare*, 7(2), pp. 1-12.
- Wangmo, T., Lipps, M., Kressig, R.W. & Ienca, M., 2019. Ethical concerns with the use of intelligent assistive technology: findings from a qualitative study with professional stakeholders. *BMC Medical Ethics*, 20(1), pp. 1-11.
- Wesselman, L.M., Hooghiemstra, A.M., Schoonmade, L.J., de Wit, M.C., van der Flier, W.M. & Sikkes, S.A., 2019. Web-Based Multidomain Lifestyle Programs for Brain Health: Comprehensive Overview and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 6(4), e.12104.
- World Health Organization, 2019. *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia. WHO Guidelines*. [online] Available at: https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/ [Accessed 30 January 2020].

Odgovornost vodenja in vpliv na kakovost zdravstvene nege in oskrbe pacientov – pregled diplomskih del v zdravstveni negi

Management responsibility and its influence on the quality of patient care – healthcare bachelor's theses review

dr. Marjeta Logar Čuček⁴⁶

Izvleček

Uvod: Vodenje pogojuje kakovost v zdravstveni negi in oskrbi pacientov. Sodobni čas narekuje aktivno vodenje, ki ga odgovoren vodja razvija in dopolnjuje. Namen raziskave je bil pregledati vsebine diplomskih del na dodiplomskem študijskem programu Zdravstvena nega in ugotoviti, ali vsebine odražajo soodvisnost vodenja in kakovosti nege in oskrbe pacientov.

Metode: Izveden je bil pregled literature. Zajemal je zbiranje diplomskih del na spletu v februarju 2020. Za iskanje je bila uporabljena kombinacija ključnih besed: vloga vodje, sodelovanje z zaposlenimi, zadovoljstvo, soodvisnost vodenja in kakovosti. Začetna merila je izpolnjevalo 97 enot. V kvalitativno vsebinsko analizo je bilo vključenih 14 diplomskih del. Za prikaz pregleda je bila uporabljena metoda PRISMA.

Rezultati: Identificiranih je bilo 33 kod, združenih v štiri kategorije: vodenje, kakovost zdravstvene obravnave, vodenje in vpliv na kakovost, ukrepi za izboljšanje kakovosti. Vpliv vodenja na kakovost oskrbe in nege pacientov ni eksplicitno izražen, omenjen je kot posledica izbranega načina vodenja.

Razprava: Prihodnost je v izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev; za dosegajo cilja je potrebno znanje, oplemeniteno v delovni sredini in realizirano z dobrimi rezultati pri negi in oskrbi pacientov. Teme vsebin diplomskih del bi bilo potrebno razširiti na povezovanje vodenja in kakovosti oskrbe zdravstvene nege in oskrbe pacienta ne glede na stopnjo študija zdravstvene nege.

Zaključek: Usposabljanje za vodenje in izboljšanje kakovosti v zdravstveni negi pacienta mora biti vseživljenjsko. Začeti se mora v sistemu, ki izobražuje za zdravstvene poklice, nadaljevati v delovnem okolju z usmerjenimi raziskavami, kar dodatno spodbuja razvoj zdravstvene nege.

Ključne besede: *nega, vodenje, kakovostna skrb za paciente, izobraževanje*

Abstract

Introduction: Management significantly influences the quality of patient care. Modern times require an active role of management by which a responsible leader develops and adapts to the situation. The objective of the study was to review the contents of the bachelor's theses in the undergraduate program Healthcare and find out whether the contents confirm the interdependence between management style and the quality of patient care.

Methods: A review of bachelor's theses was carried out. It included the selection of bachelor's theses in February 2020. The following combinations of keywords were used: manager role, employee cooperation, satisfaction, the interdependence of management, and quality. 97 units fulfilled the initial criteria. 14 bachelor's theses were included in the qualitative content analysis. PRISM method was used to present the review.

Results: 33 codes were identified and divided into four categories: management, quality of healthcare, management, and its influence on quality and measures to improve quality. The direct influence of management on the quality of patient care is not explicitly expressed. However, it is mentioned as a consequence of the chosen management style.

Discussion: The future lies in the enhancement of healthcare services. To achieve this goal, knowledge needs to be obtained and upgraded at the workplace to achieve good results in patient care. The subjects of bachelor's theses (irrespective of the level of healthcare study) need to cover a wider scope to include the connection between management and quality of healthcare and patient care.

⁴⁶ dr. Marjeta Logar Čuček, pred., Kirurška klinika, KO za maksilofacialno in oralno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovenija, marjetalogar@gmail.com

Conclusion: Management training and improving the quality of patient care should be a lifelong process. It has to start in the system that provides education in medical fields and continues at the workplace through focused research which further encourages the development of healthcare.

Keywords: *healthcare, management, quality patient care, education*

1 Uvod

Danes zdravstvena nega in oskrba pacienta stopa iz okvirov pojmovanja preteklih desetletij. Skrbi za bolne in zdrave v vseh okoljih in življenjskih obdobjih se pridružujejo potrebe in pričakovanja današnjega časa (Skela Savič, 2014). V ospredje je postavljena kakovost, kar pomeni ustrezno ravnanje, pravo odločanje in spremembe v prid pacientom (Sobočan, 2017).

Koncept dobre organizacije vodenja temelji na upravljalški usposobljenosti vodij. Posledice le-te so boljši rezultati, uspešnost in zadovoljstvo zaposlenih ter jasno izražena odgovornost (Gunawan & Aunguroch, 2017 cited in Bregar, et al., 2018). Dobra vodja odlikuje osebnostne lastnosti, strokovno znanje, primerne veščine in stil vodenja, sposobnost informiranja in sprejemanja ter usklajevanja mnenj oz. vrednot zaposlenih (Šušteršič, 2016; Lednik, 2016).

1.1 Vodenje in kakovost v zdravstveni negi

Splošno pojmovanje organizacijske strukture, ki nam pove, kdo, zakaj, kako in s čim nalogo opravlja, kdaj in kje bo ta opravljena, njen časovni okvir, vložek ter rezultat, lahko prenesemo na vodenje zdravstvene nege (Rozman & Kovač, 2012). Spremljanje in uvajanje sprememb ter novosti ob hkratni skrbi za zmogljivo in stroškovno učinkovito zdravstveno obravnavo pacientov, skladno s smernicami in standardi, zahteva odgovornega in izobraženega vodjo (Lowe, et al., 2012 cited in Skela Savič, 2014). Kot navajajo Bregar in sodelavci (2018) v raziskavi o Managementu dejavnosti zdravstvene in babiške nege v slovenskih bolnišnicah, stopnja izobrazbe vodij ni v skladu z zahtevami sodobnega časa, prav tako je premalo izražena njihova neposredna odgovornost in vizija razvoja. Tako se številni vodje, ki so lahko dobri strokovnjaki, soočajo s pomanjkanjem znanja iz vodstvenih kompetenc (Bish, et al., 2015). Prav ti morajo biti usposobljeni za ustvarjanje lastnega znanja in njegovo umeščanje v neposredno strokovno delo in odgovornost na tem področju (Skela Savič, 2017).

Laznik (2011), Lorber & Skela Savič (2011) navajajo, da lahko vodja, glede na spremembe in zahteve v zdravstveni negi in oskrbi, v skladu s pridobljenim znanjem in izkušnjami, evalvaciji dela, izbere, a tudi spremeni stil vodenja. Sprejete spremembe vplivajo na izboljševanje kakovosti dela pri negi in oskrbi (Rozman & Kovač, 2012; Kersnik, 2010). Ta v sedanosti postaja temeljna in je pomembna za vse udeležence v zdravstvenem sistemu, tako za posameznika kot celotno družbo. Stalno izboljševanje kakovosti zahteva skladno ravnanje z načeli kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočenost na pacienta (Robida, 2009). Opolnomočenje in izobraženost vodij bo omogočala odzivanje na spremembe in osamosvojitve ter delovanje zdravstvene nege kot stroke in znanosti (Skela Savič, 2014).

Namen raziskave je bil pridobiti vpogled v raziskovanje na področju vodenja v zdravstveni negi in vpliva le-tega na kakovost nege na podlagi pregleda vsebin izbranih diplomskih del, objavljenih na spletu in dostopnih širšemu krogu uporabnikov.

Cilj raziskave je bil vsebinsko analizirati diplomska dela in ugotoviti povezanost odgovornosti vodenja in vpliva na kakovost nege in oskrbe pacienta. Izoblikovali smo raziskovalno

vprašanje: Kako vpliva vodenje zdravstvene nege in oskrbe pacienta na kakovost zdravstvene obravnave pacienta?

2 Metode

Uporabljena je bila metoda pregleda literature.

2.1 Metode pregleda

Za iskanje smo uporabili na spletu dostopna diplomska dela zdravstvene nege. Uporabili smo kombinacije ključnih besed v slovenskem jeziku: vloga vodje, sodelovanje z zaposlenimi, zadovoljstvo, soodvisnost vodenja in kakovosti. Iskanje smo izvedli v februarju 2020. Omejili smo se na sledeče omejitvene oziroma vključitvene kriterije: obdobje iskanja od 2011 do 2019, slovenski jezik, celotno besedilo diplomskih nalog, prosto dostopno.

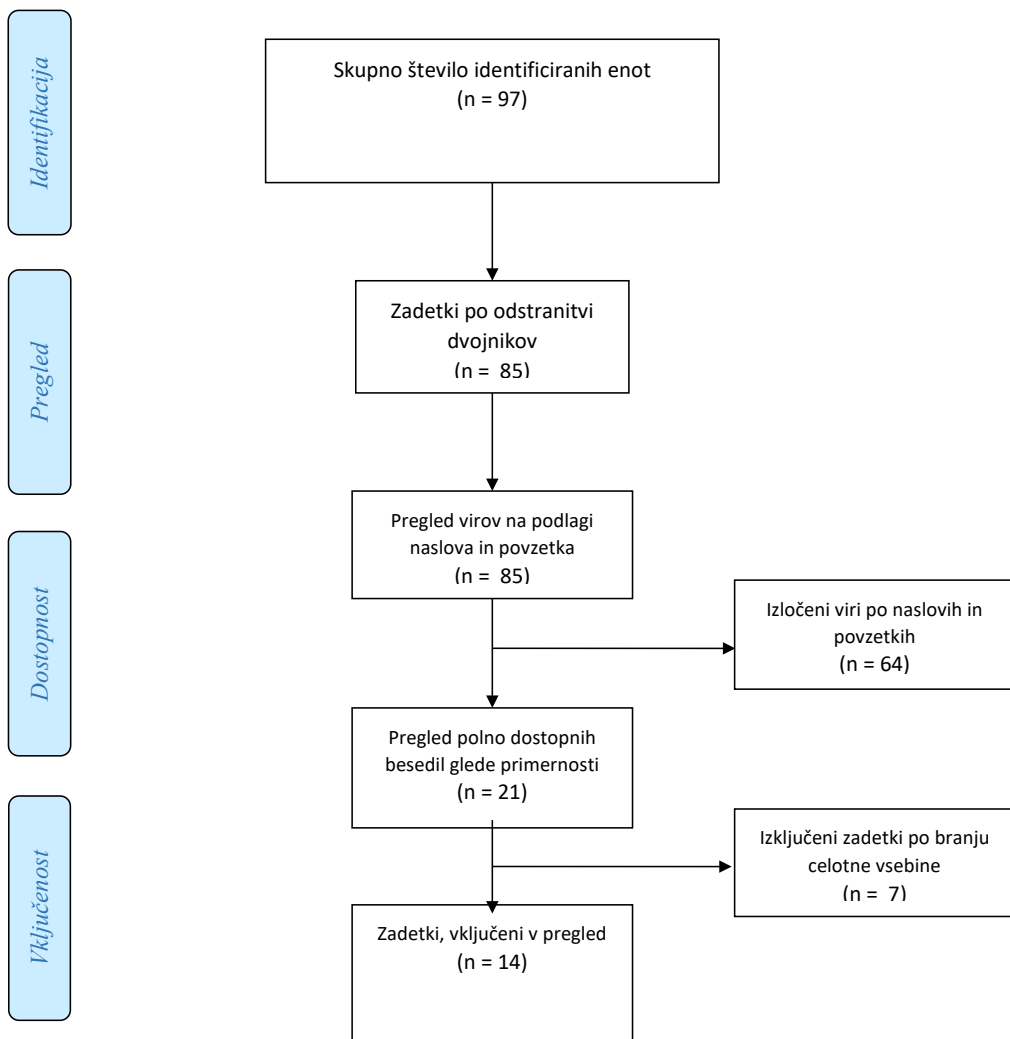
2.2 Rezultati pregleda

Skupno smo dobili 165 zadetkov. Po pregledu ustreznosti obravnavanih tem smo izločili 68 besedil. Glede na vsebinsko ustreznost smo pridobili 97 virov. Po upoštevanju vseh omejitvenih kriterijev, smo za končni nabor uporabili 14 besedil.

Prikaz iskanja diplomskih del je razviden iz Slike 1. Ta prikazuje postopek iskanja po spletu. Uporabili smo prilagojen shematski prikaz PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Moher, et al., 2009).

2.3 Opis obdelave podatkov

Pri iskanju smo se osredotočili na diplomska dela, ki so vsebovala vsaj eno izmed zahtevanih ključnih iskalnih besednih zvez. Za analizo smo uporabili »princip kvalitativne vsebinske analize«. Po Vogrincu (2008) predstavlja odprto kodiranje osrednji postopek analize besedil. Postopek kvalitativne analize je potekal s pomočjo šestih korakov, in sicer 1) urejanja gradiva, 2) določanja enot kodiranja glede na osrednjo temo in namen pregleda diplomskih del, 3) kodiranja, 4) izbora in definiranja ustreznih pojmov in oblikovanja kategorij, 5) definiranja kategorij in 6) oblikovanja zaključkov ter razumevanja soodvisnosti vodenja in kakovosti zdravstvene nege.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

3 Rezultati

S kvalitativno analizo virov smo prepoznali štiri kategorije s pripadajočimi kodami (Tabela 1). To so: (1) »Vodenje v zdravstveni negi«; (2) »Kakovost zdravstvene obravnave«; (3) »Vodenje in vpliv na kakovost«; (4) »Ukrepi za izboljšanje kakovosti«.

Tabela 1: Prikaz kategorij in kod v pregledanih diplomskih delih

Kategorije (n = 4)	Kode (n = 33)	Avtorji
Vodenje v zdravstveni negi	<p>Povezava čustvene inteligence in vodenja.</p> <p>Združevalno vodenje.</p> <p>Prehod s hierarhičnega na demokratični stil vodenja.</p> <p>Spodbudno in pozitivno vodenje.</p> <p>Zaupanje v vodjo.</p> <p>Usmerjenost k medsebojnim odnosom.</p> <p>Izmenjava informacij.</p> <p>Timsko vodenje.</p> <p>Izobraževanje.</p> <p>Delitev moči.</p> <p>Iskanje idej, metod, rešitev za delo.</p>	<p>Meško, 2011; Nikolić, 2011;</p> <p>Mezek, 2011; Tišič, 2013;</p> <p>Blatnik, 2016; Korent, 2011;</p> <p>Slokan, 2012</p>
Kakovost zdravstvene obravnave	<p>Zadovoljstvo pacientov kot najpomembnejši kazalnik kakovosti.</p> <p>Krožni tok kakovosti.</p> <p>Spoštovanje vrednot in izraženih potreb.</p> <p>Potreba po uvajanju sprememb v zdravstveni negi.</p> <p>Najboljša možna oskrba pacientov.</p> <p>Redni sestanki negovalnega tima.</p> <p>Izvajanje zdravstvene nege po sprejetih standardih.</p> <p>Ustrezno število zdravstvenega kadra.</p> <p>Pomanjkanje časa pri obravnavi pacientov.</p> <p>Izboljševanje zdravstvenega varstva.</p> <p>Ustanavljanje krožkov kakovosti.</p>	<p>Blatnik, 2016; Kolarič, 2015;</p> <p>Meško, 2011;</p> <p>Korent, 2011;</p> <p>Agovič, 2017</p>
Vodenje in vpliv na kakovost	<p>Profesionalno vodenje vpliva na kakovost.</p> <p>Spoštovanje v smeri vodja-člani tima-vodja.</p> <p>Upravljanje vodij z lastnimi čustvi in čustvi zaposlenih.</p> <p>Pohvala kot motivacija.</p> <p>Delitev moči in pooblastil s podrejenimi.</p> <p>Povezanost organiziranosti in izida zdravljenja.</p> <p>Usmerjenost vodenja k nalogam in odnosom.</p>	<p>Medved, 2011; Meško, 2011;</p> <p>Slokan, 2012; Kukovič, 2013;</p> <p>Novak, 2015; Blatnik, 2016;</p> <p>Mayr, 2018</p>
Ukrepi za izboljšanje kakovosti	<p>Izobraževanje in usposabljanje medicinskih sester s področja vodenja.</p> <p>Izboljšanje prenosa kakovostnih informacij v timu.</p> <p>Kakovostno odločanje pri reševanju problemov.</p> <p>Preprečevanje izgorevanja medicinskih sester.</p> <p>Opolnomočenje medicinskih sester.</p>	<p>Nikolić, 2011; Kolarič, 2015;</p> <p>Lednik, 2016; Novak, 2015</p>

Iz pripravljenega zbira informacij, pridobljenih s pregledom diplomskih del lahko opazujemo, da vodenje zdravstvene nege še vedno deluje s strokovnega vidika in manj s poznavanjem voditeljskih kompetenc vodij. Potreba po znanju in izobraževanju s področja vodenja je velika; zaposleni zahtevajo vodje z znanjem o komunikaciji, psihologiji, motivaciji in ustreznem načinu prenašanja informacij med člani timov. Pregledane vsebine izbranih virov tudi ne izkazujejo izrazite soodvisnosti vodenja in kakovosti; ta se izraža bolj kot posledica strokovnega dela vodij in ne toliko kot vzročna povezava med organizacijo in vodenjem ter izidi zdravljenja. Izboljševanje kakovosti ni možno brez vodje z znanjem in upravljavskimi sposobnostmi, ki spodbuja proces opolnomočenja in zbuja zaupanje med zaposlenimi ter posredno vpliva na dobre izide zdravljenja pacientov.

4 Razprava

S to raziskavo smo želeli ugotoviti vpliv vodenja na kakovost nege in oskrbe pacientov. Ugotovili smo, da odgovornost vodenja in vpliv na kakovost nege in oskrbe še ni jasno definirana v smislu soodvisnosti (Korent, 2011; Blatnik, 2016; Agović, 2017). Raziskava je pokazala, da mesto vodij zdravstvene nege zasedajo diplomirane medicinske sestre z dobro strokovno usposobljenostjo, a v veliki meri brez znanja s področja vodenja (Nikolić, 2011; Kolarič, 2015; Novak, 2015; Lednik, 2016). Dobrega vodenja, tako navajata tudi Gunawan & Aunguroch (2017), ni brez upravljalvske usposobljenosti vodij. Tako kot Kramar (2016), Bregar in sodelavci (2018) izpostavljajo pomen izobraževanja in pridobivanja dodatnega znanja iz vodenja, je bila tudi v pregledanih virih poudarjena potreba po znanju in veščinah za obvladovanje celotnega procesa vodenja (Slokan, 2012; Mayr, 2018). Tudi Wong in sodelavci (2010) v svoji raziskavi izpostavljajo, da so verodostojni tisti vodje, ki izkazujejo svoje etične in strokovne standarde z odkritim komuniciranjem in skladnim delovanjem z njihovimi izraženimi vrednotami, znajo upravljati svoja čustva in čustva drugih ljudi.

Pot do izboljšav v zdravstveni negi vodi preko dobre kulture organizacije, ki zajema razmišljanje o varni in kakovostni zdravstveni obravnavi in se osredotoča na osebo oziroma pacienta (Lynch, 2011; Agrež, 2014). Če je Robida s sodelavci v raziskavi (2007) ugotavljal, da sistem kakovosti še ni izpostavljen v vseh slovenskih bolnišnicah v slovenskem prostoru, je danes drugače. Tako kot Košnik (2012) izpostavlja, da je kakovost in profesionalnost odvisna od organizacije timskega dela v procesu zdravstvene nege, izvajanja postopkov in načrtovanja nadzora, Kolarič v pregledani raziskavi (2015) opozarja na pomen povezanosti med vodjo in strokovnimi skupinami ter vodenjem kakovosti. Navaja, da je kakovost zagotovljena z izvajanjem zdravstvene nege po sprejetih standardih in v soodvisnosti s sestanki negovalnega tima, kjer prevladuje načelo: »Kako delamo?« Kakovost izboljšuje delovanje v timu, predvsem z vidika sestave tima z raznolikim znanjem, ustvarjalnostjo, izkušnjami, izobrazbo; delovanje v timu predstavlja enega izmed vplivnih dejavnikov na izvajanje sprememb (Skela Savič, 2007; Meško, 2011; Mezek, 2011). Pomen dobrega delovanja tima izpostavljajo tudi avtorji v pregledanih virih, predvsem v smislu organizacije timskega dela (Slokan, 2012; Kukovič, 2013), soodvisnosti kakovosti in delovanja vodje v timu (Nikolić, 2011; Tišič, 2013) zagotavljanja kakovosti kot posledice strokovnosti in profesionalnosti (Medved, 2011; Novak, 2015). Tudi Robida (2009) navaja, da je kakovost zdravstvene obravnave odvisna od prizadevanja zdravstvenih strokovnjakov, uporabnikov zdravstvenih storitev, plačnikov, načrtovalcev zdravstvene politike po spremembah, ki bodo pripeljale do najboljših izidov zdravljenja, večji uspešnosti in boljšega razvoja strokovnjakov. Sodobni čas je postavil nov cilj v zdravstveni negi, in sicer usmerjenost iz obvladovanja stroškov v zahteve po izboljšanju zdravstvenih storitev (Skela Savič & Pagon, 2007). Pacient postaja najpomembnejši, povedano drugače, pacienti nimajo strokovnega znanja, a je njihovo mnenje pomembno vodilo za načrtovanje izboljšav (Dolžan Lindič & Kramar, 2009).

Pregled literature oziroma diplomskih del ima več omejitev; predvsem sta potrebna dva neodvisna raziskovalca, ki bi izločevala besedila po naslovu in vsebini izvlečkov. V nadaljevanju bi bilo treba raziskati še diplomske naloge drugih fakultet, ki raziskujejo vodenje in kakovost, tudi s področja zdravstvenih vsebin. Ostajajo tudi odprte možnosti za večje število raziskav odgovornosti vodenja in njegovega vpliva na kakovost oskrbe in nege pacientov dodiplomskega študija zdravstvenih fakultet.

5 Zaključek

Sprememba družbe je pogojena s spreminjanjem lestvice vrednot, tudi na področju zdravstvene nege in oskrbe pacienta. Prihodnost je v izboljševanju kakovosti zdravstvenih storitev, ki je v soodvisnosti vodenja, ta pa pogojuje kulturo delovnega okolja in zadovoljstvo tako zaposlenih kot pacientov. Ker medicinskim sestram primanjkuje tovrstnega znanja, bi bilo treba izboljšati proces usposabljanja na tem področju. Sodobni čas zahteva usposobljene vodje, ki bodo z ustreznim vključevanjem znanja v strokovno delo, zmožni samostojnega odločanja pri vodenju zdravstvene nege. Posledično bodo lahko neposredno vplivali na kakovost opravljenih storitev in učinkovitost dela s pacienti.

Literatura

- Agović, A., 2017. *Uvajanje izboljšav v kliničnem okolju: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Available at: <https://www.google.com/search?q=Agovi%C4%87%2C+A.%2C+2017>. [Accessed 25 March 2020].
- Agrež, M., 2014. Uvajanje sistema vodenja kakovosti v bolnišnici. In: D. Del Fabro, ed. *Ekonomija in management za novo razvojno obdobje: zbornik 11. festivala raziskovanja ekonomije in managementa*. Koper, 29. marec 2014. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 47-53.
- Bish, M., Kenny, A. & Nay, R., 2015. Factors that influence the approach to leadership: directors of nursing working in rural health services. *Journal of Nursing Management*, 23(3), pp. 380-389.
- Blatnik, K., 2016. *Vpliv medsebojnih odnosov na kakovost zdravstvene nege: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://www.google.com/search?q=Blatnik%2C+K.%2C+2016>. [Accessed 25 March 2020].
- Bregar, B., Logar Čuček, M. & Rašić, J., 2018. Management dejavnosti zdravstvene in babiške nege v slovenskih bolnišnicah – pregled splošnih pravnih aktov. In: K. Pesjak & S. Pivač, eds. *Medpoklicno povezovanje na različnih ravneh zdravstvenega varstva: zbornik predavanj z recenzijo. 11. mednarodna konferenca. Bled, 7. junij 2018*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 246-253.
- Dolžan Lindič, H. & Kramar, Z., 2009. Sodobna organizacijska oblika kakovostne obravnave pacientov je tudi »case management«. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije »Medicinske sestre in babice - znanje je naša moč«*. Ljubljana, 11. – 13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Gunawan, J. & Aunguroch, Y., 2017. Managerial competence of first-line nurse managers: A concept analysis. *Journal of Nursing Practice*, 23(1), pp. 1-7.
- Kersnik, J., 2010. *Kakovost v zdravstvu*. [pdf] Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD. Available at: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Kakovost_v_zdravstvu.pdf. [Accessed 1 March 2020].
- Kolarič, R., 2015. *Vodenje kakovosti in akreditacije v zdravstvu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://www.google.com/search?q=Kolari%C4%8D%2C+R.%2C+2015>. [Accessed 25 March 2020].
- Košnik, M., 2012. Standarda NIAHO in ISO 9001 kot orodji vodenja. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: predstavitev izkušenj v Kliniki Golnik: zbornik predavanj*. Golnik, 30. marec 2012. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 1-4.
- Korent, G., 2011. *Vloga vodje pri motiviranju zaposlenih v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=17222&lang=slv&prp=dkum:14007:r4> [Accessed 24 March 2020].
- Kramar, J., 2016. *Kompetence medicinskih sester vodij in uvajanje sodobnih oblik organiziranosti: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Kukovič, D., 2013. *Značilnosti vodenja negovalnega tima v povezavi z zadovoljstvom zaposlenih v kliničnem okolju: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 14-23. Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=42728> [Accessed 24 March 2020].

- Laznik, G., 2011. *Lastnosti in značilnosti dobrega vodje v zdravstveni negi: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 22-30.
- Lednik, J., 2016. *Medicinska sestra kot organizator dela in vodja v zdravstveni negi: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 8-14.
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene nege*, 45(1), pp. 15-21.
- Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A.P. & Boyd, L., 2012. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), pp. 677-685.
- Lynch, B.M., McCormack, B. & McCance, T., 2011. Development of a model of situational leadership in residential care for older people. *Journal of Nursing Management*, 19(8), pp. 1058-1069.
- Mayr, P., 2018. *Modeli delitve dela v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškini. Available at: <https://www.google.com/search?q=Mayr%2C+P.%2C+2018>. [Accessed 24 March 2020].
- Medved, S., 2011. Moč in avtoriteta vodje v zdravstveni negi: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=18390&lang=slv> [Accessed 24 March 2020].
- Meško, J., 2011. *Pomen čustvene inteligentnosti pri vodenju v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=19674&lang=slv> [Accessed 24 March 2020].
- Mezek, C., 2011. *Izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi – ocena stilov vodenja in vključevanje v uvajanje sprememb: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego. Available at: <https://www.google.com/search?q=Mezek%2C+C.%2C+2011> [Accessed 24 March 2020].
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & the PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), pp. 1-6.
- Nikolić, K., 2011. Čustva in vodenje v zdravstveni negi: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://dk.um.si/lzpisGradiva.php?id=17321> [Accessed 24 March 2020].
- Novak, Ž., 2015. *Proces opolnomočenja v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://www.google.com/search?q=Novak%2C+%C5%BD.%2C+2015>. [Accessed 24 March 2020].
- Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse: vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Planet GV.
- Robida, A., Kociper, B., Trunk, A., Yazbeck, A.M. & Kuhar, M., 2007. Vodstvo bolnišnic in kakovost obravnave. *Kakovost*, 3, pp. 17-22.
- Rozman, R. & Kovač, J., 2012. *Management*. Ljubljana: GV Založba, pp. 375-378.
- Skela Savič, B., 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
- Skela Savič, B., 2014. Odgovornost za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo? *Obzornik Zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5-11.
- Skela Savič, B., 2017. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274-297.
- Skela Savič, B. & Pagon, M., 2007. Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*, 40(4), pp. A63-A74.
- Slokan, S., 2012. *Timsko delo v organizaciji procesa zdravstvene nege: diplomsko delo*. Univerza v Mariboru: Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://www.google.com/search?q=Slokan%2C+S.%2C+2012>. [Accessed 24 March 2020].
- Sobočan, J.B., 2017. Lažna impotenca v zdravstvu: zdravnica sem in protestiram. *Objektiv*, 16. 12. 2017.
- Šušteršič, A., 2016. *Oblikovanje pristopa za samooceno stila vodenja: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 5-10.
- Tišič, A., 2013. *Medicinska sestra vodja negovalnega tima: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <https://www.google.com/search?q=Ti%C5%A1i%C4%8D%2C+A.%2C+2013>. [Accessed 24 March 2020].
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Wong, C.A., Spence, H.K. & Cummings, G.G., 2010. Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 889-900.

Poročanje o uspešnosti slovenskih zdravstvenih domov

Reporting about the Effectiveness of Slovenian Community Health Centres

Suzana Šuklar⁴⁷
dr. Mirna Macur⁴⁸

Izvleček

Teoretična izhodišča: Kakovostna zdravstveno varstvo bi po OECD in tudi slovenskih usmeritvah morala slediti šestim dimenzijam: uspešnosti, varnosti, odzivnosti, dostopnosti, učinkovitosti in pravičnosti. Namen prispevka je raziskati, ali Zdravstveni domovi v Sloveniji (v nadaljevanju ZD) z integriranim sistemom vodenja kakovosti upoštevajo in sledijo OECD opredelitvi uspešnosti.

Metoda: Uporabili smo vsebinsko analizo javno dostopnih letnih poročil ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti. V njih smo preverili, kolikokrat in v kakšnih pomenih se pojavlja pojem uspešnosti in njegove sopomenke.

Rezultati: ZD uporabljajo 11 sinonimov uspešnosti, ki smo jim zapisali tudi frekvenco pojavljanja: delovno uspešnost, uspešnost pri doseganju ciljev, uspešnost sistema vodenja kakovosti, uspešnost izobraževanj, uspešnost projektov, (uspešno) obvladovanje tveganj, kazalnike uspešnosti, uspešno realizacijo programov, izid poslovanja in izid zdravljenja.

Razprava: Uspešnost se v letnih poročilih ZD pogosto pojavlja, a ne v smislu uspešnosti zdravljenja oz. opisovanja zdravstvenih izidov v skladu z OECD opredelitvijo – ta pomen smo našli le v enem od 26ih letnih poročil. ZD omenjajo besedo izid v povezavi s poslovnim izidom, ki se ne navezuje na uspešnost samega zdravljenja, ampak na porabo virov (kadrov, opreme, denarja), torej učinkovitost. Pogosto se pojavlja tudi uspešnost doseganja ciljev ali delovnega programa, kar je praviloma kvantitativni kazalec izvedenega, ne pa tudi uspešnosti obravnave ali zdravljenja. Analiza torej kaže, da deklarativnemu strinjanju s OECD kriteriji kakovosti, uspešnosti zdravljenja še vedno ne spremljamo. V ta namen bi bilo potrebno pridobivati podatke od pacientov o zdravstvenem stanju po zdravljenju. Trenutno pa pacienti ZD poročajo le o zadovoljstvu z zdravstveno storitvijo (ne sicer povsod), o izidih zdravljenja pa še ne.

Ključne besede: uspešnost, kriteriji OECD, izidi zdravljenja, zdravstveni dom, letna poročila

Abstract

Theoretical Background: According to OECD's and Slovenian recommendations quality healthcare should follow six dimensions: effectiveness, safety, responsiveness, access, efficiency, equity. The purpose of this paper is to investigate, whether Community Health Centres in Slovenia (CHC) follow these recommendations concerning the effectiveness.

Methods: Qualitative descriptive analysis of yearly reports of twenty-six Slovenian CHC that were publicly available was conducted. Thematic analysis was applied to the term effectiveness and its synonyms.

Results: The audit of twenty-six yearly reports of Slovenian CHC show eleven synonyms of the term effectiveness: work effectiveness, the effectiveness of goal achievement, the effectiveness of managing quality, training effectiveness, projects' effectiveness, the effectiveness of risk reduction, success indicators, successful program completion, performance (business) outcomes, and health outcomes.

Discussion: The term effectiveness is often used in yearly reports of Slovenian CHC, however not following the OECD definition – only one out of 26 CHC used it in terms of health outcomes as the effectiveness of treatment. CHC mentions outcomes concerning business processes that are not related to health outcomes but to resource (human and financial resources, equipment) management which is part of efficiency. We found also the effectiveness of goal or work program achievement, which is a quantitative indicator of performance and not the effectiveness related to health outcomes. The analysis shows that although we agree with six quality dimensions effectiveness of treatment is still not monitored. Slovenian CHC patients give feedback on satisfaction with healthcare service (not everywhere), but not on health outcomes.

Keywords: effectiveness, OECD recommendations, healthcare outcomes, Community Health Centre, yearly reports

⁴⁷ Suzana Šuklar, dipl. m. s., univ. dipl. org., Zdravstveni dom Murska Sobota, Slovenija, suzanas@zd-ms.si

⁴⁸ izr. prof. dr. Mirna Macur, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškini, Slovenija, mmacur@fzab.si

1 Teoretična izhodišča

Razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu je prinesel zdravstvenim organizacijam številne izzive. Leta 2014 je Evropska komisija v pomoč oblikovala priporočila, kjer so opredelili dejavnike za krepitev vzdržnosti sistemov zdravstvenega varstva. Priporočila so namenjena vsem članicam Evropske unije in zahtevajo od njih krepitev uspešnosti storitev s pomočjo ocenjevanja uspešnosti, večjo dostopnost in večjo prilagodljivost zdravstvenega varstva za vso prebivalstvo (EUR Lex, 2014).

Istega leta je izšla še EU agenda o kakovosti zdravstvene oskrbe (Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) - Future EU agenda on Quality of healthcare). Z njo je evropska komisija želela usmeriti vse članice EU v razvoj odzivnih, sodobnih in trajnostnih zdravstvenih sistemov. Priporočila je oskrbo skladno s trenutnim strokovnim znanjem, ki se osredotoča na potrebe in cilje posameznikov, družin in skupnosti, je varna in preprečuje škodo povezano z zdravstveno obravnavo ter obravnava pacienta kot ključnega partnerja v procesu oskrbe (European Commission, 2014, p. 11). Oboje je nadgradnja dimenzij kakovostne zdravstvene oskrbe, ki jih je 2006 sprejela OECD in povzela Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (Kiauta, et al., 2010):

- uspešnost (ang. effectiveness – izboljšanje izidov zdravljenja),
- varnost (ang. safety – preprečevanje škode povezane z zdravstveno obravnavo),
- odzivnost (ang. responsiveness) – osredotočenost na pacienta, ki je ključni partner v procesu zdravljenja (opolnomočenje pacienta) in osredotočenost na njegove potrebe (angl. patient centredness),
- dostopnost (ang. access) – dostopnost storitev fizično, časovno, psihično, finančno,
- učinkovitost (ang. efficiency) – optimalna uporaba razpoložljivih virov,
- pravičnost (ang. equity) – brez razlik v doseganju izidov zdravljenja. (European Commission, 2014, p. 24).

To so glavne dimenzije uspešnosti zdravstvenega varstva, ki omogočajo posamezniku obnavljanje in vzdrževanje zdravja (Kelley & Hurst, 2006, p. 13), ki izhajajo iz leta 2005, ko je Svetovna Zdravstvena Organizacija (SZO) začela z razvojem orodja za ocenjevanje uspešnosti bolnišnic in izboljševanje kakovosti v bolnišnicah (projekt PATH). V projektu PATH so poskušali razviti konceptualni model uspešnosti s kazalniki kakovosti, ki ocenjujejo različne dimenzije uspešnosti, ki bi jih lahko bolnišnice uporabile za izboljševanje kakovosti. Ukrepi izpeljani iz spremljanih kazalnikov kakovosti, pa bi naj oblikovalce politik pripeljali do izboljšanja uspešnosti zdravstvenega varstva.

Tudi izvajalci zdravstvene dejavnosti so začeli z aktivnostmi razvoja kulture kakovosti in varnosti v zdravstvu. Pacient je bil pri tem pogosto pozabljen. Zato naj bi ukrepi ministrov za zdravje v OECD pripomogli k oceni, ali naši zdravstveni sistemi zagotavljajo to, kar je za ljudi pomembno (osredotočenost na pacienta). Pogosto se zdravstvene ustanove osredotočajo le na klinične kazalnike, ki so le delni kazalnik kakovosti zdravstvene oskrbe. Zato je nujno, da pacienti poročajo o uspešnosti zdravstvenega sistema, vendar imajo pacienti v vprašalnikih pogosto možnost izraziti le mnenje o postopkih oskrbe, ne pa dati tudi povratne informacije o uspešnosti zdravljenja. Zato bi bilo potrebno anketne vprašalnike za paciente preoblikovati tako, da bi dobili informacije, kako je njihovo zdravstveno stanje povezano s kakovostjo življenja in dati pacientu možnost, da sam pove, kaj je zanj pomembno, kar naj bi bila nova valuta za merjenje uspešnosti zdravstvenega sistema in za primerjavo ocene uspešnosti med zdravstvenimi sistemi (Coulter, 2017, pp. 1-2).

Uspešnost je po definiciji OECD stopnja doseganja zelenih izidov (outcome) (Kelley & Hurst, 2006, pp. 10-16). Uspešnost se torej ne navezuje samo na rezultate zdravljenja

(outputs), ampak tudi na dolgoročne izide (outcomes) zdravljenja, ki pa niso odvisni samo od storitve, ampak tudi od osebnih odločitev uporabnika in od dejavnikov okolja. Zato v bistvu uspešnost lahko merijo samo uporabniki, saj izvajalci nimajo niti podatkov dolgoročnih izidih zdravljenja. (Macur, 2018, pp. 306-307). Za spremljanje teh izidov je bil razvit vprašalnik PROMs: Patient – Reported Outcomes (Health Care Quality Indicators, 2017), a ga v Sloveniji še niso uporabili.

Uspešnost programov v zdravstvenem varstvu je težko merljiva. Organizacije se merjenja največkrat lotijo s kazalniki kakovosti. Kazalniki kakovosti so merila uspešnosti, opredeljena kot norme, standardi, ki se uporabljajo za izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva (Sinuff et al., 2015, pp. 1070-1080). Kot primer lahko navedemo realizacijo zdravstvenih storitev, kjer je na mesečni in letni ravni določeno, koliko storitev mora izvajalec izvesti, da dosega plane storitev. Zato se morda izvajalcem zdi, da realizacija delovnega programa kaže na uspešnost. Vendar je iz definicije OECD razvidno, da uspešnost pomeni podatke, pridobljene od pacienta (o njegovem zdravstvenem stanju po zdravljenju), torej dolgoročni izid zdravljenja. Poročanje pa praviloma ostaja na nivoju realizacije programa in ne uspešnosti zdravljenja.

Uspešnost je eden najpomembnejših kriterijev vrednotenja, saj nam pove, ali dosega mo zastavljene cilje, ki zadevajo ozdravitev ali vsaj ohranitev trenutne ravni zdravja. Njegovo pomembnost je izpostavil OECD v svoji definiciji kakovosti zdravstvene oskrbe, ki mora slediti šestim dimenzijam: uspešnosti, varnosti, odzivnosti, dostopnosti, učinkovitosti in pravičnosti (OECD, 2006). Zdravstveni domovi z integriranim sistemom vodenja kakovosti vsako leto poročajo o sistemu kakovosti v letnih poročilih. Pri spremljanju in poročanju kakovosti naj bi sledili omenjenim šestim dimenzijam. Za našo raziskavo smo pridobili letna poročila vseh tistih zdravstvenih domov Slovenije z integriranim sistemom vodenja kakovosti, ki so jih objavili na svoji spletni strani. Preverili smo, ali poročajo o uspešnosti svojega dela, na kakšen način letna poročila beležijo uspešnost, ter ali pri tem upoštevajo OECD opredelitev uspešnosti kot stopnjo doseganja zelenih izidov (ang.outcome).

2 Metode

2.1 Raziskovalno vprašanje

Za namen prispevka smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali ZD poročajo o uspešnosti svojega dela?
- Na kakšen način ZD v letnih poročilih beležijo uspešnost?
- Ali ZD upoštevajo OECD opredelitev uspešnosti kot stopnjo doseganja zelenih izidov (ang. outcome)?

2.2 Instrumentarij raziskave

Uporabili smo vsebinsko analizo (Vogrinc, 2008) letnih poročil zdravstvenih domov v Sloveniji. Ugotavljali smo, kolikokrat in v kakšnem smislu se pojavlja pojem uspešnost in njegove sopomenke. Zapisali smo, kolikokrat in v kakšnem kontekstu se določen pojem pojavlja ter katera uporaba pojma uspešnost se sklada z OECD definicijo tega pojma. Analizo smo dopolnili s pregledom kazalnikov kakovosti, ki jih spremljajo ZD.

2.3 Vzorec

Za namen raziskave smo zbrali javno dostopna letna poročila zdravstvenih domov z integriranim sistemom vodenja kakovosti za leto 2018, saj samo ti ZD v letnih poročilih poročajo o kakovosti. V Sloveniji je 34 zdravstvenih domov z integriranim sistemom vodenja

kakovosti. Na spletnih straneh smo našli 26 javno objavljenih letnih poročil za leto 2018, ki smo jih vključili v našo raziskavo.

2.4 Postopek obdelave

Za analizo empiričnega gradiva smo uporabili vsebinsko analizo po Vogrincu (2008), ki se od kvalitativne vsebinske analize razlikuje po tem, da si vnaprej določimo vsebinsko poznane kategorije, ki jih nato iščemo v empiričnem gradivu. V okviru vsebinske analize smo kategoriji uspešnost določili tudi sopomenke in tako dobili več kod, ki so po naši presoji ustrezale pojmu uspešnost. Oblikovali smo frekvenčno tabelo, kjer smo zapisali, kolikokrat se katera koda pojavlja. Kode smo tudi teoretično razložili.

3 Rezultati

Kategoriji uspešnost smo opredelili 11 kod (Tabela 1). Kode vključujejo uspešnost, kot jo pojmujejo izvajalci in uspešnost po definiciji OECD.

Izvajalci uspešnost pojmujejo najpogosteje kot: izid poslovanja (n=522), delovno uspešnost (n=176), uspešnost pri doseganju ciljev (n=51), uspešna realizacija/širitev programov (n=32), uspešnost sistema vodenja kakovosti (n=32), uspešnost projektov (n=31), uspešnost izobraževanj (n=29), kazalniki uspešnosti (n=10) in uspešno obvladovanje tveganj (n=8).

Ker pa je uspešnost po definiciji OECD stopnja doseganja zelenih izidov, smo iskali še izid zdravljenja (n=1).

Tabela 1: Kode kategorije uspešnost

Sinonimi/ Zdravstveni dom	delovna uspešnost	uspešnost pri doseganju ciljev	uspešnost sistema vodenja kakovosti	uspešnost izobraževani/ usposabljanj	uspešnost projektov	uspešno obvladovanje tveganj	kazalniki uspešnosti	uspešna realizacija/ širitev programov	izid poslovanja	izidi zdravljenja	drugo	VSOTA
Ajdovščina	5		2	1	1				7		4	20
Celje	19	9	3	1	9		2	5	12		17	77
Cerknica	10	3		1		1		1	27		5	48
Črnomelj	3	1	2	3	2			3	23		12	49
Dravograd	3	6		1					24		3	37
Grosuplje	11	3		1		1		1	36		2	55
Ivančna Gorica	7	2	2					2	20		11	44
Kamnik	9	1		1	1			2	22		1	37
Koper	3	1	3	5	1			1	20	1	4	39
Laško	1			1					2		3	7
Lendava	4		1						36		1	42
Litija	4	7		1				7	26		2	47
Ljubljana	11			2	1	1	3	1	2		7	28

Sinonimi/ Zdravstveni dom	delovna uspešnost	uspešnost pri doseganju ciljev	uspešnost sistema vodenja kakovosti	uspešnost izobraževani/ usposabljanj	uspešnost projektov	uspešno obvladovanje tveganj	kazalniki uspešnosti	uspešna realizacija/ širitev programov	izid poslovanja	izidi zdravljenja	drugo	VSOTA
Medvode	3	4						3	26			36
Murska Sobota	3	1	1		1				23		4	33
Nazarje	2				1			1	19		1	24
Nova Gorica	13		4	1	1			4	0		11	34
Novo mesto	5	1		1	1	1		3	23		5	40
Piran	3	4	6	1	2	2	1	2	33		2	56
Ptuj	5	1	1					1	26		5	39
Sežana	2			1				1	19		1	24
Slovenska Bistrica	3		2	3	2		1		15		4	30
Slovenske Konjice	9	2	3	3	4		2	1	15		6	45
Trebnje	30	2		1	2	1	1	3	19		6	65
Velenje	5	3			2	1			16			27
Zagorje ob Savi	3		2						31			36
VSOTA	176	51	32	29	31	8	10	42	522	1	117	1019

4 Razprava

OECD uspešnost opredeljuje kot stopnjo doseganja želenih izidov (outcome) (Kelley & Hurst, 2006, pp. 10-16), kar se nanaša na izide zdravljenja (outcome). ZD uspešnost povezujejo z doseganjem delovnih programov ali ciljev. Vendar, če planiran program izvedejo, še ne pomeni, da so uspešni. V ta namen bi ZD morali spremljati pacientovo poročanje o zdravju po zdravljenju, torej o dolgoročnih rezultatih zdravstvenega procesa, kar bi moral biti izvajalcem najpomembnejši podatek za planiranje korektivnih ukrepov procesih in s tem izboljšanje celotnega zdravstvenega sistema, kot tudi kazalnike kakovosti. To bi bil odgovor na potrebe in pričakovanja pacientov, saj uspešnost zdravstvene storitve pomeni dolgoročno izboljšanje zdravstvenega stanja ali ohranjanje dosežene ravni zdravja v daljšem časovnem obdobju. Zato je nujno, da pacienti poročajo o uspešnosti zdravstvenega sistema in da vodstvo ZD vzpostavi spremljanje kazalnikov kakovosti in ciljne vrednosti le teh, kar naj bi bila nova valuta za merjenje uspešnosti zdravstvenega sistema.

Analizo letnih poročil ZD smo zato želeli dopolniti s pregledom kazalnikov kakovosti, ki jih ti ZD spremljajo. Na spletnih straneh ZD smo našli 26 letnih poročil in samo 3 ZD so objavili tudi kazalnike kakovosti, ki jih spremljajo. Zato smo ZD z integriranim sistemom vodenja kakovosti prosili, naj nam pošljejo kazalnike kakovosti, ki jih spremljajo, kar je storilo 14 ZD, skupaj torej 17 od 34 ZD.

V letnih poročilih ZD smo iskali ključno besedo uspešnost in dobili 1019 zadetkov, ki smo jih razdelili v različne kode. Ker se po OECD uspešnost na izide zdravljenja, smo iskali tudi besedo izid. Vendar rezultati kažejo, da ZD uporabljajo le izid poslovanja (n=522), kar pa sodi v kategorijo učinkovitost. Izid zdravljenja smo našli le v enem letnem poročilu. Pogosto uporabljajo besedo delovna uspešnost (n=176), ki pa se nanaša na Zakon o sistemu plač v javnem sektorju. Besedo uspešnost sistema vodenja kakovosti (n=32) izvajalci povezujejo z obvladovanjem tveganj in s presojami ISO. Uspešnost izobraževanj (n=29) ZD uporabljajo povezano s preizkusi znanj usposabljanj in z ocenami po izobraževanjih. Uspešnost projektov (n=31) se navezuje na uspešno izvedbo projektov znotraj organizacije. Pogosto se pojavlja uspešnost pri doseganju ciljev (n=51), vendar ne vemo za katere cilje gre. Besedna zveza uspešna realizacija delovnega programa (n=46) pa se navezuje na realizacijo plana storitev.

Med kazalniki kakovosti smo izločili dve skupini kazalnikov, ki potencialno lahko pomenijo uspešnost. Eni se nanašajo na povratne informacije s strani pacientov, drugi pa na izide zdravljenja. Zadovoljstvo pacientov spremlja 17 ZD. Čeprav je to najpogostejši kazalnik, povezan s povratno informacijo pacientov, ga lahko le delno pripišemo kriteriju »uspešnost«. Vsi ZD si želijo zadovoljne paciente, vendar pa se zadovoljstvo pacientov nanaša na mnoge dimenzije zdravstvene storitve, večinoma procesne in manj na uspešnost zdravljenja. Poleg tega se ti anketni vprašalniki praviloma izpolnijo v ZD samem po opravljeni zdravstveni storitvi, uspešnost zdravljenja pa je moč oceniti šele čez nekaj časa, zato se v ta namen uporabljajo drugačni vprašalniki, kot na primer PROMs (Patient Reported Outcome Measures). O uspešnosti zdravljenja praviloma več povedo pohvale in pritožbe pacientov, saj lahko vključujejo več izkušenj in se v večji meri nanašajo na uspešnost zdravljenja kot izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu. Med kazalniki kakovosti so to: število pobud in pohval, število pritožb, delež uspešno rešenih pritožb na prvi stopnji, število zahtev za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic.

Preostali kazalniki, ki jih lahko uvrstimo med kazalnike uspešnosti, lahko razdelimo med kazalnike izidov zdravljenja in kazalnike povezane s preventivnimi programi oz. pregledi. Med prve sodijo: Pravilnost diagnoze in optimalno terapevtsko odstopanje; Razlika stanja bolečine med začetno in končno obravnavo (po VAS), Število neželenih dogodkov/incidentov; Število poslabšanj po zaključeni obravnavi; Delež umrlih pacientov; Število reanimacij in smrti med nujnim reševalnim prevozom. Mnogo kazalnikov izidov zdravljenja je specifičnih glede na vrsto bolezni: Delež astmatikov, ki dosega ciljni Tiffenaujev indeks nad 0,7; Delež bolnikov z doseganjem HbA1c do 8% - ; Uspešnost kardiopulmonalnega oživljanja I. (število vzpostavitev pulza na terenu/število vseh oživljanj); Uspešnost kardiopulmonalnega oživljanja II. (število odpuščenih pacientov/število vseh oživljanj); Razlika med začetnim in končnim merjenjem sklepne gibljivosti pri poškodbah in operacijah.

Med kazalniki uspešnosti, povezanimi s preventivnimi programi, je pomembno omeniti: Delež opravljenih preventivnih pregledov žensk, Število izvedenih obiskov nosečnic na podlagi prejetega obvestila oziroma na podlagi števila znanih rojstev; Število obiskanih nosečnic pred 37. tednom; UZ preiskava v zgodnji nosečnosti do 12. tedna; Število dogodkov na temo promocije zdravja v lokalni skupnosti; Zmanjšanje obsega pasu za 5% od prve do zadnje meritve; Število pokajenih cigaret ob koncu delavnice, Delež otrok do 19. leta z nobenim ekstraspiriranim prvim stalnim kočnikom; Delež precepljenosti (po NIJZ) za predpreteklo leto za predšolske in šolske otroke.

Navedeni kazalniki ZD se bistveno razlikujejo od spremljanih kazalnikov v bolnišnicah. Zdravstveni domovi nimajo določila MZ o poročanju kazalnikov, spremljanje pa jim narekuje zahteve mednarodnih standardov ISO. Medtem, ko MZ od bolnišnic zahteva spremljanje in poročanje nekaterih kazalnikov, kot so: razjede zaradi pritiska, padci, kazalniki v

operacijskih sobah, MRSA, higiena rok in drugi, ki po vsebini niso primerljivi in uporabni na primarnem nivoju zdravstvene dejavnosti.

Raziskava kaže, da je uspešnost zdravstvenega sistema težko merljiva. Izid zdravljenja v svojem poročilu omenja le eden izmed 26. ZD, le šest ZD pa v svojih letnih poročilih omenja kazalnike uspešnosti (n=10). Nekaj ZD omenja uspešno obvladovanje tveganj (n=8), ki zagotovo vpliva na uspešnost zdravljenja in bi jo lahko šteli v kategorijo uspešnosti po OECD, kakor tudi v kategorijo varnosti. Večna poročanja o uspešnosti se torej ne navezuje na uspešnost zdravljenja, kar sugerira nadgradnje sistema poročanja ZD. Bolj zadovoljivo sliko kažejo kazalniki kakovosti na nivoju ZD, saj vključujejo več kazalnikov uspešnosti kot letna poročila. Koliko zdravstvenih domov z integriranim sistemom vodenja kakovosti spremlja kazalnike, ne vemo natančno, saj nam jih je sezname kazalnikov posredovalo le 14 ZD, trije ZD pa imajo sezname kazalnikov objavljene v letnih poročilih.

Literatura

- Coulter, A., 2017. Measuring what matters to patients. OECD Health ministers commit to patient reported measures of performance. *BMJ*, 356(j816), pp. 1-2.
- EUR-Lex, 2014. *Zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenih sistemov Evrope*. [online] Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:2901_2 [Accessed 27 February 2020].
- European Commission, 2014. *Expert panel on effective ways of investing in health: Future EU Agenda on quality of health care with a special emphasis on patient safety The EXPH*. [pdf] European Commission. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/006_safety_quality_of_care_en.pdf [Accessed 27 February 2020].
- Kelley, E. & Hurst, J., 2006. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. *OECD Health Working Papers*, 23, doi: 10.1787/440134737301
- Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A. & Simič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Macur, M., 2013. Quality in health care: possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users. *Quality and Quantity*, 47, pp. 1703-1716, doi: 10.1007/s11135-011-9621-z.
- Macur, M., 2018. Anketiranje pacientov kot orodje za večjo odzivnost v zdravstvu. In: J. Starc ed. *Izzivi globalizacije v družbeno-ekonomskem okolju: zbornik prispevkov. Novo mesto, 17. maj 2018*. Novo mesto: Fakulteta za ekonomijo in informatiko, pp. 306-307.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017. *Health Care Quality Indicators. Progress Reports on PaRIS Initiative HCQI*. Paris: Directorate for employment, labour and social affairs, Health Committee.
- Robida, A., 2009. *Pot do odlične zdravstvene prakse*. Ljubljana: GV Planet.
- Sinuff, T., Dodek, P., You, J.J., Barwich, D., Tayler, C., Downar, J., Hartwick, M., Henry, T.S., Heyland, D.K. & Frank, C., 2015. Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of Conceptual Framework and Quality Indicators. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), 1070-1080. 10.1016/j.jpainsymman.2014.12.007.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Izkušnje diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov na področju skupnostne obravnave uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc

Registered Nurses' experiences in the Community Treatment of Drug Users and New Psychoactive Substances

Robert Medved⁴⁹

Aleš Zajc⁵⁰

dr. Branko Bregar⁵¹

Izvleček

Teoretična izhodišča: V letu 2017 se je v Sloveniji pričel izvajati projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. Zaposlenih je bilo 10 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, ki so postali tudi nosilci zdravstvene obravnave. Večinoma delujejo brez zaposlenega odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, zato se srečujejo z mnogimi izzivi, kjer so pogosto v dilemi ali so njihove formalne kompetence ustrezne. Namen raziskave je bil ugotoviti mnenje izvajalcev zdravstvene nege o izzivih in odgovornostih s katerimi se srečujejo pri svojem delu.

Metoda: Raziskava je temeljila na opisni kvalitativni raziskovalni metodologiji z uporabno delno strukturirane-ga intervjuja. V namenskem vzorcu je sodelovalo 7 izvajalcev zdravstvene nege, zasičenost se je pojavila po petem udeležencu. Analizo empiričnega gradiva je bila narejena z opisno konvencionalno vsebinsko analizo besedila.

Rezultati: Identificirana je bila kategorija »izzivi« s tremi podkategorijami »opolnomočenje uporabnikov«, »sprememba položaja« in »specializacija kadra«, kar kaže na to, da je delo medicinskih sester in zdravstvenikov kompleksno in visoko specializirano ter tudi potrebno.

Razprava: Izzivi kažejo na to, da je mobilna enota za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog, dopolnitev obstoječe mreže skrbi. V Sloveniji se opisana oblika dela šele uveljavlja. Diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki potrebujejo nova in specializirana znanja, da bodo lahko kar najbolje izkoristili svoje vire pri delu z uživalcem drog.

Ključne besede: diplomirana medicinska sestra in zdravstvenik, koordinatorji, zdravstvena obravnava, skupnostna obravnava, izzivi zdravstvene nege

Abstract

Theoretical basis: In 2017, the project development and upgrade of a network of mobile units for prevention and harm reduction in the field of illicit drugs began in Slovenia. Ten registered nurses were employed for this purpose. They also became coordinators of the program. Mostly working without a superintendent, they experience many challenges in their work and are often faced with dilemmas about the adequacy of their formal competencies. The purpose of the research was to find out the nursing care provider's opinions about the challenges and responsibilities they face in their line of work.

Methods: The research was based on qualitative descriptive methodology with the use of a semi-structured interview. Seven nursing care providers were selected based on purposive sampling, with saturation being achieved after a fifth participant. A conventional content analysis method was used to analyze empirical evidence.

Results: The main category »challenges« was identified and then subcategorized in additional three sub-categories »user empowerment«, »change of position«, and »personnel specialization«. These categories

⁴⁹ Robert Medved, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija, robert.medved0192@gmail.com

⁵⁰ Aleš Zajc, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija

⁵¹ doc. dr. Branko Bregar, dipl. zn., Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija

indicate that the work of nursing care providers is very complex, highly specialized, and also very much required.

Discussion: Challenges indicate that the mobile units for prevention and harm reduction in the field of illicit drugs are a positive addition to an existing network of care. In Slovenia, the aforementioned form of work is still in its infancy. Nursing care providers need additional, specialized knowledge to maximize efficiency when working with drug addiction.

Keywords: *registered nurse, coordinators, medical treatment, community treatment, the challenges of nursing*

1 Uvod

Leta 2017 se je pričel izvajati projekt Razvoj in nadgradnja mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog, ki traja do leta 2022 (Ministrstvo za zdravje, 2019). V projekt je vključenih več vladnih in ne vladnih organizacij, ki delujejo na področju zmanjševanja škode v mobilnih enotah (Zdrava pot, Svit, Stigma, Socio, Šent), preventivi/socialni rehabilitaciji v mobilni enoti (Projekt Človek, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog Ljubljana), substitucijskem zdravljenju v mobilni ambulanti (Zdravstveni dom (ZD) Slovenj Gradec, ZD Ptuj) in testiranju snovi v mobilnem laboratoriju (DrogArt). V ta namen je bilo zaposlenih deset diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov (Ministrstvo za zdravje, 2019; Medved 2019; Medved in Bregar, 2019). Za učinkovito zdravstveno-socialno obravnavo populacije uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc, morajo medicinske sestre posedovati dodatna specialna znanja (Go, et al., 2011), ki običajno presegajo kompetence, ki si jih izvajalci zdravstvene nege pridobijo na dodiplomskem izobraževanju (Bregar, et al., 2013). Zhuang in sodelavci (2014) menijo, da lahko medicinska sestra s poznavanjem različnih terapevtskih metod (npr. kognitivne vedenjske terapije) bistveno pripomore k izboljšanju življenjskega sloga uporabnikov. V Angliji in na Nizozemskem imajo jasno opredeljene kompetence in znanja, katera mora imeti medicinska sestra za delo z ljudmi v obliki skupnostne mobilne obravnave, zato imajo urejena izobraževanja za medicinske sestre, tako na dodiplomskem kot na podiplomskem nivoju (Kent & Burns, 2005; Snowden, 2010; van Veldhuizen & Bähler, 2013).

1.1 Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti mnenje izvajalcev zdravstvene nege o izzivih in odgovornostih s katerimi se srečujejo pri svojem delu v projektu mobilnih enot za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc.

2 Metode

Uporabili smo opisno kvalitativno raziskovalno metodo, ki omogoča širšo razlago proučenih fenomenov (Creswell, 2013).

2.1 Opis instrumenta

Kot metoda zbiranja podatkov je bil uporabljen delno strukturiran intervju. Pred izvedbo le tega smo pripravili vodilna odprta vprašanja: »Kateri program projekta izvajate?«, »Kako ocenjujete svoje delo v vašem programu?«, »Kaj vam pri delu z uporabniki predstavlja izziv?«, »Katere so najpogostejša težave s katerimi se srečujete pri svojem delu?«, »Kakšen

odnos imate z uporabniki?«; »Kako vidite prihodnost projekta na katerem delujete in nadaljnje potrebe po izvajanju takšnega načina dela?«

Polstrukturirani intervju omogoča, da smo med intervjuji fleksibilni in se odzivamo na tisto, kar udeleženec pozna. Z vodilnimi vprašanji ohranjamo fokus našega zanimanja, poleg tega lahko zastavljamo različna podvprašanja, ki nam omogočajo, da spoznamo globino in bistvo problema, kot ga razume posamezni udeleženec (Mesec, 1998).

2.2 Opis vzorca

Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit & Beck, 2012). V vzorec smo vključili štiri diplomirane medicinske sestre in tri diplomirane zdravstvenike, ki izvajajo projekt Razvoja in nadgradnje mreže mobilnih enot za izvajanje preventivnih programov in programov zmanjševanja škode na področju prepovedanih drog. Splošno je sicer priporočljivo vključevanje večjega števila udeležencev, toda kljub vzorcu le sedmih udeležencev smo po petih intervjujih zaznali zasičenost podatkov. Za slednje je značilno, da nastopi takrat, ko na novo pridobljeni podatki več ne pripomorejo k dodatnemu pojasnjevanju problema oziroma namena raziskovanja (Vogrinc, 2008). Vse intervjuvane medicinske sestre izvajajo program zmanjševanja škode pri uporabnikih prepovedanih drog v mobilnih enotah. Dva diplomirana zdravstvenika izvajata program za substitucijsko zdravljenje v mobilnih ambulantah in eden diplomiran zdravstvenik izvaja program mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. Povprečna starost intervjuvanih strokovnjakov je bila 35,6 let. Večina strokovnjakov ima od 4 do 5 let delovnih izkušenj. Izstopata dva strokovnjaka z 21 in 35 let delovnih izkušenj.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Udeležencem, ki so sodelovali v intervjuju smo pred samim intervjujem pojasnili namen in cilje raziskave, potek raziskave, način varovanja in pomen zaupnosti podatkov. K intervjuju so udeleženci pristopili prostovoljno, pojasnjeno jim je bilo tudi, da od njega lahko odstopijo kadarkoli, prav tako so podpisali soglasje za izvedbo raziskave. Udeležence smo intervjuvali v prostem času. Pred izvajanjem intervjujev smo udeležence obvestili o snemanju pogovora s snemalnikom. Intervjuje s strokovnjaki smo opravili marca 2020. Po izvedenih intervjujih smo izvedli transkripcijo posnetkov, kjer so izjave strokovnjakov ostale nespremenjene. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize besedila (Hsieh & Shannon, 2005), ki poteka v več korakih. Najprej smo vsak intervju večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali inicialne kode, ki smo jih smiselno vsebinsko povezali v podkategorije in oblikovali kategorije.

3 Rezultati

Glede na analizo podatkov smo identificirali kategorijo »izzivi« s tremi podkategorijami (Tabela 1).

Tabela 1: Prikaz izjav, kod, podkategorij in kategorij udeležencev v raziskavi

Kategorija/ Category	Podkategorija/ Subcategory	Kode/ Codes	Značilne izjave za določeno kodo
Izzivi	Opolnomočenje uporabnikov	Stik Pogovor Vzpodbujanje Povezovanje Pomoč	»Prepričati uporabnike, da se vključijo v detoksikacijske programe in sodelovanje z drugimi ustanovami.« »Želim pomagati uporabnikom, da postanejo popolnoma samostojni in neodvisni od pomoči drugih in da se zaposlijo.«
	Sprememba položaja	Zmanjšanje stigme Dostojanstvo Pozicija	»Postopno zmanjševanje stigme.« »Kot diplomirana medicinska sestra, bi si morala izboriti svojo pozicijo v programu.«
	Specializacija kadra	Izobraževanje Usposabljanje Pridobivanje novih kompetenc	»Želim si razširiti znanje na tem področju, predvsem v smislu terapevtskega dela ter izvajanjem motivacijskega intervjuja.« »Vidim potrebo po izobraževanju študentov in tudi širše javnosti o uporabnikih prepovedanih substanc.«

3.1 Izzivi

Izzivi so osrednja kategorija, ki smo jo identificirali pri analizi empiričnega gradiva. Izzivi udeležencev se pojavljajo na več področjih dela, ki jih opisujejo podkategorije (Tabela 1). Opolnomočenje uporabnikov opisujejo kode: pogovor, vzpodbujanje, povezovanje in pomoč. Udeleženci so prepoznali svoj pomen pri delu z uporabniki v mobilnih enotah v vzdrževanju in spodbujanju stika z uporabniki, med njimi in ostalimi institucijami, s ciljem, da postanejo opolnomočeni pri iskanju pomoči, kar najbolje opisuje izjava:

»Želim pomagati uporabnikom, da postanejo popolnoma samostojni in neodvisni od pomoči drugih in da se zaposlijo.«

Spremembo položaja opisujejo kode, ki opisujejo stanja pri uporabnikih kot pri udeležencih. Stik z uporabniki v njihovem okolju omogoča bolj neposredno delo, saj se dogaja v njihovem okolju, kjer nimajo občutka stigmatizacije. Gre za bolj neposreden stik, ki sicer ne bi bil tako kakovosten in odkrit, če bi uporabniki iskali pomoč v instituciji. Zato udeleženci prepoznava delo na destigmatizaciji kot eno izmed svojih osrednjih aktivnosti:

»Postopno zmanjševanje stigme.«

Projekt mobilnih enot od zdravstvenih delavcev vključuje le medicinske sestre in zdravstvenike za aktivnosti in intervencije s področja zdravstvenih težav uporabnikov. Pri sodelovanju z drugimi kadri, se je pokazalo, da je sodelovanje prineslo izzive, zlasti na področju

kompetenc in vodenja uporabnikov, kjer pa zdravstveni kader prepoznava, da bo moral svoj pomen še dokazati (pozicija):

»Kot diplomirana medicinska sestra, bi si morala izboriti svojo pozicijo v programu.«

Zadnji izziv na področju dela medicinskih sester in zdravstvenikov predstavljajo nova znanja, ki smo jih označili s podkategorijo specializacija kadra. Udeleženci prepoznajo mnoge priložnosti za nova znanja z namenom, da bodo lahko postali bolj kompetentni in avtonomni, pri svojem delu. Delo z uporabniki zahteva pridobivanje novih kompetenc, ki so umerjena v motivacijo, obvladovanje terapevtskega dela in izobraževanje sodelavcev:

»Želim si razširiti znanje na tem področju, predvsem v smislu terapevtskega dela ter izvajanjem motivacijskega intervjuja.«

»Vidim potrebo po izobraževanju študentov in tudi širše javnosti o uporabnikih prepovedanih substanc.«

4 Razprava

Udeleženci, diplomirane medicinske sestre / zdravstveniki so v naši raziskavi kot enega izmed temeljnih izzivov navedli željo po tem, da uporabnikom pomagajo pri vzpostavitvi abstinence ter jih motivirajo, da se vključijo v substitucijske programe. Kidorf in sodelavci (2011) ter Peritogannis in sodelavci (2017) so v svojih raziskavah prišli do spoznanja, da programi mobilnih enot, ki delujejo na področju preventive in zmanjševanje škode, uspešno usmerjajo paciente v programe detoksikacij ter jih motivirajo za pozitivne spremembe.

Zmanjševanje stigme je ključni dejavnik ter eden izmed večjih izzivov pri zdravljenju odvisnosti, s čimer se strinjajo tudi udeleženci v raziskavi. Poglavitveni razlog zakaj uporabniki ne gredo po zdravstveno pomoč je stigmatizacija, diskreditacija in strah pred izgubo dostojanstva (Birtel, et al., 2017; Corrigan, et al., 2009), kar so prepoznali tudi naši intervjuvanci. Odvisnost je potrebno obravnavati tako kot ostale kronične bolezni in ne kot pomanjkljivost v karakterju posameznika (U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2016).

Pridobivanje novih specialnih znanj in ekspanzija obstoječega znanja intervjuvane osebe smatrajo kot velik izziv zaposlenih v mobilnih enotah. Večina udeležencev se je strinjala, da so podiplomski specialistični študiji na področju psihiatrije, psihologije, odvisnosti in edukacije več kot smiselni. S tem bi zvišali raven odgovornosti in kompetentnosti diplomiranih medicinskih sester (Bergh, et al., 2013), ki bi tako lahko po našem mnenju razbremenili zdravnike, ki jih v sistemu primanjkuje. Kader je pri delu z odvisniki premalo izobražen tako na področju motivacijskega intervjuja, kot tudi na področju kognitivno-vedenjske terapije (Amodeo, et al., 2011). Avtorji razisave iz Kitajske (Zhuang, et al., 2014) menijo, da bi zdravstveni delavci s poznavanjem različnih terapevtskih metod bistveno pripomogli k izboljšanju življenjskega sloga uporabnikov.

Udeleženci, zaposleni v mobilnih enotah projekta, ki se pri nas šele uveljavlja, so prepoznali mnoge izzive pred katere so postavljeni. V kratkem času dela v projektu so prepoznali področja dela, ki zahtevajo za kompetentno in samostojno delo, tudi nova znanja iz terapevtskega dela, motivacije in edukacije. Specializacija medicinskih sester in zdravstvenikov na tem področju je nujna tudi v našem prostoru.

Literatura

- Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., Rose, D., Chassler, D., Beltrame, C. & D'Ippolito, M., 2011. Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Evaluation and program planning*, 34(4), pp. 382-389.
- Bergh, A.L., Persson, E., Karlsson, J. & Friberg, F., 2014. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education--focusing on aspects of competence. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(3), pp. 523-536.
- Birtel, D.M., Wood, L. & Kempa, J.N., 2017. Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252, pp. 1-8.
- Bregar, B., Živič, Z., Jambrošič, I., Lapanja, A., Roljić, S., Stopar Stritar, A., Stevanović, N. & Peterka Novak, J., 2013. Specializacije v zdravstveni negi: primer psihiatrične zdravstvene nege. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? Posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera - Quo Vadis*, 6. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 63-77.
- Corrigan, W.P., Kuwabara, A.S. & O'Shaughnessy, J., 2009. The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2), pp. 139-147.
- Go, F., Dykeman, M., Santos, J. & Muxlow, J., 2011. Supporting clients on methadone maintenance treatment: A systematic review of nurse's role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(1), pp. 17-27.
- Hsieh, H.F. & Shannon, S.E., 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277-1288.
- Kent, A. & Burns, T., 2005. Assertive community treatment in UK practice: Revisiting. Setting up an Assertive Community Treatment Team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(6), pp. 388-397.
- Kidorf, M., King, V.L., Pierce, J., Kolodner, L. & Brooner, K.R., 2011. Benefits of concurrent syringe exchange and substance abuse treatment participation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), pp. 265-271.
- Medved, R., 2019. Najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, in oseb z duševnimi motnjami v skupnostni obravnavi. *Revija za zdravstvene vede*, 6(4), pp. 52-65.
- Medved, R. & Bregar, B., 2019. Zdravstveno-socialna obravnava uporabnikov z boleznijo odvisnosti od prepovedanih drog v njihovem domačem okolju. In: K. Pesjak & S. Pivač, eds. *12. mednarodna znanstvena konferenca Izzivi in potrebe družbe na področju preventive in promocije zdravja na vseh ravneh zdravstvenega varstva, Hotel Astoria Bled, 6. junij 2019*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 96-101.
- Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Ministrstvo za zdravje, 2019. *Mreža mobilnih enot*. [online] Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasvojenosti_tobak_in_povezani_izdelki_alkohol_droge/prepovedane_droge/mreza_mobilnih_enot/ [Accessed 27 February 2020].
- Peritogiannis, V., Manthopoulou, T., Gogou, A. & Mavreas, V., 2017. Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(4), pp. 556-561.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Snowden, A., 2010. Integrating Medicines Management Into Mental Health Nursing in UK. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(3), pp. 178-188.
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2016. *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. Washington, DC: HHS.
- Van Veldhuizen, J.R. & Bähler, M., 2013. *Manual Flexible Assertive Community Treatment*. [pdf] Addiction Care Northern Netherlands. Available at: <https://www.eaof.org/factmanual.pdf> [Accessed 27 February 2020].
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Zhuang, S.M., An, S.H. & Zhao, Y., 2014. Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), pp. 1239-1248.

Razumevanje kategorizacije pacientov pri medicinskih sestrah – pilotna raziskava

Nurse understanding of patient classification system – a pilot study

Nina Pogačnik⁵²
Matej Pogačnik⁵³
dr. Brigita Skela Savič⁵⁴

Izvleček

Teoretična izhodišča: Literatura odpira vprašanja o kategorizaciji pacientov, njenih načinih in katera kategorizacija je najustreznejša. Namen raziskave je ugotoviti, kako diplomirane medicinske sestre razumejo kategorizacijo pacientov ter kako jo vsakodnevno uporabljajo.

Metoda: Zbrani so bili kvantitativni in kvalitativni podatki. Anketiranci so izvedli kategorizacijo šestih opisov stanj pacientov in odgovarjali na 29 vprašanj. Razdeljenih je bilo 42 vprašalnikov, vrnjenih 31 (74 %). Raziskava je potekala od 4. do 17. maja 2015 v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Podatki so bili obdelani z opisno statistiko.

Rezultati: Pri nobenem primeru ($n = 6$) vključeni v raziskavo niso izbrali pravih meril. Najboljši rezultat je bil le pri primeru III, pri katerem je 12 anketiranih izbralo pravilna merila. Pri preostalih petih primerih so bili rezultati slabši. Največ težav so imeli anketiranci pri merilih pretežno samostojen, pomoč pri zagotavljanju varnosti, nadzor na 2 do 3 ure in stalen nadzor.

Razprava: Rezultati so pokazali raven razumevanja kategorizacije, ki se uporablja pri vsakdanjem delu, ki je lahko v škodo pacientov. Glede na to, da sistem kategorizacije ni dovolj razumljiv, lahko paciente razvrstimo v napačno kategorijo. To vodi v prikaz nerealnega stanja potrebnih izvajalcev zdravstvene nege za določeno število pacientov. V večini primerov so pacienti dani v nižjo kategorijo oskrbe, kar pomeni manj kadra. V prihodnje bi bilo potrebno sam sistem kategorizacije prilagoditi specifičnim skupinam pacientov.

Ključne besede: Kategorizacija, pacient, kakovost, zdravstvo, zdravstvena nega, samooskrba

Abstract

Introduction: The literature raises many open questions regarding the categorization of patients, the possibilities of categorization and which categorization of a patient is the most appropriate. The purpose of this research is to find how nursing graduates understand the categorization of patients and how they use it daily.

Methods: Qualitative and quantitative data were collected. The responders categorized six patient status descriptions and answered 29 questions. 42 questionnaires were distributed and 31 were returned (74%). The study was conducted from the 4th to the 17th of May 2015 at the University Clinical Centre Ljubljana. The data were processed with the use of descriptive statistics.

Results: There was no case ($n=6$) in which the correct criteria were selected in this study. The best result was only in case III where 12 responders selected the correct criteria. In the other five cases, the results were worse. Respondents had the most difficulties with the criteria: mostly independent, assistance with assuring security, supervision every 2 to 3 hours, and constant supervision.

Discussion: The results show that the level of understanding of categorization that is used in everyday work is low which may be detrimental to patients. Given that the system of categorization is not sufficiently clear, patients can be easily categorized into the wrong group. This leads to a display of the unrealistic status of the required care providers for a given number of patients. In most cases, patients are placed in a lower category of care, which means not enough staff are available. In the future, the categorization system should be adapted to specific patient groups.

Keywords: categorization, patients, quality, health, nursing, self-care

⁵² Nina Pogačnik, dipl. m. s. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo, Slovenija, nina.pogacnik988@gmail.com

⁵³ Matej Pogačnik, dipl. zn., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Slovenija, matej.pogacnik88@gmail.com

⁵⁴ red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, bskelasavic@fzab.si

1 Uvod

Definicija kategoriziranja pacientov v zdravstveni negi je metoda razvrščanja pacientov v kategorije v določenem časovnem obdobju. Namen dela je predvsem ocenjevanje intenzivnosti zdravstvene nege. Florence Nightingale je bila ena prvih medicinskih sester (v nadaljevanju MS), ki je paciente razvrščala v kategorije glede na stopnjo intenzivnosti zdravstvene nege. S tem je lahko izračunala, koliko osebja potrebuje za nemoteno oskrbo pacientov (Petkovšek Gregorin & Karan, 2008). Sistem kategorizacije je bil na začetku uporabljen za določitev števila delovnega kadra in spremljanje opravljenega dela (Harper & McCully, 2007). Kasneje je bil sistem definiran kot kategorizacija pacientov glede na oceno zahtev zdravstvene nege, ki jo pacienti potrebujejo (Birru, 2013). Nato se je skozi tri desetletja močno spreminjal. V sedemdesetih letih 20. stoletja je sistem kategorizacije pacientov v zdravstveni negi določal število pacientov na eno MS, v osemdesetih letih je dodal še vpliv okolja na kategorizacijo (t. j. uporaba dodatne tehnologije, težavnost oskrbe pacientov) in kasneje v devetdesetih letih 20. stoletja so začeli upoštevati še kompetence MS ter izračun obremenitve dela MS glede na izmensko delo (Gallan Perroca & Ek, 2007).

Vsi sistemi kategorizacije pacientov v zdravstveni negi niso izpopolnjeni in imajo lahko veliko skritih napak. Sistem kategorizacije v zdravstveni negi se je razvil izven bolnišničnega okolja, brez kakršnega koli preizkušanja v delovni organizaciji. Vsak sistem kategorizacije pacientov v zdravstveni negi bi se moral razviti na enoti zdravstvene nege, saj bi se s tem najbolj prilagodil celotnemu delovnemu procesu in bi se tam tudi uporabljal (Yin Hoi, et al., 2010). V Sloveniji in po svetu ima večina zdravstvenih ustanov za izvajanje dnevne kategorizacije pacientov v zdravstveni negi ustrezno informacijsko podporo. Ta je največkrat računalniška aplikacija, ki na podlagi potrebnih negovalnih intervencij določi kategorijo pacientov v zdravstveni negi in vse podatke shrani v podatkovno bazo za arhiv. Kategorizacija pacientov v zdravstveni negi je izdelana z merili posamezne zdravstvene organizacije. Pri dnevnem razvrščanju pacientov v kategorijo in z merjenjem časa za izvedbo posrednih ter neposrednih aktivnosti v zdravstveni negi z računalniškimi aplikacijami izračunamo dnevno delovno obremenitev MS (Stričević, et al., 2011).

Sistem za kategorizacijo pacientov Perroca v Braziliji ima podoben cilj, vendar s to razliko, da lahko ovrednoti delovno obremenitev MS in s tem prilagodi kader, ki je potreben za oskrbo pacienta. Sistem je sestavljen iz devetih meril, s tem da se vsako merilo oceni od 1 do 4. Višja kot je ocena, več oskrbe potrebuje pacient (Riboldi, et al., 2016). Na Finskem pa uporabljajo svoj sistem kategorizacije pacientov v zdravstveni negi (angl. *Finnish care classification system*), ki je osredotočen na vsak bolniški oddelek posebej. Vsak oddelek ima merila kategorizacije, prilagojena zdravljenju pacienta z vidika zdravstvene nege. Nekateri oddelki imajo merila bolj osredotočena na bolečino, oskrbo rane in rehabilitacijo pacientov. S temi merili dokazujejo učinkovitost zdravstvene oskrbe (Mykkänen, et al., 2016). V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana se uporablja sistem kategorizacije San Joaquin, ki je preveden in prilagojen slovenski zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege. Omenjeni sistem kategorizacije pacientov v zdravstveni negi je namenjen vsem izvajalcem zdravstvene nege v bolnišničnem okolju (Robin, 2014). Vse kategorije, v katere MS razvrstijo paciente, so določene glede na prisotnost značilnosti in kritičnih kazalnikov:

- z vidika MS; določen obseg potrebne pomoči in podpora ali nadzor izvajalca zdravstvene nege pri pacientih;
- z vidika pacientov; stopnja pacientove samostojnosti in samooskrbe;
- z vidika pacientovih potreb; potreba po negovalnih intervencijah in zdravstveni negi (Železnik, et al., 2011).

Preden pacienta MS razporedi v določeno kategorijo, mora poznati njegovo stanje, ki mora ustrezati zahtevam merila, na katerega se nanaša kategorija zahtevnosti zdravstvene nege. Od vseh v nadaljevanju omenjenih 11 meril morajo biti izbrana samo tista, pri katerih so bile izvedene določene aktivnosti (SKZBZN (Stalna delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, 2011)).

Merila za kategorizacijo pacientov v zdravstveni negi:

1. pretežno samostojen,
2. delna pomoč pri osebni higieni,
3. popolna pomoč pri osebni higieni,
4. delna pomoč pri gibanju,
5. popolna pomoč pri gibanju,
6. delna pomoč pri hranjenju,
7. popolna pomoč pri hranjenju,
8. pomoč pri zagotavljanju varnosti,
9. aplikacija terapije (večkratna in/ali dolgotrajna),
10. nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje,
11. stalen nadzor (SKZBZN (Stalna delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, 2011)).

MS mora pridobiti čim več podatkov o pacientu in s tem oceniti odvisnost od tuje pomoči. Bolje kot MS pozna pacienta, boljše oskrbo bo lahko načrtovala (Nobre, et al., 2017).

1.1 Namen in cilj

Pri svojem delu se MS vsakodnevno srečujejo s sistemom kategorizacije pacientov v zdravstveni negi. S tem smo želeli ugotoviti, koliko diplomirane MS razumejo slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, katera merila pri kategorizaciji pacientov v zdravstveni negi so najmanj razumljiva in posledično privedejo do napačnih kategorizacij ter kateri dejavniki so tisti, ki najpogosteje vodijo do nepravilne izbire meril pri kategorizaciji pacientov v zdravstveni negi.

Na podlagi opredeljenih ciljev smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja.

1. Koliko MS razumejo slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege?
2. Katera merila slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege so nerazumljiva?
3. Kateri dejavniki so tisti, ki najpogosteje vodijo do nepravilne izbire meril pri kategoriziranju pacientov?

2 Metode

Pri raziskavi smo uporabili opisno neeksperimentalno metodo raziskovanja.

2.1 Opis instrumenta

Za potrebe raziskovalnega projekta smo razvili instrument, ki je temeljil na pregledu literature in priločnika SKZBZN (Stalna delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene

nege, 2011). Instrument je temeljil na primerih iz klinične prakse in ocenjuje razumevanje kategorizacije pacientov v zdravstveni negi. Primeri so bili predstavljeni na uvajalnem seminarju za novozaposlene. Vprašalnik je vseboval šest primerov in 29 vprašanj. Vprašanja so bila zaprtega tipa s ponujenimi možnimi odgovori. Eno izmed zaprtih vprašanj, ki preverja zadovoljstvo s trenutnim sistemom kategorizacije pacientov, je bilo vrednoteno po Likertovi lestvici z vrednostmi od 1 do 5 (kjer 1 pomeni sploh nisem zadovoljen, 2 – nisem zadovoljen, 3 – delno nisem zadovoljen/delno sem zadovoljen, 4 – zadovoljen sem in 5 – popolnoma sem zadovoljen). Zadnje vprašanje pa je bilo odprtega tipa, kjer so lahko anketirani podali svoje mnenje. Zanesljivost instrumenta je bila izmerjena po metodi Cronbach alpha in je 0,68, kar pomeni, da je vprašalnik primerno zanesljiv (Tavakol in Dennik, 2011).

2.2 Opis vzorca

Razdelili smo skupno 42 vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 70 % (31), od tega so bili trije neveljavni. V raziskavi je sodelovalo 27 diplomiranih MS ter štirje diplomirani zdravstveniki, zaposleni na obeh kliničnih oddelkih. V nadaljevanju jih imenujemo anketiranci. V raziskavi je sodelovalo 87,1 % žensk in 12,9 % moških. Povprečna starost anketirancev je bila 37,9 leta s povprečno delovno dobo 15,6 leta. Povprečni čas kategorizacije pacientov v zdravstveni negi pri anketirancih je 22 minut. Kljub majhnemu vzorcu smo presegli predvideno realizacijo vzorca.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od 4. do 17. maja 2015 na Ginekološki kliniki, Kliničnem oddelku za reprodukcijo in na Kliničnem oddelku za abdominalno kirurgijo v UKC Ljubljana. Pri raziskavi je bila zagotovljena anonimnost. Sprva smo pridobili soglasje za raziskavo od glavnih MS obeh oddelkov, nato od glavnih MS Ginekološke in Kirurške klinike ter nazadnje od skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana.

Kvantitativne podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS 20. Pri posameznih spremenljivkah smo uporabili opisno statistiko, pri kateri smo izračunali osnovne statistične parametre, kot so mediana, frekvenca, minimum in maksimum. Podatke smo tudi opisno predstavili.

3 Rezultati

V rezultatih so prikazani samo tisti primeri (trije od skupno šestih) in merila, ki odstopajo glede na pravilnost pri izbiri kategorij.

3.1 Primer I

Prvi primer govori o pacientu z MRSA, pri katerem se izvajajo izolacijski ukrepi. Pri izvajanju osebne higiene in gibanju v prostoru je samostojen, vendar ga hranimo po sondi petkrat dnevno. Zaradi hudega vnetja levega očesa je v zadnjih 24 urah dobil terapijo v obliki kapljic (skupaj 20krat).

Anketiranci so morali izbrati tri merila za kategoriziranje pacienta v zdravstveni negi (pravilna merila: delna pomoč pri osebni higieni, delna pomoč pri hranjenju in aplikacija terapije – večkratna in/ali dolgotrajna). Primer je pravilno rešil samo en anketiranec. Preostali so izbrali napačna merila, tako da primer ni bil uspešno rešen. Največkrat so izbrali napačno merilo 7 – popolna pomoč pri hranjenju zaradi dejavnika, da pacienta hranimo po hranilni sondi petkrat dnevno. Če je pacient pri preostalih aktivnostih pretežno samostojen, se ne upošteva omenjeno merilo popolna pomoč pri hranjenju SKZBZN (Stalna delovna

skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, 2011). Drugo najpogostejše napačno merilo, pretežno samostojen, pa se je pri anketirancih pojavilo v devetih primerih, kar predstavlja ponovno nepoznavanje izključevanja meril med seboj.

Le pet anketirancev je izbralo merilo 5 – delna pomoč pri osebni higieni, saj je pri pacientu potrebno izvajati izolacijske ukrepe zaradi varovanja sebe in/ali okolice.

3.2 Primer II

Pri vitalno ogroženem pacientu, ki je v enoti intenzivne terapije na monitorju, se beležijo vrednosti petih vitalnih funkcij na eno uro. Pacient je intubiran, umetno ventiliran in popolnoma odvisen od naše pomoči

V tem primeru je pravilno izbralo vsa merila pet anketirancev. Pravilna merila so bila popolna pomoč pri osebni higieni, popolna pomoč pri gibanju in nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje. Vsi preostali anketiranci, ki so merila izbrali napačno, so uporabili merilo stalen nadzor. Verjetno so ga izbrali zaradi informacije, da je pacient v enoti intenzivne terapije, intubiran in umetno ventiliran. Če bi bilo to merilo glede na omenjene dejavnike pravilno, bi bilo potrebno vsa preostala merila med seboj izključiti. Merilo stalni nadzor je izpolnjeno, kadar zdravstveno stanje pacienta zahteva stalno prisotnost izvajalca zdravstvene nege, pri katerem opazujemo, merimo ter dokumentiramo šest meritev, ki vključujejo vsaj štiri meritve vitalnih funkcij od tega štiri vitalne funkcije (krvni tlak, telesna temperatura, pulz, stanje zavesti, dihanje). Meritve se izvajajo pogosteje kot na dve ur. V svojem primeru smo imeli merjenje štirih vitalnih funkcij in meritev diureze, kar zadošča samo za merilo nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje.

3.3 Primer III

Pri tem primeru gre za pacientko pred laparoskopsko operacijo – odstranitev mioma. Na dan operacije ji izmerimo vitalne funkcije (krvni pritisk, pulz, telesna temperatura), pripravimo operativno polje. Pacientki apliciramo po enkrat per os in subkutano terapijo. Preverimo morebitno krvavitev iz nožnice, ocenimo bolečino in vse zapišemo. Zagotovimo ji zdravstvenovzgojno delo (pogovor o zaužitju hrane in pijače), pacientki damo navodila glede osebne higiene pred operacijo in jo opozorimo, naj pred posegom sama ne vstaja iz postelje zaradi morebitnega padca po aplikaciji terapije.

Pri tem primeru je 16 anketirancev izbralo pravilno merilo: pomoč pri zagotavljanju varnosti. Med napačnimi odgovori je bilo v desetih primerih izbrano merilo pretežno samostojen. Omenjeno merilo se uporabi, ko je pacient pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti samostojen, kar je sicer tudi pacientka v našem primeru. Vendar glede na to, da je v našem primeru pri pacientki zagotovljeno izvajanje zdravstvenovzgojnega dela (60 minut) ter vse potrebno dokumentiranje tega, se uporabi dejavnik pomoč pri zagotavljanju varnosti.

3.4 Zadovoljstvo s trenutnim sistemom kategorizacije

V raziskavi smo tudi z Likertovo lestvico ugotavljali zadovoljstvo s trenutnim sistemom kategorizacije pacientov v zdravstveni negi. Anketiranci niso zadovoljni s trenutnim sistemom kategorizacije (povprečna vrednost = 2,23, standardni odklon = 1,06). Svoja mnenja in možnosti za spremembo so nekateri anketiranci pri trenutnem sistemu kategorizacije napisali v zadnjem vprašanju anketnega vprašalnika.

3.5 Različna mnenja anketirancev o sistemu kategorizacije pacientov

Po pregledu vseh anketnih vprašalnikov smo izpostavili dve različni mnenji, v nadaljevanju dobesedno navedeni, ki opisujeta izkušnje, poglede ter nadaljnje usmeritve kategorizacijskega sistema.

Mnenje 1: »Glede na to, da se iz kategorizacije, oziroma, da je kategorizacija eden od kriterijev za izračun kadrovskih potreb, se s tem sistemom absolutno ne strinjam. Kajti preveč storitev je zajetih v kategoriji – pretežno samostojen. Paciente težko razvrstimo po skupinah, saj vsak pacient potrebuje drugačen pristop za isto obravnavo in se moramo sproti prilagajati pacientovim potrebam. To vključuje: čas obravnave, zdravstveno vzgojno delo, svetovanje in pomoč.«

Mnenje 2: »Trenutni parametri več ne ustrezajo dejanskemu stanju. Razvoj zdravstvene nege in medicine je povzročil nenehno prilagajanje nastalim situacijam. Trenutno jim parametri oziroma merila ne ustrezajo več in bi bile potrebne temeljite spremembe. Npr. sistem kategoriziranja pacientov v UKC Ljubljana je poenoten in ne pokaže realne slike stanja pacienta in posledično tudi potrebe po zdravstvenem kadru.«

Mnenja anketirancev so si dokaj enotna, saj so čas obravnave posameznega pacienta izpostavili kot dejavnik za pravilno kategorizacijo pacientov. Druga skupna točka mnenj pa je bila, da je potrebno obstoječi sistem kategorizacije pacientov v zdravstveni negi prilagoditi vsakemu oddelku posebej.

4 Razprava

V slovenski in tuji literaturi je bilo veliko napisanega o kategorizaciji pacientov v zdravstveni negi in njenih različnih sistemih, vendar nikjer ni opredeljeno razumevanje samega sistema kategorizacije. Glede na to, da so kategorizacijski sistemi zahtevni in potrebujejo določeno znanje, je vsebinska razlaga posameznega merila in kategorije kategorizacije v veliko pomoč pri izvajanju postopka kategoriziranja pacientov. Da bi razumeli sistem kategorizacije pacientov, smo oblikovali instrument zbiranja podatkov, ki bi bil obenem tudi test, saj so morali anketiranci pri vsakem primeru izpostaviti merilo, s katerim bi pacienta razvrstili v določeno kategorijo. Za lažjo pomoč pri reševanju primerov smo v oklepaju navedli, koliko meril je pomembnih, da pacientu lažje določimo kategorijo. Uporabili smo 11 meril, ki določijo posameznemu pacientu določeno kategorijo, in dejavnike, na podlagi katerih so anketiranci izbrali določeno merilo glede na primer pacienta.

Iz naše raziskave je bilo mogoče ugotoviti, da anketiranci prav tako ne razumejo oziroma delno razumejo sistem kategorizacije, saj ne vedo, v katero merilo spada zdravstveno-vzgojno delo. Prav tako ne razumejo meril, kot so pretežno samostojen, pomoč pri zagotavljanju varnosti, nadzor na 2 do 3 ure/neposredno opazovanje in stalen nadzor. Anketiranci niso seznanjeni z vsebino določenih meril in ne vedo točno, katera merila se med seboj izključujejo. Prav tako je bilo ugotovljeno, kaj pripelje do napačnega razvrščanja pacientov v kategorije. Po pregledu tako slovenskih raziskav kot tudi tujih nismo nikjer našli raziskave, s katero bi lahko naredili primerjavo, saj je po svetu več tisoč sistemov kategorizacije. Že samo v Sloveniji, kot nam je znano, se uporabljata dva sistema kategorizacije: Mariborski sistem kategorizacije v Mariborskem kliničnem centru in sistem kategorizacije San Jaquin, ki se uporablja v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (SKZBZN (Stalna delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo

zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, 2011)). Za preostale bolnišnice v Slovenije nismo našli vrste sistema kategoriziranja pacientov.

Po ugotovitvah je do takih rezultatov prišlo zaradi pomanjkljivosti v sistemu kategorizacije pacientov, saj ni prilagojen posameznim oddelkom. Posledično dobimo pri kategorizaciji pacientov drugačne rezultate, kot je dejansko stanje na oddelkih. S tem se prikaže, da je na kliniki zadostno število zdravstvenega kadra. Vsi, ki vsakodnevno delamo v kliničnem okolju in se s kategorizacijo vsakodnevno srečujemo, pa vemo, da so v sistemu ogromne pomanjkljivosti, ki bi jih bilo potrebno čim prej prilagoditi vsakemu oddelku posebej. Le s tem bi dobili realen prikaz pravilne kategorizacije pacientov in potreben obseg zdravstvenega osebja. Zaposlene bi bilo dobro vključiti v različne delavnice oziroma izobraževanja, kjer bi se na različnih primerih učili pravilnega kategoriziranja, seveda bi bilo pred tem potrebno prilagoditi sisteme kategorizacije vsakemu oddelku posebej.

V prihodnje bi bilo smiselno izvesti samo kvalitativni del raziskave. Pri tem bi naredili fokusne skupine. Z njimi bi pojasnili, zakaj se MS pri posameznih primerih tako pogosto napačno odločijo za dejavnike in merila. Prav tako si bomo prizadevali oziroma si želimo, da bi vse dosedanje ugotovitve lahko predali službi, ki je zadolžena za kategorizacijo pacientov v zdravstveni negi, in bi s skupnimi močmi razširili ter sprožili postopek nadgradnje obstoječega sistema kategorizacije pacientov. Le s tem bi lahko prikazali realno stanje oziroma kategorije pacientov na posameznih oddelkih ter potrebe po številu kadra na določenih oddelkih.

Literatura

- Birru, D., 2013. *Patient classification study 2013*. Oman: Sultan Qaboos University Hospital, Directorate of Nursing.
- Gallan Perroca, M. & Ek, A.C., 2007. Utilization of patient classification systems in Swedish hospitals and the degree of satisfaction among nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 15, pp. 472-480.
- Harper, K. & McCully, C., 2007. Acuity System Dialogue and Patient Classification System Essentials. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), pp 284-299.
- Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K., 2016. Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management. *Nursing informatics*, (225), pp. 466-470.
- Nobre, I.E.A.M., Barros, L.M., Gomes, M.L.S., Da Silva, L.A., Da Silva Lima, I.C. & Caetano, J.A., 2017. Fugulin patient classification system: medical clinic assistance Profile. *Journal of Nursing*, 11(4), pp. 1736-1742.
- Petkovšek Gregorin, R. & Karan, K., 2008. Razvrščanje pacientov v kategorije glede na zahtevnost bolnišnične zdravstvene nege. Categorisation of patients according to demands of hospital nursing care. *Rehabilitacija*, VII(1), pp. 33-36.
- Riboldi, C.D.O., Macedo, A.B.T., Mergen, T., Dias, V.L.M., Costa, D.G.D., Malvezzi, M.L.F., Magalhaes, A.M.M. & Silveira, D.T., 2016. Classification of Patient Care Complexity: Cloud Technology. *Nursing informatics*, (225), pp. 834-35.
- Robin, T., 2014. *Optimizacija razporeda dela z vidika kategorizacije pacienta: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Stalna delovna skupina Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego za Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, 2011. *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Priročnik (verzija 4)*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev MS, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Stričević, J., Pajnikihar, M., Kegl, B. & Harih, M., 2011. Pomoč ekspertnega sistema dex pri kategorizaciji hospitaliziranih otrok. In: M. Berkopec, ed. *3. dnevi Marije Tomšič ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega. Novo Mesto, 20.–21. januar 2011*. Novo Mesto: Splošna bolnišnica, Društvo MS, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo, pp. 79-90.
- Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education IJME*, 2, pp. 53-55.

- Vrečar, A. & Skela Savič, B., 2009. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege pri onkoloških pacientih v specialistični ambulantni obravnavi. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 171-182.
- Yin Hoi, S., Ismail, N., Chern Ong, L. & Kang, J., 2010. Determining nurse staffing needs: the workload intensity measurement system. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 44-53.
- Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B., Filej, B., Verbič, M. & Založnik, S., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane MS in zdravstvene tehnike v ambulantni družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza stroškovnih društev MS, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Training scheme for clinical skills mentors in Bosnia and Herzegovina

Duska Jović⁵⁵
Mediha Avdić⁵⁶
Nena Marković⁵⁷
Ines Katić-Vrdoljak⁵⁸

Abstract

Background: The Strengthening Nursing in BiH Project (ProSes) focuses, inter alia, on the formal and non-formal education of nurses. Within its purview, the project supported the development of the training program for clinical skills mentors in Bosnia and Herzegovina (BiH) in 2017 and its pilot implementation in 2019.

Method: The training was piloted during 2019 for 20 clinical skills mentors who are engaged at all nine public faculties in BiH with the nursing degree study programs. The training included seven modules on different aspects of adult education and was delivered by nurses. This article aims to assess the quality of piloted training. In this context, the feedback was collected from participants through 280 self-evaluation questionnaires for the analysis of which a descriptive methodology was used.

Results: The analysis of the data and information obtained from the questionnaires showed the following: (i) Nurses greatly benefit from peers' exchange. (ii) New teaching and mentoring skills were acquired (an increase in knowledge and skills concerning specific learning outcomes). (iii) New space for discussion was created – quality circles identified.

Discussion: The results show that the pilot training implementation was very successful with requests for the expansion of the program that were subsequently received. However, the pilot program's downside was a small test group. To make it sustainable, it is necessary to develop a mentoring and professional support network within all nine public faculties. This is in line with the evidence which underlines the lack of protected time and supportive infrastructure for the mentors to provide support in learning. The results obtained are a starting point for developing a mentorship scheme in BiH.

Keywords: *clinical skills mentor, nurse, training*

1 Introduction

Mentoring could be defined as “provision of support, assistance and guidance in learning new skills, adopting new forms of conduct and gaining new attitudes” (Myall, et al., 2008). In nursing, mentoring is introduced as a mean of assistance to nursing students in order for them to develop their competences and gain self-confidence (Huybrecht, et al., 2011). Mentors are to provide students with necessary know-how, skills and competences in various program stages and not just in the final one (Royal College of Nursing, 2017). Information from the literature pertaining to this field show that mentors are often poorly prepared and in need of additional training and support in order to carry out their role in working with students (Durham, et al., 2012). According to the curriculum, students spend 50% of their study program in practice, and therefore it is important to be given proper support from their mentors (Royal College of Nursing, 2016). Nursing and Midwifery Council (2008) demands mentors to prepare for their roles and undergo yearly training in order to maintain the competences. In BiH nursing faculties mentoring is performed by graduate nurses who are in the capacity

⁵⁵ **Duska Jović, MA**, Graduate Nurse, Nursing Study Program, Medical Faculty, Banja Luka University, The Republika Srpska, Bosnia and Herzegovina (BiH), duska.jovic@med.unibl.org

⁵⁶ **Mediha Avdić, MSc**, Graduate Nurse, Primary Healthcare Centre, Sarajevo Canton (PHCC), Federation of BiH, BiH, avdicmediha@gmail.com

⁵⁷ **Nena Marković, MA in European Studies**, ProSes Pillar 3 Manager, Fami Foundation, BiH, nena@fondacijafami.org

⁵⁸ **Ines Katić-Vrdoljak, MSc in Development Management**, Strengthening Nursing in BiH Project Manager (ProSes), Fami Foundation, BiH ines@fondacijafami.org

of teaching assistants or senior teaching assistants at their respective nursing faculties, and not mentors, working either full-time or as external staff. There is no additional training in the country that would allow a nurse to work as a mentor, either full or part-time. It is instead sufficient for them to meet the general and specific criteria for associate/teacher position (Jović, et al., 2018). In order to tackle this issue, ProSes developed a training program for BH clinical skills mentors in 2017 in accordance with their needs that were previously assessed. Following the motto 'For nurses by nurses, ProSes piloted the training program for BiH clinical skills mentors in 2019 (ToT) with the help of local and regional nurses.

2 Methods

The training programme included seven modules (in total 34 hours) focusing on different aspects of adult education that was implemented in three parts throughout 2019 (Zenica in May, Sarajevo in June and Banja Luka in September). This article aims to assess the quality of the piloted training program. In this context, a descriptive methodology was applied and feedback was collected from participants from all three parts of training. The self-evaluation questionnaires were developed and distributed before (with one closed-ended question with multiple choices) and after each module (with three questions: two close-ended and one open-ended question). In total 280 questionnaires were distributed. The Likert scale in five points was used for evaluation: (1) Poor; (2) Fair; (3) Average; (4) Good; (5) Excellent. The questionnaires were mainly designed based on learning outcomes for the respective modules. Besides, two questions were related to common benefit of training program and change in attitude. In addition, the questionnaire contained demographic information on respondents related to sex, age, and years of professional experience in clinical practice and mentoring, level of education, position at the faculty and estimation of previously undergone training.

2.1 The sample

Graduate nurses holding the position of clinical skills mentors at all nine BH public nursing faculties, (n=20) from BH (65% from FBH, 35% from RS), took part in the training (18 finalized the program). Table 1 shows the demographic characteristics of the respondents. The sample tested included predominantly female examinees (88,9%). The majority of them were 40-49 years of age (50%), 66,7% with 20-29 years of clinical work experience, and 100% had university level education (66,7 with a masters' degree). The rank of senior teaching assistant was held by 41,2% of them, while 35,3% worked as external teaching assistants. The largest percentage (38,9%) had 1-4 years of work experience in teaching students. 83% of mentors had not previously undergone any training.

Table 1: Demographic characteristics of the examinees (N=20)

Demographic characteristics	Number of examinees (N)	Percentage of examinees (%)
Sex		
M	2	10.0
F	18	90.0
Age		
≥ 50 yrs.	4	22.2
40-49 yrs.	9	50.0
30-39 yrs.	4	22.2
20-29 yrs.	1	5.6

Demographic characteristics	Number of examinees (N)	Percentage of examinees (%)
Clinical practice work experience		
≥ 30 yrs.	1	5.6
20-29 yrs.	12	66.7
10-19 yrs.	4	22.2
<10 yrs.	1	5.6
Level of education		
Nurse graduate	5	27.8
Master of science	12	66.7
PhD	1	5.6
Appointment at faculty		
Senior assistant	7	41.2
Assistant	4	23.5
External associate	6	35.3
Work experience in teaching students		
≥ 10 yrs.	3	16.7
5-9 yrs.	6	33.3
1-4 yrs.	7	38.9
<1 yr.	2	11.1
Previous education		
Yes	15	16.7
No	3	83.3

3 Results

Analysis of the data and information obtained from the questionnaires, showed the following (Table 2 and Graph 1): (i) Nurses greatly benefit from peers' exchanges; (ii) New teaching and mentoring skills were acquired (an increase in knowledge and skills with regard to specific learning outcomes), (iii) New space for discussion was created – *quality circles* identified.

Table 2: Usefulness of the training

Module	Title	Usefulness 1 (not useful) – 3 (useful)	Self-evaluation of learning outcomes 1 (poor) – 5 (excellent)	
			Before module	After module
Module 1	Adult Education and Learning Styles and Processes	2,89	3,21	4,75
Module 2	Methods in Adult Education	3	3,62	4,66
Module 3	Visualization and Presentation	3	3,41	4,80
Module 4	Communication as a Tool in Adult Education	3	4,00	4,74
Module 5	Importance and Methods of Evaluation in Adult Education	3	3,75	4,59
Module 6	Clinical Skills Mentor	3	3,11	4,79
Module 7	Gender Aspect	2,93	2,93	4,85

Figure 1: Rate “Excellent” (5) and “Good” (4) before and after the training (per each module from 1 to 7)

4 Discussion

It is clear that the nursing faculties in BiH are having difficulty organizing additional training for clinical skills mentors. Mentors use professional literature, internet and team meetings in order to prepare themselves for this role in the best possible way (Jović, et al. 2018). Most of our participants stated they had not been provided with adequate mentoring training (83%). The evidence suggests that students should be working with and alongside skilled and motivated practitioners who are able to role model best practices within the messy and unpredictable real world of health care (Clark & Casey, 2016). However, according to the same authors, in some areas there are some risks due to the lack of understanding of the centrality of the mentor role in ensuring a future nursing workforce which manifests in a lack of protected time and supportive infrastructure. Therefore, the partnership between universities and placement providers should be improved in order to take care of the mentors' workload aiming at ensuring protected time for learning support (Clark & Casey, 2016). This article shows that the pilot training implementation was very successful. Many of the partners requested an expansion of the training program. However, in order to make it sustainable it is necessary to develop a mentoring and professional support network within all nine public faculties with the strong commitment of their leaderships, where a group of clinical skills mentors (covering different levels of healthcare) should operate in each of the faculty. In particular, the attention should be raised about their workload (available time) and infrastructure⁵⁹. The results obtained are a starting point for developing a mentorship scheme in BH. In addition, the project supports academic development of the nurses through scholarship scheme (23 semesters supported for masters' programs students and 40 semesters for PhD programs students).

5 Conclusions

Our study showed that the mentors were very satisfied with the piloted training program, however there is a need to prepare a long-term sustainability plan which will enable continuous training for clinical skills mentors and increase their number and cover all three level of healthcare.

6 Acknowledgement

The research was conducted as part of the Strengthening Nursing in BiH Project (ProSes) implemented by the Consortium of Fami Foundation (Fondacija fami) and the Geneva University Hospitals (HUG) and supported by the Swiss Government.

⁵⁹ So far, the Strengthening Nursing in BiH Project (ProSes) purchased equipment for clinical skills cabinets for eight BH public, higher educational institutions. Thanks to highly sophisticated models – simulators and professional mentors, the cabinets facilitate nursing students to practice simple and complex diagnostic and therapeutic procedures and nursing interventions in real working environment.

References

- Clark, L. & Casey, D., 2016. Support for mentors-an exploration of the issues. *British Journal of Nursing*, 25(20), pp. 1095-1100.
- Durham, W.J., Kingston, P. & Sykes, C., 2012. Implementing a sign off mentor preparation workshop – A tripartite approach. *Nurse Education Today*, 32, pp. 273- 277.
- Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeysaegens, Y., De Tobel, D. & Mistiaen, W., 2011. Mentoring in nursing education: perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Education Today*, 31(3), pp. 274–278.
- Jović, D., Avdić, M. & Katić-Vrdoljak, 2018. Assessment of the needs for additional training for clinical skills mentors at the faculties with nursing studies in BiH. In: S. Pivač, et al., eds. *Inter-professional integration at different levels of healthcare: trends, needs and challenges. 11th International Scientific Conference, Bled, Slovenia, June 7th, 2018*. Jesenice: Angela Boškin Faculty of Health Care, pp. 83-88.
- Myall, M., Levett-Jones, T. & Lathlean, J., 2008. Mentorship in contemporary practice: the experience of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing* 17(14), pp. 1834–1842.
- Nursing and Midwifery Council, 2008. *Standards to support learning and assessment in practice. NMC Standards for mentors, practice teachers and teachers*. Available at: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-to-support-learning-assessment.pdf>
- Royal College of Nursing, 2016. *RCN Mentorship Project 2015: from today's support in practice to tomorrow's vision for excellence*. London: RCN. Available at: [file:///D:/Documents/Downloads/005454%20\(1\).pdf](file:///D:/Documents/Downloads/005454%20(1).pdf)
- Royal College of Nursing, 2017. *RCN guidance for mentors of nursing and midwifery students*. RCN. London: RCN. Available at: [file:///D:/Documents/Downloads/PUB-006133%20\(2\).pdf](file:///D:/Documents/Downloads/PUB-006133%20(2).pdf)

Effectiveness of evidence-based nursing educational materials for Kazakhstan undergraduate nursing students

Laura Kassym⁶⁰
 Almira Akhmetova⁶¹
 Zhuldyz Zhetmekova⁶²
 Mateja Bahun⁶³

Abstract

Background: Teaching the skills of evidence-based practice is a long-lasting process in nursing education, starting at the undergraduate level and continuing throughout the whole nursing carrier. Challenging moments in this process could vary depending on the country or region. However, the basic issue is appropriate learning materials for each level of nursing education and their effectiveness.

Objectives: In this study, we tried to measure the effectiveness of evidence-based learning materials for the undergraduate level of nursing students developed within the ProInCa capacity building project, co-founded by the Erasmus+ program of the European Union.

Method: The quasi-experimental study conducted during April-December 2019 in 4 Kazakhstani medical universities and 1 high medical college involving undergraduate bachelor first-year students of nursing faculty, questioned before and after the use of developed learning materials. The questionnaire "A knowledge, attitude and behavior to assess undergraduate evidence-based practice (EBP) teaching and learning" by Johnston, et al. was translated to Russian and Kazakh languages, adapted and utilized to measure the effectiveness of the used materials.

Results: In the first round of the survey, before the use of developed educational materials, a total of 67 out of 69 undergraduate first-year nursing students answered all 26 questions (response rate=97,1%). Forty per cent of respondents were in the groups with Kazakh language education and 60% in groups with education in the Russian language.

Overall points (mean value) on a five-point scale according to 4 domains of the survey were next: Knowledge (EBP-K) 2.5 out of 5.0, Attitudes toward evidence-based practice (EBP-A) 2.81 out of 5.0, Personal application and use of evidence-based practice (EBP-P) 2.80 out of 5.0, Future use of evidence-based practice (EBP-F) 3.59 out of 5.0.

At the second round of the survey, after using developed materials, there were significant changes in the next domains: Knowledge (EBP-K)- 4.6 out of 5.0 (increased for 2.1 points), Attitudes toward evidence-based practice 4.2 out of 5.0 (increased for 1.39 points) and Future use of evidence-based practice 4.6 out of 5.0 (increased for 1.01 points). All results show statistically important differences ($p < 0.0001$). The results of the last domain Personal application and the use of evidence-based practice (EBP-P) compared to the previous round showed minor changes 3.1 (increased for 0.3 points).

Discussion: We can summarize that developed materials improved the knowledge of students in the basic principles, ethics, methods, and process of evidence-based nursing and set the willingness to use evidence-based practice tools. However, access and acquisition of evidence, application to patient care, and overall use of evidence-based nursing in the past stay almost on the same level due to the absence of participant's clinical experience and the level of English language for reading the scientific evidence. Future studies need to observe the progress of graduate students in knowledge, attitude, and behavior towards before and after using the appropriate educational materials.

Keywords: *nursing education, evidence-based practice, learning materials, effectiveness*

⁶⁰ Laura Kassym, PhD, JSNC "Semey Medical University", Kazakhstan

⁶¹ Almira Akhmetova, Cand. Med. Sc., Associated Professor, JSNC "Semey Medical University", Kazakhstan

⁶² Zhuldyz Zhetmekova, MNS, JSNC "Semey Medical University", Kazakhstan, zhetmekova@gmail.com

⁶³ Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., viš. pred., Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia

1 Introduction

Evidence based practice is life-long problem-solving approach to the delivery of health care that integrates the best evidence from well- designed studies and integrates it with a patient's preferences and values and a clinician's expertise, which includes internal evidence gathered from patient data (Melnyk, et al., 2014). Knowledge of Evidence-Based Medicine, skills to perform searches for scientific data to evaluate their validity and to transform scientific data into practical solutions are necessary for health workers in their daily activities. Even though multiple positive outcomes are the result of evidence-based care, including improvements in healthcare quality, safety, and costs, it is not consistently delivered by clinicians in healthcare systems throughout the world (Melnyk, et al., 2018). As the authors (Ely, et al., 2005; Pravikoff, 2005; Titler, 2009; Melnyk, et al., 2012; Heikkila, et al., 2017) establish, the main barriers for implementation of EBP are high time consumption, inadequate EBP knowledge and skills, rigorous teaching process, organizational culture, lack of mentors and resources, resistance of leaders or colleagues, poor English skills, a heavy workload, a lack of internet access or databases access and insufficient time to read research, critically appraise evidence and implement new ideas in the workplace.

Since becoming independent, Kazakhstan has undertaken major efforts in reforming its post-Soviet health care system. Two comprehensive reform programmes were developed in the 2000s: the National Program for Health Care Reform and Development 2005-2010 and the State Health Care Development Program for 2011-2015 Salamatty Kazakhstan. Changes in health service provision included a reduction of the hospital sector and an increased emphasis on primary health care. However, inpatient facilities continue to consume the bulk of health financing, partly resulting from changing perspectives on decentralization, levels of pooling kept changing. After a spell of devolving health financing to the region level in 2000-2003, beginning in 2004 a new health financing system was set up that included pooling of funds at the region level, establishing the region health department as the single-payer of health services (Country Background Report for Kazakhstan, 2014). Since 2010, resources for hospital services under the State Guaranteed Benefits Package have been pooled at the national level within the framework of implementing the Concept on the Unified National Health Care System. Kazakhstan has also embarked on promoting evidence-based medicine and developing and introducing new clinical practice guidelines, as well as facility-level quality improvements. However, key aspects of health system performance are still in dire need of improvement. One of the key challenges is regional inequities in health financing, health care utilization and health outcomes, although some improvements have been achieved in recent years. Despite recent investments and reforms, however, population health has not yet improved substantially (Katsaga, et al., 2012).

The literature review conducted in Kazakhstan with in the revealed the next problems: deficiency of data on the implementation of evidence-based nursing to the different fields, contradictory character of findings. Authors of the review hoped that the work with foreign colleagues in some projects (ProInCa, Kazakhstani-Finnish master level courses in nursing) will help to optimize the quantity and quality of nursing research, to build the leadership capacity in nursing and increase the number of stakeholders in evidence-based nursing.

Project "Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services' Transition" co-founded by the Erasmus+ program of European union (ProInCa) aims to develop the sustainable innovation capacity of Kazakhstan's Medical Universities for the modernization of nursing. The project is coordinated by JAMK University of Applied Sciences from Finland and supported by the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan. One of the activities of project is to build the evidence-based practice skills

capacity in nursing students, who will be the changing agents in clinical nursing practice, education and science.

Teaching the skills of evidence-based practice is long lasting process in nursing education, started in undergraduate level and continuing throughout whole nursing carrier. Challenging moments in this process could vary depending on country or region, but basic issue is appropriate learning materials for each level of nursing education and their effectiveness. In an attempt to accelerate the implementation of evidence-based practice in nursing across the Kazakhstan, the needs for teachers established by analyzing the State educational standards (SCES) for bachelor and master degree nursing and current curriculums available for evidence based nursing (EBN), what established ground for preparing study materials for Kazakhstan teachers to teach EBN.

Objective was to evaluate the effect of the integration of evidence-based nursing learning materials developed within the ProInCa Erasmus capacity building project in nursing curriculum by measuring undergraduate nursing students' EBN knowledge, attitudes, personal application, and anticipated future use.

2 Methods

Quasi-experimental quantitative study was conducted in order to assess the effectiveness of developed learning materials for undergraduate nursing students. Educational materials were used to teach the students and included basic topics of evidence based practice such a stages of EBP, statement of PICO(T) based search questions, search in nursing data bases as PubMed, CINAHL, Cochrane library etc., principals of implementation of EBN, EBP ethics. Within the project ProInCa there were learning materials developed on evidence-based practice for the undergraduate and postgraduate nursing students in order to build the evidence-based practice competence during the academic studies of Kazakhstani nurses. Research was conducted during April-December 2019. Participation was voluntary and anonymous. Participants were questioned before and after participation in the lectures using the new educational materials.

2.1 Instrument

The questionnaire "A knowledge, attitude and behavior to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning» (Johnston, et al., 2003) was used with permission of author. It was adapted to nursing context, translated to Russian and Kazakh languages and used to measure the effectiveness of the used materials. Questionnaire was divided to 4 domains: Knowledge (EBP-K), Attitudes toward evidence-based practice (EBP-A), Personal application and use of evidence-based practice (EBP-P) and Future use of evidence-based practice (EBP-F). The questionnaire consisted of 26 questions using a 5-point Likert scale. The EBP-K section included 5 items (scores: 5–30), the EBP-A and EBP-P sections 6 items each (scores: 6–36), and there were 9 items regarding EBP-F (scores: 9–54).

2.2 Sample

There were 69 undergraduate bachelor first year students of nursing from 4 Kazakhstani Medical Universities (all together 6 in Kazakhstan) and 1 High Medical College (all together 6 in Kazakhstan) of study year 2018/2019 involved in EBN course with use of newly created educational materials. Total 67 out of 69 undergraduate first year nursing students answered the 26 itemed questionnaires (response rate = 97,1%) before and after the use of new educational materials. There were 97 % of females and 7% males. 40% of respondents were in

the groups with Kazakh language education and 60% in groups with education in Russian language.

2.3 Data analysis

All statistical analyses were conducted using SPSS program. Mean scores, percentage change, and standard deviations (SD) were calculated to describe the differences for EBP-K, EBP-A, EBP-P, and EBP-F at the pre- and post-stages. In the before and after comparison, paired t-tests were used to determine the significance of the difference, $p < 0.05$ was interpreted as statistically significant.

3 Results

At the first round of survey (before implementing new educational materials) overall mean points according to 4 domains of survey were next: Knowledge (EBP-K) 2.5 out of 5.0, Attitudes toward evidence-based practice (EBP-A) 2.81 out of 5.0, Personal application and use of evidence-based practice (EBP-P) 2.80 out of 5.0, Future use of evidence-based practice (EBP-F) 3.59 out of 5.0 (Table 1).

At the second round of survey, after using developed materials results showed significant changes in the next domains: Knowledge 4.6 out of 5.0 (increased to 2,1 points) Attitudes toward evidence-based practice 4.2 out of 5,0 (increased to 1.39 points) and Future use of evidence-based practice 4.6 out of 5.0 (increased 1.01 points). Results of last domain Personal application and use of evidence-based practice in compare to previous round showed minor changes 3.1 (increased to 0.3 point).

Table 1 presents the comparison of scores for the pre- and post-course surveys. Statistical significance for the difference between the pre- and post-course scores was detected for all four terms ($p < 0.0001$). The scores of EBP-K, EBP-P, EBP-F items significantly increased after the using EBN learning materials, which shows the improvement of the knowledge, personal use of EBP and intention to use it in future. The item EBP-A decreased, what shows the improvement of attitudes towards EBP.

Table 1: Comparison of scores between survey before and after using the learning materials

Items	Max No of points	Pre test	Pre test mean	Post test	Post test mean	p
EBP-K	25	16.43	2.5	23.37	4.6	<0.0001
EBP-A	30	25.37	2.8	15.94	4.2	<0.0001
EBP-P	35	19.55	2.8	21.89	3.1	<0.0001
EBP-F	45	32.31	3.59	41.26	4.6	<0.0001

On Figure 1 you may see the percentage of changes in scores, which after using the learning materials are EBP-F +49,88%, EBP-A +31,43% EBP-K +27,76%, EBP-P+7.80%.

Percentage of scores changes

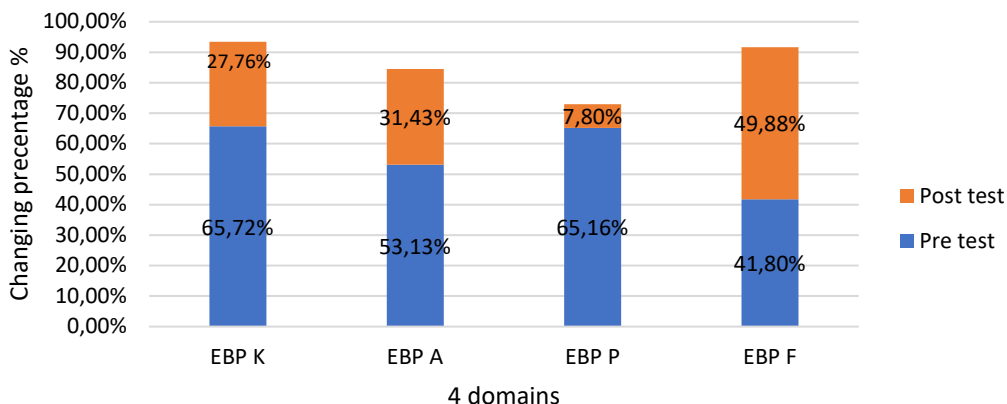


Figure 1: Percentage of scores changes after using the EBN learning materials

4 Discussion

This study was conducted within the project “Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services’ Transition” and co-funded by the Erasmus+ program of European union with aim to evaluate the effects of developed learning materials, developing the evidence-based practice skills in nursing student’s education in Kazakhstan. Results indicate that including the learning materials on early stages of nursing education could help the future nurses to understand the benefits of evidence-based practice and instill willingness to practice evidence-based practice and applying it on clinical practice. It also shows that materials developed in this project are well prepared. In respect that medical society worldwide accepts the evidence-based practice importance, the medical educators worldwide use plenty of methods for teaching the evidence-based practice skills for nursing students such as traditional lectures, e-learning methods, workshops and seminars (Sin & Bliquez, 2017; Horntvedt, et al., 2018).

EBP is the integration of the best research evidence with patients’ values and clinical circumstances in clinical decision making, thus teaching EBN should be evaluated and guided by evidence of its own effectiveness (Shaneyfelt, et, al., 2006). The nursing students in turn need the evidence-based nursing knowledge, skills and attitudes to be integrated in their clinical practice curriculums where appropriate learning materials are used. There is a similar study involving undergraduate medical students, what also shown the importance of evidence-based practices curriculum in medical education and recommended including the evidence-based medicine course for 5-year and 8-year education of physicians (Ma, et al., 2014).

In this study we used adapted questionnaires from Ma’s and colleagues’ study (2014), which conducted similar research (with similar ages and backgrounds as our student participants) at the University of Hong Kong. In comparison with it, our study shows less scores in pretest, but more significant increase in all items after the course with evidence-based nursing materials were implemented in education.

Limitations: Sample of students is small, so conclusions can’t be transferred (or must be done carefully) to the whole population of nursing students in Kazakhstan. But it gives us insight how can new materials improve different aspects in nursing students’ education.

5 Conclusions

We can summarize that developed materials improved the knowledge in the basic principles, ethics, methods and process of evidence-based nursing and set the willingness to use evidence-based practice tools. But, access and acquisition of evidence, application to patient care and overall use of evidence-based nursing is a great challenge still, due to the absence of participant's clinical experience and deficient level of English language knowledge for reading the scientific evidence. Future studies are needed. Materials should be constantly improved and upgraded and usefulness and student's advancement continuously monitored to observe the progress of graduate students in knowledge, attitude and behavior towards EBN.

Literature

- Country Background Report for Kazakhstan*, 2014. Astana: Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan JSC "Information-Analytic Center" OECD Review of Policies to Improve the Effectiveness of Resource Use in Schools (School Resources Review); 2014.
- Ely, J.W., Osheroff, J.A., Chambliss, M.L., Ebell, M.H. & Rosenbaum, M.E., 2005. Answering physicians' clinical questions: Obstacles and potential solutions. *Journal of American Medical Informatics Association*, 12(2), pp. 217–224.
- Heikkilä, J., Hopia, H., Hasselberg, J., Tiittanen, H. & Baighorzina, Z., 2017. A Cross Sectional Study of Nurses' and Nurse Educators' Perceptions of Evidence-Based Practice in Kazakhstan. *Annals of Nursing Research & Practice*, 2(1), p. 1016.
- Hornthvedt, M.-E. T., Nordsteien, A., Fermann, T. & Severinsson, E., 2018. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. *BMC Medical Education*, 18(1), p. 172. doi:10.1186/s12909-018-1278-z.
- Johnston, J.M., Leung, G.M., Fielding, R., Tin, K.Y.K. & Ho, L.-M., 2003. The development and validation of a knowledge, attitude and behaviour questionnaire to assess undergraduate evidence-based practice teaching and learning. *Medical Education*, 37(11), pp. 992–1000.
- Katsaga, A., Kulzhanov M., Karanikolos, M. & Rechel, B., 2012. Kazakhstan health system review. *Health systems in transition*. 14(4), pp. 1-154.
- Ma, X., Xu, B., Liu, Q., Zhang, Y., Xiong, H. & Li, Y., 2014. Effectiveness of evidence-based medicine training for undergraduate students at a Chinese Military Medical University: a self-controlled trial. *BMC Medical Education*, 14(1), p. 1-4.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L., 2012. The state of evidence-based practice in US nurses: Critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410–417.
- Melnyk, B.M., Gallagher – Ford, L., English Long, L. & Fineout – Overholt, E. 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 11(1), pp. 5-15.
- Melnyk, B.M., Gallagher – Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Van Dromme, L. & Thomas, B.K., 2018. *Outcomes from the First Helene Fuld Health Trust National Institute for Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare Invitational Expert Forum*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29337427> [Accessed 18 July 2018].
- Pravikoff, D.S., Pierce, S.T. & Tanner, A., 2005. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 53(1), pp. 49–50.
- Sin, M.-K. & Bliquez, R., 2017. Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 33(6), pp. 447–451.
- Shaneyfelt, T., Baum, K.D., Bell, D., Feldstein, D., Houston, T.K., Kaatz, S., Whelan, C. & Green, M., 2006. Instruments for evaluating education in evidence-based practice: a systematic review. *JAMA*, 296(9), pp. 1116–1127.
- Titler, M.G., 2009. Developing an evidence-based practice. In: G. LoBiondo-Wood & J. Haber, eds. *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 7th ed. St Louis: Mosby; pp. 385–437.

Mentorstvo in klinično usposabljanje študentov

Mentoring and clinical training of students

Marta Smodiš⁶⁴

Izvleček

Teoretična izhodišča: Kakovostno izvajanje kliničnega usposabljanja (KU) temelji na partnerskem sodelovanju z učnimi bazami, ki ponujajo študentom ustrezne priložnosti za pridobivanje praktičnega znanja s področja študijskega programa.

Metoda: V skladu s Pravili o spremljanju in ocenjevanju kakovosti izobraževalne, raziskovalno – razvojne in upravne dejavnosti na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, je fakulteta v študijskem letu 2018/2019 izvedla anketiranje kliničnih mentorjev, kjer je sodelovalo 479 mentorjev. V letu 2012/2013 - 450 mentorjev, 2013/2014 - 448 mentorjev, 2014/2015 - 497, 2015/2016 - 448, 2016/2017 - 555, 2017/2018 – 533. V navedenih letih raziskave je v anketiranju sodelovalo skupno 3410 kliničnih mentorjev. V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna raziskovalna metoda. Uporabljena je bila Likertova lestvica: 0- ne morem oceniti, 1 - zelo slabo, 2 - slabo, 3 - dobro, 4 - zelo dobro in 5 – odlično. Rezultati so bili obdelani v programu SPSS.

Rezultati: Rezultati raziskave so omejeni od študijskega leta 2012/2013 do 2018/2019. Pri trditvi »Kot klinični mentor študentu posvečam dovolj časa za kakovostno izvedbo kliničnega usposabljanja« so v povprečju nižje vrednosti od 4 povprečne vrednosti po Likertovi lestvici, v študijskem letu 2013/2014 je bila najvišja povprečna vrednost 3,98, najnižja pa v študijskem letu 2016/2017 (PV = 3,71). Pri trditvi »Po zaključku kliničnega usposabljanja sem zadovoljen/a z osvojenimi kompetencami pri študentih« se je v študijskem letu 2018/2019 povprečna vrednost povišala na 4,03. Najnižje izražena povprečna vrednost je bila v študijskem letu 2015/2016 (PV = 3,87).

Razprava: Klinični mentorji imajo pomembno in odgovorno vlogo v mentoriranju študentov. Klinični mentor mora v okviru izvajanja aktivnosti študentu nameniti dovolj časa, da le ta dobi dovolj priložnosti za pridobivanje znanja (Gray, 2014). Raziskava na FZAB je pokazala zadovoljstvo z osvojenimi kompetencami študentov s strani kliničnih mentorjev ter v povprečju dovolj časa, ki ga klinični mentorji namenijo za mentoriranje študentov.

Ključne besede: klinični mentor, mentoriranje, študent, klinično usposabljanje

Abstract

Theoretical background: Quality implementation of clinical training is based on partnership with learning bases which offer students appropriate opportunities to acquire practical knowledge in the field of the study program.

Method: Following the Rules on the evaluation of quality education, research, and development in the administrative field at the Angela Boškin Faculty of Healthcare, the faculty conducted a survey of clinical mentors and students in the 2018/2019 academic year, in which 479 mentors participated. In 2012/2013 – 450 mentors, in 2013/2014 – 448 mentors, in 2014/2015 – 497 mentors, in 2015/2016 – 448 mentors, in 2016/2017 – 555 mentors, and in 2017/2018 – 533 mentors. In the mentioned years of the research, a total of 3410 clinical mentors participated in the survey. The study used quantitative research methods. The Likert scale was used: 0 – I can't rate, 1 – very bad, 2 – bad, 3 – good, 4 – very good in 5 – excellent. The results were processed in the SPSS program.

Results: The results of the research are limited from the academic year 2012/2013 to 2018/2019. In the claim "As a clinical mentor, I dedicate enough time to the student for quality clinical training", the average values are lower than 4 average values according to the Likert scale. In the academic year 2013/2014, the highest average value was 3.98 and the lowest in the academic year 2016 /2017 (PV = 3.71). In the statement "After the completion of clinical training, I am satisfied with the acquired competencies in students" in the academic year 2018/2019, the average value increased to 4.03. The lowest expressed average value was in the academic year 2015/2016 (PV = 3.87).

Discussion: Clinical mentors play an important and responsible role in mentoring students. As part of the implementation of activities, the clinical mentor must devote sufficient time to the student so that he/she gets enough opportunities to acquire knowledge (Gray, 2014). The research at ABFHC showed satisfaction with

⁶⁴ Marta Smodiš, mag. zdr. neg., spec. manag., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, msmodis@fzab.si

the acquired competencies of students by clinical mentors and, on average, enough time for the clinical mentors to devote to mentoring students.

Keywords: *clinical mentor, mentoring, student, clinical training*

1 Uvod

Mentoriranje študentov ima veliko vlogo pri izobraževanju študentov na kliničnem usposabljanju, kjer se pričakuje od mentorjev zanesljivo mentorstvo in poučevanje, ocenjevanje in podpora študentom (Wilson, 2014). Veeramah, (2012), Jokelainen, et al. (2013) in Wilson (2014) navajajo, da se kaže preobremenjenost mentorjev v kliničnih okoljih pri mentorjih, ki mentorstvo izvajajo. Willis Commission (Royal College of Nursing (RCN), 2012) navaja nizko podporo kliničnim mentorjem pri mentoriranju v ustanovah za usposabljanje študentov. Najpogostejši razlogi, ki to spremljajo so: pomanjkanje časa, vrzeli pri povezovanju teoretičnega in praktičnega znanja, pomanjkanju zaposlenih, primanjkljaj v priznavanju dela na področju mentoriranja, nerazumevanje pri vlogi mentorstva ter prenasičenost kliničnih okolij s študenti. Mentorstvo v kliničnem okolju predstavlja izziv mentorju, podlaga za mentoriranje pa so standardi Nursing and Midwifery Council (NMC), ki opredeljujejo vlogo in odgovornost mentorja ter nudijo edinstveno priložnost za razvijanje. Cilj standardov je omogočiti medicinskim sestram izvajanje visokokakovostne zdravstvene nege v hitro spreminjajočih se okoljih. Standardi so odsev časa, ki dajejo možnosti podpore dolgoročnih izzivov na področju javnega zdravja, na področju staranja prebivalstva, spremljanju tehničnega napredka in sledenju pričakovanjem v prihodnosti (NMC, 2010).

Ward & Benbow (2016) navajata odzive študentov na področju izobraževanja, kjer sta ugotovila, da v času študija študentje razvijajo in krepijo poklicne kompetence ter samozavest in komunikacijske veščine. Pacienti so prepoznali osem temeljnih vrednot, ki so bile prepoznane pri študentih: skrb, sočutje, usposobljenost, komunikacija, pogum, zavzetost, dostojanstvo in spoštovanje. Jamshidi, et. al. (2016) navaja, da je klinično usposabljanje glavni del izobraževanja v zdravstveni negi. Izpostavljenost študentov kliničnemu učnemu okolju je eden najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na »učiti – naučiti« proces v kliničnih okoljih. Prepoznavanje izzivov študentov zdravstvene nege v kliničnem učnem okolju bi lahko izboljšalo usposabljanje in povečalo kakovost načrtovanja in napredovanja študentov. V kvalitativni študiji je sodelovalo 17 študentov zdravstvene nege in 3 klinični mentorji istega področja, kjer so ugotovili primanjkljaj v komunikaciji, neustrezni pripravljenosti in čustvenih reakcijah. Priporočila so bila podana predvsem na področjih komunikacijskih in psiholoških področjih. Newton, et al. (2017) v raziskavi ugotavlja čas, ki ga mentor nameni študentu. Ugotovil je, da 22/42 študentov 40 % časa z mentorjem, 10/42 študentov ni nikoli delalo z mentorjem, samo 1 študent se je vsak dan srečal z mentorjem. 31/64 mentorjev je kazalo pripravljenost za delo s študenti, 21/30 pa je redko kazalo pripravljenost. 19/28 mentorjev je zaključilo klinično usposabljanje s študentom, 24/30 pa z mentorjem ni bilo zaključka. Papastavrou, et al. (2009) na področju izkušenj z mentoriranjem študentov navaja rezultate raziskave, ki so pokazali, da študentje klinično okolje povezujejo s kakovostjo opravljene zdravstvene nege in odnosa s pacientom ter individualnim mentorstvom. Raziskovanje izkušenj študentov v kliničnem okolju daje vpogled v mehanizem izobraževanja in mentorjem omogoča, da izboljšajo priložnosti učenja. Hussain (2019) v raziskavi med študenti ugotavlja, da je klinično okolje zelo pomembno, da študenti pridobijo določena znanja. Raziskava je pokazala, da se klinični mentorji držijo tradicionalnega poučevanja, razkorak med kliničnim okoljem in izobraževalnim sistemom je velik, študentje na kliničnem usposabljanju v večini niso prejeli povratnih informacij. Raziskava v Iranu je pokazala pomanjkanje časa

kliničnih mentorjev zaradi delovnih obremenitev, slabo izobraženih kliničnih mentorjev za mentoriranje študentov, kar se je pokazalo tudi v raziskovanju na dokazih podprte prakse (Kenari, 2014). Grimm (2017) navaja rezultate raziskave o pripravljenosti študentov na klinično usposabljanje. Dve tretjini študentov je slabo pripravljena na klinično usposabljanje, več kot polovica študentov pa je manj zadovoljnih z mentoriranjem. Raziskava je pokazala primanjkljaj dobro usposobljenih kliničnih mentorjev, kar je posledica pomanjkanje informacij, ki bi jih morali dobiti študenti in vpliva na zaupanje in zmanjševanje straha pred kliničnim okoljem. V kliničnem okolju je študentu klinični mentor vzornik (Jamshidi, et al., 2016).

2 Metode

V skladu s Pravili o spremljanju in ocenjevanju kakovosti izobraževalne, raziskovalno – razvojne in upravne dejavnosti na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, je fakulteta v študijskem letu 2018/2019 izvedla anketiranje kliničnih mentorjev. V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna raziskovalna metoda. Uporabljena je bila Likertova lestvica: 0 - ne morem oceniti, 1 - zelo slabo, 2 - slabo, 3 - dobro, 4 - zelo dobro in 5 – odlično. Predstavljeni so rezultati povprečnih vrednosti pri posamezni trditvi. Rezultati so bili obdelani v programu SPSS. V raziskavi je v letu 2018/2019 sodelovalo 479 kliničnih mentorjev.

3 Rezultati

V Tabeli 1 so prikazani rezultati, ki prikazujejo vlogo kliničnega mentorja v sodelovanju s študentom.

Tabela 1: Primerjava ocen mentorjev KU med leti 2019 in 2018

Trditve	Leto: 2019	Leto: 2018
	n=479	n=533
	PV	PV
S strani odgovorne osebe v naši učni bazi sem bil/a seznanjen/a s potekom KU za študente FZAB.	4,30	4,26
Pred pričetkom KU študentu predstavim oddelek/enoto.	4,55	4,56
Pred pričetkom KU študentu posredujem informacije za kakovostno izvedbo KU.	4,44	4,46
Študenta seznanim s potekom dela na oddelku/enoti.	4,62	4,60
Študenta predstavim zaposlenim v negovalnem timu.	4,59	4,57
Študente spodbujam za pridobivanje novih znanj.	4,57	4,57
Študenta seznanim s potekom dela na oddelku/enoti.	4,62	4,60
Študenta predstavim zaposlenim v negovalnem timu.	4,59	4,57
Študente spodbujam za pridobivanje novih znanj.	4,57	4,57
Kot klinični mentor študentu posvečam dovolj časa za kakovostno izvedbo KU.	3,91	3,84
Po zaključku KU sem zadovoljen/a z osvojenimi kompetencami pri študentih.	4,03	3,94

Legenda: PV – povprečna vrednost

Vir: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2019a)

Rezultati v Tabeli 1 prikazujejo v povprečju dobre vrednosti pri trditvah, ki so ocenjene s povprečno vrednostjo 4 ali več po Likertovi lestvici. Pri trditvi »Kot klinični mentor študentu posvečam dovolj časa za kakovostno izvedbo kliničnega usposabljanja«, katere povprečna

vrednost v študijskem letu 2018/2019 je 3,91 kaže, da klinični mentorji pri izvajanju mentorstva študentom v povprečju namenijo dovolj časa. V študijskem letu 2017/2018 je bila povprečna vrednost nižja (PV = 3,84).

Tabela 2: Primerjava ocen mentorjev KU od leta 2013 do 2019

	2019 n=479	2018 n=533	2017 n=555	2016 n=448	2015 n=497	2014 n=448	2013 n=450
S strani odgovorne osebe v naši učni bazi sem bil/a seznanjen/a s potekom KU za študente FZAB.	4,30	4,26	4,07	4,18	4,15	4,29	4,24
Pred pričetkom KU študentu predstavim oddelek/enoto.	4,55	4,56	4,49	4,49	4,54	4,72	4,60
Pred pričetkom KU študentu posredujem informacije za kakovostno izvedbo KU.	4,44	4,46	4,33	4,40	4,39	4,52	4,49
Študenta seznanim s potekom dela na oddelku/enoti.	4,62	4,60	4,50	4,59	4,57	4,71	4,64
Študenta predstavim zaposlenim v negovalnem timu.	4,59	4,57	4,44	4,51	4,48	4,57	4,49
Študente spodbujam za pridobivanje novih znanj.	4,57	4,57	4,41	4,49	4,44	4,64	4,61
Kot klinični mentor študentu posvečam dovolj časa za kakovostno izvedbo KU.	3,91	3,84	3,71	3,82	3,80	3,98	3,86
Po zaključku KU sem zadovoljen/a z osvojenimi kompetencami pri študentih.	4,03	3,94	3,89	3,87	3,92	4,02	3,91

Vir: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (2019b)

Rezultati v Tabeli 2 kažejo primerjavo ocen mentorjev od študijskega leta 2013 do 2019. Ugotovili smo, da so vrednosti povprečnih rezultatov pri trditvi »Kot klinični mentor študentu posvečam dovolj časa za kakovostno izvedbo kliničnega usposabljanja« v povprečju nižje od 4,0 povprečne vrednosti. Najnižja povprečna vrednost je izražena v študijskem letu 2016/2017 (PV = 3,71), najvišja vrednost pa v študijskem letu 2013/2014 (PV = 3,98).

Pri trditvi »Po zaključku kliničnega usposabljanja sem zadovoljen/a z osvojenimi kompetencami pri študentih« je bila v študijskem letu 2018/2019 povprečna vrednost 4,03, kar kaže na izraženo najvišje zadovoljstvo kliničnih mentorjev z znanjem študentov od študijskega leta 2012/2013 naprej. Najnižja povprečna vrednost te trditve je bila izražena v študijskem letu 2015/2016 (PV = 3,87).

4 Razprava

Klinični mentorji imajo pomembno in odgovorno vlogo v mentoriranju študentov. V večini evropskih držav ni posebnih izobraževalnih zahtev za klinične mentorje, da bi nadgradili svojo usposobljenost. Grossman (2013) navaja, da je možnost izvajanja mentoriranja dalo mentorju, ki lahko spremlja proces pridobivanja znanja pri študentih tekom kliničnega usposabljanja. Carr, et al. (2018) navaja velik pomen začetne izkušnje študentov prvega letnika s področja sprejetja v kliničnem okolju, da se počutijo kot del tima, pridobivanje izkušenj študentu pa je lažje. V raziskavi med kliničnimi mentorji so tudi ugotovili, da največje zadovoljstvo izhaja na podlagi podajanja lastnega znanja študentu in mu s tem omogočiti napredovanje, razvoj in nove poklicne priložnosti (Rylance, 2017). Klinični mentor mora v okviru izvajanja aktivnosti študentu nameniti dovolj časa, da le ta dobi dovolj priložnosti za

pridobivanje znanja (Gray, 2014). Tudi ugotovitve anketiranja kliničnih mentorjev na FZAB kažejo, da si v povprečju klinični mentorji vzamejo dovolj časa za namen mentoriranja študentov. Kermaver in Govekar-Okoliš (2016) sta v raziskavi med študenti ugotavljali pričakovanja študenta od mentorja v kliničnem okolju. V večini so študentje pričakovali pomoč pri pridobivanju znanja in utrjevanje praktičnih spretnosti. Večina mentorjev je menilo, da je njihova vloga nuditi pomoč študentu pri povezovanju teoretičnega znanja s praktičnim znanjem. Rezultati raziskave na FZAB so tudi pokazali zadovoljstvo kliničnih mentorjev z osvojenimi kompetencami študenta po zaključku kliničnega usposabljanja. V raziskavi Kermaver (2015) ugotavlja, da najpogosteje izvira nepripravljenost študentov iz preobremenjenosti z obveznostmi študija in časovne stiske. Zato je pomembno, da mentor na začetku kliničnega usposabljanja s študentom opravi razgovor, kjer skupaj načrtujeta klinično usposabljanje, se pogovorita o željah, strahovih, dilemah s katerimi se študent srečuje. Pri skupnem oblikovanju načrta se poveča učinkovitost in uspešnost ter sodelovanje v procesu praktičnega izobraževanja (Kermaver & Govekar-Okoliš, 2016). NMC (2017) standardi so razvojni okvir, ki opredeljujejo znanja in spretnosti za mentoriranje študenta, ki jih morajo imeti klinični mentorji.

Literatura

- Carr, J., Taylor, R. & Pitt, M., 2018. Supporting student nurses who have their first clinical placement in the community nursing team. *British Journal of Community Nursing*, 23(10), pp. 496-500.
- Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2019a. *Primerjava ocen mentorjev KU 2019 z 2018*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2019b. *Primerjava ocen mentorjev KU 2013 do 2019*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Grimm, K.L., 2017. The relationship between pre-licensure employment and student nurse self-efficacy. S. l.: Walden University.
- Gray, M., 2014. *Practical skills for mentoring in healthcare*. London: Palgrave/MacMillan Education.
- Grossman, S.C., 2013. *Mentoring in nursing: a dynamic and collaborative process*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Hussain, M., Afzal, M. & Gilani, S.A., 2019. Nursing students challenges at educational and clinical environment. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. DOI: 10.7176/JHMN. Available at: https://www.researchgate.net/publication/333843391_Nursing_Students_Challenges_at_Educational_and_Clinical_Environment [Accessed 10 March 2020].
- Jamshidi, N., Molazem, Z., Farkhondeh, S., Torabizadeh, C. & Najafi Kalyani, M., 2016. The challenges of nursing students in the clinical learning environment: a qualitative study. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2016/1846178/> [Accessed 10 March 2020].
- Jokelainen, M., Jamookeeah, D., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2013. Finnish and British mentors' conceptions of facilitating nursing students' placement learning and professional development. *Nurse Education Practice*, 13(1), pp. 61–67. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.008> [Accessed 10 March 2020].
- Kenari, M.A., 2014. Effect of evidence-based method clinical education on patients care quality and their satisfaction. *Advances in Applied Sociology*, 4(02), p. 59.
- Kermavnar, N., 2015. *Mentorstvo kot andragoška oblika dela na primeru praktičnega usposabljanja študentov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Kermaver, N. & Govekar-Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-37.
- Nursing and Midwifery Council, 2010. *The NMC standards for pre-registration nursing education*. London: NMC. Available at: www.nmc.org.uk/standards/additional-standards/standards-for-pre-registration-nursing-education [Accessed 10 March 2020].
- Newton, J., Taylor, R.M. & Crighton, L., 2017. A mixed-methods study exploring sign-off mentorship practices in relation to the Nursing and Midwifery Council standards. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), pp. 3056-3066.

- Papastavrou, E., Lambrinou, E. & Tsangari, H., 2009. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Education in Practice*, 10(3), pp. 176-182. Available at: https://www.researchgate.net/publication/26760722_Student_nurses_experience_of_learning_in_the_clinical_environment [Accessed 10 March 2020].
- Royal College of Nursing, 2012. *Quality with compassion: the future of nursing education* (Willis report). Available at: <https://tinyurl.com/yafpukgj> [Accessed 28 February 2020].
- Rylance, R., Barrett, J., Sixsmith, P. & Ward, D., 2017. Student nurse mentoring: an evaluative study of the mentor's perspective. *British Journal of Nursing*, 26(7), pp. 405-409.
- Veeramah, V., 2012. What are the barriers to good mentoring? *Nursing Times*, 108(39), pp. 12–15.
- Ward, S. & Benbow, J., 2016. The role of service-user feedback in undergraduate nursing courses. *British Journal of Nursing*, 25(13).
- Wilson, A.M.E., 2014. Application of Heideggerian phenomenology to mentorship of nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), pp. 2910–2919. <https://doi.org/10.1111/jan.12453>.

Izobraževanje laične populacije o temeljnih postopkih oživljanja na področju občine Jesenice

Education of the lay population on basic resuscitation procedures in the municipality of Jesenice

Sanela Pivač⁶⁵

Izvleček

Teoretična izhodišča: Zgodnje oživljanje je ključnega pomena za preživetje osebe v srčnem zastoju, zato si številne države prizadevajo povečati delež laične populacije, ki bi pristopila k osebi, ki je v srčnem zastoju in začela z oživljanjem. Namen prispevka je predstaviti znanje laične populacije po izvedenem izobraževanju o temeljnih postopkih oživljanja z uporabo AED na področju občine Jesenice.

Metoda: Izvedena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja, s pomočjo vprašalnika, ki ga je pred izobraževanjem izpolnilo 157 udeležencev, neposredno po izobraževanju 122 udeležencev in dva meseca po izvedenem izobraževanju 44 udeležencev izobraževanju o temeljnih postopkih oživljanja z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, hi kvadrat testom, ob upoštevanju statistični značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati: Glede na tri časovne meritve (pred, neposredno po in 2 meseca po izobraževanju o oživljanju) se je statistično pomembno izboljšalo pri trditvah: zagotavljanje osebne varnosti ($p=0,014$), preverjanje dihalne pot ($p=0,014$), globini stisa prsnega koša ($p=0,000$), razmerje med stiski prsnega koša in umetnim dihanjem ($p=0,000$), mesto stiska prsnega koša ($p=0,000$), namestitvev v položaj nezavestnega ($p=0,002$), poznavanje naprave avtomatski zunanji defibrilator ($p=0,000$), namestitvev elektrod na prsni koš ($p=0,000$).

Razprava: Rezultati izvedene raziskave kažejo, da je pomemben odstotek udeležencev pridobil dovolj znana o temeljnih postopkih oživljanja z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja, kar vsekakor potrjuje uporabnost in učinkovitost tovrstnih izobraževanj za laično populacijo.

Ključne besede: oživljanje, srčni zastoj, znanje

Abstract

Theoretical background: Early resuscitation is crucial for the survival of a person with cardiac arrest. So many countries work to increase the proportion of the lay population who would approach a person with cardiac arrest and start resuscitation.

The purpose of this paper is to present the knowledge of the lay population after the training on basic resuscitation procedures using AEDs in the municipality of Jesenice.

Methods: A quantitative empirical research method was conducted using a questionnaire completed by 157 participants before training, by 122 participants immediately after training, and by 44 participants training on basic resuscitation procedures using an automatic external defibrillator two months after training. Data were analyzed with descriptive statistics, chi-square test taking into account statistical characteristics $p < 0.05$.

Results: According to the three time measurements (before, immediately after, and 2 months after resuscitation training), there was a statistically significant improvement in the claims: ensuring personal safety ($p=0.014$), checking the airway ($p=0.014$), chest compression depth ($p=0.000$), the relationship between chest distress and artificial respiration ($p=0.000$), the place of chest distress ($p=0.000$), installation in the unconscious position ($p=0.002$), knowledge of the device automatic external defibrillator ($p=0.000$), and installation chest electrode ($p=0.000$).

Discussion: The results of the study show that a significant percentage of participants achieved sufficient knowledge of basic resuscitation procedures using an automated external defibrillator which certainly needed utility in efficiency for accurate education for the lay population.

Keywords: resuscitation, cardiac arrest, knowledge

⁶⁵ Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, spivac@fzab.si

1 Uvod

Nenaden srčni zastoj je vodilni vzrok umrljivosti v svetu. Letno v Evropi in v Ameriki več kot 700.000 ljudi umre zaradi nenadnega srčnega zastoja (Berdowski, et al., 2010; Nishiyama, et al., 2014). Ventrikularna fibrilacija je kot prvi zastojni ritem prisoten pri 25 – 50 % oseb, ki so v nenadnem srčnem zastoju. Priporočeno zdravljenje je takojšnje oživljanje s strani očitvidca in zgodnja električna defibrilacija. Takojšnji začetek oživljanja lahko podvoji ali celo štirikrat poveča verjetnost preživetja po srčnem zastoju (Hulleman, et al., 2012). V Sloveniji majhen delež ljudi, ki so pripravljene oživljati osebo v srčnem zastoju (Gräsner, et al., 2016), kar povezujemo s pomanjkljivim znanjem in ozaveščenostjo laične populacije. Najbolj pogosti razlogi, da očitvidci ne pristopijo k oživljanju osebe v srčnem zastoju so neprepoznavna znakov srčnega zastoja in pomanjkljivo znanje (Nolan, et al., 2010). Povečanje deleža preživelih po zunaj bolnišničnem srčnem zastoju bi v državi lahko pomembno povečali z ozaveščanjem in izobraževanjem laične populacije o srčnem zastoju in temeljnih postopkih oživljanja (TPO) (Böttiger & Van Aken, 2015).

Raziskave kažejo, da je usposabljanje prvih posredovalcev in laikov učinkovito in da se povečuje število ljudi, ki so pripravljene izvajati oživljanje tudi z drugimi alternativnimi metodami, kot so uporaba pametnega telefona z aplikacijo o oživljanju (Sondergaard, et al., 2019). Nenaden srčni zastoj prepoznamo po neodzivnosti in zastojem dihanja (Hulleman, et al., 2012). Nenaden zastoj srca, zaradi visoke stopnje umrljivosti, velike obolevnosti in invalidnosti preživelih predstavlja resen javnozdravstveni problem (Sasson, et al., 2013).

Vsak laik je v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju poškodovanemu ali bolnemu dolžan pomagati ter mu nuditi nujno prvo pomoč (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, 2006). Zato je znanje iz TPO izjemno pomembno in nujno za vsakogar. Standard v svetu in v Sloveniji je defibrilacija srca še pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči. Govorimo o zunajbolnišnični defibrilaciji, ki jo sestavljajo mreža stalno javno dostopnih AED, usposobljeni laiki – prvi posredovalci, organiziranje prvih posredovalcev in označevanje stalno javno dostopnih AED (Šalda & Zidar, 2017).

S pomočjo raziskave smo želeli preveriti znanje laične populacije o temeljnih postopkih oživljanja (TPO) z uporabo avtomatskega zunanje defibrilatorja (TPO) pred in po izvedenem izobraževanju, ki so ga izvajali predhodno usposobljeni študenti zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) v okviru razvojnega projekta »Vsak lahko reši življenje, pomagaj tudi ti«.

2 Metode

Izvedena je bila kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. Cilj raziskave je bil ugotoviti uspešnost izvedenega izobraževanja laične populacije o TPO z uporabo AED glede na obdobje izvedenega izobraževanja o oživljanju.

Postavili smo si raziskovalno hipotezo (H):

H1: Obstaja statistično pomembna razlika v znanju laične populacije o TPO z uporabo AED glede na obdobje izvedenega izobraževanja o oživljanju.

2.1 Instrumentarij raziskave

Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, kot instrument smo uporabili strukturiran vprašalnik. Vprašalnik smo oblikovali na osnovi pregleda literature različnih avtorjev na

področju obravnavane teme (Van de Velde, et al., 2009; Bohn, et al., 2012; Petrić, et al., 2013; Böttiger & Van Aken, 2015; Calicchia, et al., 2016).

Vprašanja so bila razdeljena v 3 sklope, demografski podatki, podatki o izobraževanju o oživljanju in stališča in mnenja do oživljanja. Uporabili smo različne tipe vprašanj: vprašanja tipa ponujenih odgovorov, nominalna vprašanja, vprašanje odprtega tipa in trditve v obliki stališč zaprtega tipa. Do trditve so se anketiranci opredelili s pomočjo lestvice stališč. Uporabili smo petstopenjsko ordinalno lestvico stališč. Posamezne vrednosti so bile definirane z oceno od 1 do 5. Ocena 1 je pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo zelo ne strinjajo, ocena 2 je pomenila, da se anketiranci ne strinjajo z navedeno trditvijo, ocena 3 je pomenila, da se niti ne strinjajo, niti strinjajo (se ne morejo odločiti), ocena 4 je pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo strinjajo, ocena 5 pa, da se z navedeno trditvijo zelo strinjajo. Cronbachov test zanesljivosti vprašalnika je znašal 0,61.

2.2 Opis vzorca

Pred izobraževanjem o TPO z uporabo AED je v raziskavi sodelovalo 157 udeležencev, neposredno po izobraževanju 122 udeležencev in dva meseca po izvedenem izobraževanju 44 udeležencev. Demografski podatki anketiranih so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki

Spremenljivke	Izvedba anketiranja			
		Pred izobraževanjem n (%)	Neposredno po izobraževanju n (%)	2 meseca po izobraževanju n (%)
Spol	M	19 (12,1%)	12 (9,8%)	4 (9,1%)
	Ž	138 (87,9%)	110 (90,2%)	44 (90,9%)
Starost v letih	n	157	122	44
	PV	48,1	46,9	48,6
	SD	10,8	10,2	8,3
Delovna doba v letih	n	157	122	44
	PV	23,6	22,5	24,9
	SD	11,4	11,5	8,8

Legenda: M = moški spol; Ž = ženski spol; n = število anketirancev; % = odstotki; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon

2.3 Opis obdelave podatkov

Raziskava je potekala od marca 2017 do septembra 2017. Udeleženci raziskave so za sodelovanje v raziskavi predhodno podali soglasje. Pri izpolnjevanju vprašalnika je bila zagotovljena popolna anonimnost.

Podatki so bili obdelani s statističnim paketom SPSS, s katerim smo izvedli opisno statistiko, hi kvadrat test. Upoštevali smo statistično značilnost $p < 0,05$.

3 Rezultati

Tabela 2: Znanje o TPO pred, po in 2 meseca po izvedenem izobraževanju o TPO z uporabo AED

Trditve		Izvedba anketiranja			Hi kvadrat test	
		Pred izobraževanjem n (%)	Po izobraževanju n (%)	2 meseca po izobraževanju n (%)	Testna statistika	p-vrednost
Pred oživljanjem moram zagotoviti varnost sebi. P	Ne	3 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	12,568	0,014
	Neodločen	6 (3,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	147 (94,2)	122 (100)	31 (100)		
Pred oživljanjem moram zagotoviti varnost žrtvi. N	Ne	3 (1,9)	2 (1,6)	0 (0,0)	3,342	0,502
	Neodločen	5 (3,2)	2 (1,6)	0 (0,0)		
	Da	148 (94,9)	118 (96,7)	31 (100)		
Preveriti moram dihalno pot. P	Ne	2 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	12,508	0,014
	Neodločen	7 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	147 (94,2)	121(100)	31 (100)		
Če sem v dvomih ali žrtev diha normalno, ukrepam, kot da dihanje ni normalno in se pripravim na oživljanje. P	Ne	9 (5,8)	3 (2,5)	2 (6,5)	27,423	0,000
	Neodločen	34 (21,9)	5 (4,1)	1 (3,2)		
	Da	112 (72,3)	114 (93,4)	28 (90,3)		
Nujno medicinsko pomoč bom poklical na tel. številko 112. P	Ne	7 (4,5)	0 (0,0)	2 (6,5)	12,231	0,016
	Neodločen	2 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	147 (94,2)	121(100)	29 (93,5)		
Nujno medicinsko pomoč bom poklical na tel. številko 113. N	Ne	82 (53,2)	108 (88,5)	26 (83,9)	48,163	0,000
	Neodločen	22 (14,3)	9 (7,4)	3 (9,7)		
	Da	50 (32,5)	5 (4,1)	2 (6,5)		
Globina stiska srca je približno 5 cm. P	Ne	16 (10,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	105,851	0,000
	Neodločen	48 (31,4)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	89 (58,2)	122 (100)	31 (100)		
Prsni koš stiskamo s frekvenco 100 – 120 stisov na minuto. P	Ne	26 (17,2)	0 (0,0)	2 (6,5)	96,511	0,000
	Neodločen	54 (35,8)	0 (0,0)	3 (9,7)		
	Da	71 (47,0)	122 (100)	26 (83,9)		
Razmerje med stisom prsnega koša in umetnim dihanjem je 30 stisov: 2 vpiha. P	Ne	16 (10,3)	33 (27,7)	7 (22,6)	35,039	0,000
	Neodločen	37 (23,7)	4 (3,4)	1 (3,2)		
	Da	103 (66,0)	82 (68,9)	23 (74,2)		
Utopljenju damo najprej 5 začetnih vpihov, potem začnemo s stisi prsnega koša. P	Ne	27 (17,4)	0 (0,0)	4 (12,9)	79,180	0,000
	Neodločen	51 (32,9)	2 (1,6)	5 (16,1)		
	Da	77 (49,7)	120 (98,4)	22 (71,0)		
Pri utopljenju takoj začnemo s stisi prsnega koša. N	Ne	46 (30,1)	101 (82,8)	16 (51,6)	79,592	0,000
	Neodločen	55 (35,9)	6 (4,9)	5 (16,1)		
	Da	52 (34,0)	15 (12,3)	10 (32,3)		

Trditve		Izvedba anketiranja			Hi kvadrat test	
		Pred izobraževanjem n (%)	Po izobraževanju n (%)	2 meseca po izobraževanju n (%)	Testna statistika	p-vrednost
Mesto stisov prsnega koša je sredina prsnice. P	Ne	6 (3,9)	1 (0,8)	0 (0,0)	26,406	0,000
	Neodločen	19 (12,4)	1 (0,8)	0 (0,0)		
	Da	128 (83,7)	119 (98,3)	31(100,0)		
Če sem prepričan, da žrtev diha normalno, a je neodzivna, jo namestim v položaj nezavestnega. P	Ne	8 (5,1)	3 (2,5)	1 (3,2)	17,335	0,002
	Neodločen	15 (9,6)	1 (0,8)	0 (0,0)		
	Da	133 (85,3)	118 (96,7)	30 (96,8)		
Če sem prepričan, da žrtev diha normalno, a je neodzivna, začnem z oživljanjem. N	Ne	59 (37,8)	73 (61,3)	23 (74,2)	26,956	0,000
	Neodločen	36 (23,1)	9 (7,6)	2 (6,5)		
	Da	61 (39,1)	37 (31,1)	6 (19,4)		
Z izvajanjem oživljanja prenehamo, ko oseba začne dihati. P	Ne	14 (8,9)	3 (2,5)	0,(0,0)	31,588	0,000
	Neodločen	19 (12,1)	1 (0,8)	0 (0,0)		
	Da	124 (79,0)	118 (96,7)	31(100,0)		
Z izvajanjem oživljanja prenehamo, ko pridejo reševalci in nadaljujejo oni. P	Ne	7 (4,5)	2 (1,6)	0 (0,0)	12,862	0,012
	Neodločen	15 (9,6)	2 (1,6)	2 (6,5)		
	Da	135 (86,0)	118 (96,7)	29 (93,5)		
Avtomatski zunanji defibrilator (AED) je naprava, ki sama prepozna srčni ritem. P	Ne	5 (3,2)	0 (0,0)	0,(0,0)	43,955	0,000
	Neodločen	25 (15,9)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	127 (80,9)	122 (100)	31(100,0)		
V kolikor je potrebna defibrilacija, nas AED opozori. P	Ne	8 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	56,364	0,000
	Neodločen	30 (19,1)	0 (0,0)	0 (0,0)		
	Da	119 (75,8)	122 (100)	31(100,0)		
Elektrode – nalepke AED namestim na prsni koš. P	Ne	9 (5,8)	4 (3,3)	0,(0,0)	35,842	0,000
	Neodločen	26 (16,7)	1 (0,8)	0 (0,0)		
	Da	121 (77,6)	117 (95,9)	31(100,0)		
Elektrode – nalepke AED namestim na trebuh in roko. N	Ne	114 (73,1)	121 (99,2)	28 (90,3)	49,205	0,000
	Neodločen	24 (15,4)	0 (0,0)	1 (3,2)		
	Da	18 (11,5)	1 (0,8)	2 (6,5)		

Legenda: n = število anketirancev; % = odstotki; P = pravilni odgovor; N = nepravilni odgovor; Razlika je statistično značilna pri $p < 0,05$.

Glede na tri časovne meritve (pred, neposredno po in 2 meseca po izobraževanju o oživljanju) se je statistično pomembno znanje o TPO z uporabo AED izboljšalo pri trditvah: zagotavljanje osebne varnosti ($p=0,014$), preverjanje dihalne pot ($p= 0,014$), globini stisa prsnega koša ($p=0,000$), razmerje med stisi prsnega koša in umetnim dihanjem ($p=0,000$),

mesto stiska prsnega koša ($p = 0,000$), namestitvev v položaj nezavestnega ($p = 0,002$), poznavanje naprave avtomatski zunanji defibrilator ($p = 0,000$), namestitvev elektrod na prsni koš ($p = 0,000$). Pri določenih trditvah je opazno, da je znanje po 2 mesecih po izobraževanju slabše: če sem v dvomih ali žrtev diha normalno, ukrepam, kot da dihanje ni normalno in se pripravim na oživljanje; nujno medicinsko pomoč bom poklical na tel. številko 112; prsni koš stiskamo s frekvenco 100 – 120 na minuto; utopljenцу damo najprej 5 začetnih vpihov, potem začnemo stisiti prsnega koša; z izvajanjem oživljanja prenehamo, ko pridejo reševalci in nadaljujejo oni (Tabela 2).

4 Razprava

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) je skupaj z Občino Jesenice sodelovala v razvojnem projektu »Vsak lahko reši življenje, pomagaj tudi ti«. S projektom smo želeli ozavestiti laično populacijo o pomenu oživljanja ob srčnem zastoju, saj preživetje in kvaliteto življenja preživelih lahko povečamo le z ozaveščanjem laične populacije o TPO z uporabo AED. Izvajalci izobraževanj so bili predhodno usposobljeni študenti zdravstvene nege FZAB. Izobraževanja so potekala v manjših skupinah, ki so temeljila na prostovoljni udeležbi laične populacije. Izvajalci izobraževanj so bili predhodno usposobljeni študenti, ki so v okviru dvournega izobraževanja, najprej predstavili teoretični del, nato praktični prikaz postopka oživljanja, kateremu je sledilo še praktično izobraževanje udeležencev izobraževanj.

V izvedeni raziskavi smo ugotovili, da se je teoretično znanje laične populacije neposredno po izvedenem izobraževanju pri skoraj vseh trditvah izboljšalo. Precej opazno se je znanje izboljšalo pri trditvah o globini stiska prsnega koša, frekvenci stiska prsnega koša ter pristopu do utopljenca, a hkrati ugotavljamo, da se je po 2 mesecih znanje pri ukrepanju utopljene osebe poslabšalo. Prav tako smo v izvedeni raziskavi zaznali napredek pri poznavanju AED - ja. Rezultati so primerljivi z izvedenimi raziskavami drugih avtorjev (Villalobos, et al., 2019; Méndez-Martínez, et al., 2019). Preživetje osebe v srčnem zastoju je odvisno od sposobnosti osebe, ki prva nudi pomoč na način, da izvaja TPO, zato je pomembno, da vsakdo prepozna osebo, ki je v srčnem zastoju in začne s TPO (Van de Velde, et al., 2009). V kolikor očitvidci ne pristopijo in ne začnejo z oživljanjem osebe takoj, začnejo nastajati okvare možganov še pred prihodom nujne medicinske pomoči, ki po 5 minutah srčnega zastoja postanejo nepovratne, v kolikor se TPO ne izvaja (Brackwoldt, 2009). Defibrilacija znotraj obdobja 3-5 minut je v nekaterih okoljih povezana s preživetjem od 50 – 70 %. To lahko dosežemo z javno dostopnim AED na kraju dogodka in takojšnjimi TPO (Berdowski, et al., 2010).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, ali se je znanje laične populacije, ki so se udeležili izobraževanja o TPO z uporabo AED ohranilo tudi po 2 mesecih po izvedenem izobraževanju. Pri večini trditvev se je znanje obdržalo, a opazno je tudi slabše znanje pri trditvah o ukrepanju in presoji žrtve. Presenetil nas je nizek odstotek pravih odgovorov neposredno in 2 meseca po izobraževanju pri trditvi o razmerju med stisi prsnega koša in izvajanjem umetnega dihanja, prav tako se je znižal odstotek pravih odgovorov glede poznavanja telefonske številke nujne medicinske pomoči. Ukrepe in postopke ob nenadnem zastoju srca vsakih 5 let sprejema Evropski svet za reanimacijo (Monsieurs, et al., 2015). Pri vseh osebah v srčnem zastoju morajo laiki ne glede na njihovo usposobljenost izvajati stise prsnega koša. Usposobljeni laiki, ki zmorejo nuditi tudi umetno dihanje, oživljajo tako, da stiskajo prsni koš in dajejo vpihe. Globina stisov prsnega koša je med 5 in 6 cm in v eni minuti se prsni koš stisne vsaj 100 krat. Razmerje med stisi prsnega koša in vpihi je 30: 2 (Gradišek, et al., 2015).

Rezultati izvedene raziskave kažejo, da je pomemben odstotek udeležencev pridobil dovolj znanja o TPO z uporabo AED, kar vsekakor potrjuje uporabnost in učinkovitost tovrstnih izobraževanj za laično populacijo. Enako ugotavljajo tudi Villalobos s sodelavci (2019), ki navajajo, da je za pridobitev ustreznih znanj potrebno večkrat ponoviti postopke oživljanja v manjših skupinah. Izsledki raziskave so nam zagotovo lahko v pomoč tudi pri pripravi vsebin izobraževanj o TPO z uporabo AED s poudarki, katere vsebine je v okviru izobraževanja potrebno *še bolj podariti*, to so ustrezno ukrepanju pri utopljeni osebi, poznavanje razmerja med stisi prsnega koša in izvajanjem umetnega dihanja ter poudarjanje telefonske številke nujne medicinske pomoči, saj nenazadnje kakovostno izvajanje oživljanja vpliva na preživetje (Gradišek, et al., 2015).

Prihodnja raziskovanja bi lahko usmerili tudi v dejavnike, ki vplivajo na raziskovane spremenljivke in jih bodo bolje pojasnili, ter tudi izboljšati zanesljivost v raziskavi proučevanih spremenljivk.

5 Zaključek

Z izvajanjem izobraževanjem laične populacije o TPO z uporabo AED, ki ga lahko izvaja širok krog predhodno usposobljenih ljudi zdravniki, medicinske sestre, študenti medicine, zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih ved, predhodno usposobljeni učitelji ter drugi prostovoljci bomo prispevali k povečanju deleža laične populacije, ki bodo pristopili k osebi, ki je v srčnem zastoju in začeli z oživljanjem, kar je ključni element verige preživetja po srčnem zastoju. Glede na rezultate izvedene raziskave menimo, da so bila izobraževanja o TPO z uporabo AED uspešna in nam dajejo usmeritve za izvajanje tovrstnih izobraževanj tudi v prihodnje, saj imajo velik družbeni vpliv. Z mrežo usposobljenih laikov v lokalni skupnosti, bomo vplivali na prepoznavo znakov srčnega zastoja, večjo pripravljenost za oživljanje sočloveka, zmanjševanju strahu, da bi med samim oživljanjem prišlo do napake oziroma poškodbe. Pomembno je redno usposabljanje o TPO, širjenje znanja in pravilna uporaba ter seznanjanje z javno dostopnimi AED-ji.

Literatura

- Berdowski, J., Berg, R.A., Tijssen, J.G. & Koster, R.W., 2010. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 81, pp. 479-87; doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.006.
- Böttiger, B.W. & Van Aken, H., 2015. Kids save lives-training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*, 94, pp. A5-A7; doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.005.
- Bohn, A., Van Aken, H.K., Möllhoff, T., Wienzek, H., Kimmeyer, P., Wild, E., et al., 2012. Teaching resuscitation in schools: annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10. A four-year prospective cohort study. *Resuscitation*, 83, pp. 619-25; doi: 10.1016/j.resuscitation.2012.01.020.
- Brackwoldt, J., 2009. Starting at school. *Notfall Rettungsmed*, 12, pp. 39-44.
- Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., De Rosa, M. & Papaleo, B., 2016. Teaching life-saving manoeuvres in primary school. *BioMed Research International*, 6, pp. 1-6.
- Gradišek, P., Grošelj Grenc, M. & Strdin Košir, A., 2015. *Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta: slovenska izdaja*. Available at: http://www.szum.si/media/uploads/files/ERC_2015_slo-1.pdf. [Accessed 6 April 2020].
- Gräsner, J.T., Lefering, R., Koster, R.W., Masterson, S., Böttiger, B.W., Herlitz, J., et al., 2016. EuReCa ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*, 105, pp. 188-95; doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.06.004.

- Hulleman, M., Berdowski, J., de Groot, J.R., van Dessel, P.F., Borleffs, C.J., Blom, M.T., et al., 2012. Implantable cardioverter-defibrillators have reduced the incidence of resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest caused by lethal arrhythmias. *Circulation*, 126, pp. 815–821.
- Méndez-Martínez, C., Martínez-Isasi, S., García-Suárez, M., Peña-Rodríguez, M.A.D.L., Gómez-Salgado, J. & Fernández-García, D., 2019. Acquisition of Knowledge and Practical Skills after a Brief Course of BLS-AED in First-Year Students in Nursing and Physiotherapy at a Spanish University. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, pp 1-12.
- Monsieurs, K.G., Nolan, J.P., Bossaert, L.L., Greif, R., Maconochie, I.K., Nikolaou, N.I., et al., 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, pp. 1-80.
- Nishiyama, C., Brown, S.P., May, S., Iwami, T., Koster, R.W. & Beesems, S.G., 2014. Apples to apples or apples to oranges? International variation in reporting of process and outcome of care for out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 85, pp. 1599–609; doi: 10.1016/j.resuscitation.2014.06.031.
- Nolan, J.P., Soar, J., Zideman, D.A., Biarent, D., Bossaert, L.L., Deakin, C., et al., 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81, pp. 1219–76.
- Petrić, J., Malički, M., Marković, D. & Meštrović, J. , 2013. Students' and parents' attitudes toward basic life support training in primary schools. *Croatian Medical Journal*, 54, pp. 376-80; doi: 10.3325/cmj.2013.54.376.
- Sasson, C., Meischke, H., Abella, B.S., Berg, R.A., Bobrow, B.J., Chan, P.S., et al., 2013. Increasing cardiopulmonary resuscitation provision in communities with low bystander cardiopulmonary resuscitation rates: a science advisory from the American Heart Association for Healthcare Providers, Policymakers, Public Health Departments, and Community Leaders. *Circulation*, 127, pp. 1342-50.
- Sondergaard, K.B., Wissenberg, M., Gerds, T.A., Rajan, S., Karlsson, L., Kragholm, K., et al., 2019. Bystander cardiopulmonary resuscitation and long-term outcomes in out-of-hospital cardiac arrest according to location of arrest. *The European Heart Journal*, 40, pp. 309-18. doi: 10.1093/eurheartj/ehy687.
- Šalda, Z. & Zidar, N., 2017. Temeljni postopki oživljanja z uporabo AED kot del vzgoje za zdravje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/temeljni_postopki_ozivljanja.pdf [Accessed 6 April 2020].
- Van de Velde, S., Heselmans, A., Roex, A., Vandekerckhove, P., Ramaekers, D. & Aertgeerts, B., 2009. Effectiveness of nonresuscitative first aid training in laypersons: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 54, pp. 447- 57.
- Villalobos, F., Del Pozo, A., Rey-Reñones, C., Granado-Font, E., Sabaté-Lissner, D., Poblet-Calaf, C., Basora, J., Castro, A. & Flores-Mateo, G., 2019. Lay people training in CPR and in the use of an automated external defibrillator, and its social impact: a community health study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (2870), pp. 1-11.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije št. 72/2006 – UBP3.



**Strokovni prispevki /
Professional contributions**

Vloga kliničnega mentorja v izobraževanju fizioterapevtov

The role of the clinical mentor in the education of physical therapists

Sladana Božič⁶⁶

Izvleček

Vključevanje študentov fizioterapije v klinično okolje in usposabljanje za bodoči poklic je eno izmed pomembnejših elementov v procesu izobraževanja fizioterapevtov. Vloga kliničnega mentorja je ključna pri ohranjanju in razvoju poklica. Klinični mentor je oseba, ki je vredna zaupanja, ki podpira, vodi in svetuje ter prenaša svoje teoretično znanje in praktične spretnosti na študenta. Bistvo mentorstva je učenje praktične narave, torej učenje o strokovnih vsebinah s področja, ki ga študent študira. Mentorstvo pa je tudi proces delovne socializacije ter seznanjanje študenta z organizacijsko kulturo organizacije v kateri poteka klinično usposabljanje. Skozi proces mentorstva, ki večinoma poteka v dvoje, se izpopolnjujeta tako študent kot tudi klinični mentor.

Pri pisanju preglednega članka je bil za osnovo zbiranja in analize podatkov uporabljen pregled literature in internih aktov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (FZAB). Prispevek želi poudariti pomen kliničnega usposabljanja fizioterapevtov za kakovostno prakso in ohranjanje poklica. Predstavljeno je praktično usposabljanje skozi celoten potek študija fizioterapije. Vloga kliničnega mentorja je predstavljena kot ključna pri prenosu praktičnega znanja in veščin na študenta. Prispevek želi poudariti zakonsko ureditev praktičnega usposabljanja in izobraževanja kliničnih mentorjev s področja fizioterapije. V zadnjem delu prispevka je predstavljena podpora fakultete kliničnim mentorjem, ki so odgovorni za preživetje svojega poklica. V 21. stoletju je razvoj tehnoloških in gospodarskih dosežkov presegel človeške vire, ki postajajo nadomestljivi tudi v zdravstvenih poklicih. Vodilo mentorja pri opravljanju svojega poslanstva, bi moralo v prihodnje biti tudi varovanje delovnega mesta in s tem tudi družbenega položaja in samopodobe posameznika.

Ključne besede: klinično usposabljanje, fizioterapija, mentorstvo

Abstract

Involving physiotherapy students in the clinical setting is an opportunity for a better profession in one of the important greatest elements in the physiotherapy education process. The role of the clinical mentor is crucial in maintaining and developing the profession. A clinical mentor is a trustworthy person who supports, leads the world, and imparts their theoretical knowledge in the practical acceptance of students. The essence of mentoring is the learning of practical science, i.e. learning about professional content from what students study. Mentoring also cultivated working companies and introduced students with organizational cultures in all clinical research. Through the mentoring process which mostly works in a twosome, both the student and the clinical mentor develop themselves.

Writing an article was published based on the collection in the data analyses used by the literature review and internal acts of the Angela Boškin Faculty of Healthcare (FZAB). The paper seeks to see the important clinical circumstances of physical therapists for quality practice in preserving the profession. It is presented as experienced throughout physiotherapy studies. The role of the clinical mentor was presented as crucial in the transfer of practical knowledge and students. The paper also seeks to make statutory editorial training for the training of clinical mentors with their physiotherapies. The final section of the paper presents faculty support for clinical mentors who are responsible for the survival of their profession. In the 21st century, the development of technology in economic doses has surpassed human resources which have also become a substitute in the health professions. In the future, the mentor's guidance in the use of his mission should also be to safeguard jobs in this city and the position of the company in self-image.

Keywords: clinical utilization, physiotherapy, mentoring

⁶⁶ Sladana Božič, dipl. fiziot. mag. org., strok. sod., Zdravstveni dom Ljubljana Center- fizioterapija, Slovenija, sladjana.bozic@zd-lj.si

1 Uvod

V Sloveniji študij fizioterapije poteka od leta 1962, ko je bila ustanovljena Višja šola za zdravstvene delavce v Ljubljani. Višja šola za zdravstvene delavce je bila povezana z Medicinsko fakulteto v Ljubljani, saj je večina predavateljev in kliničnih mentorjev poučevala na obeh izobraževalnih institucijah. Zadnja leta je študij fizioterapije v Sloveniji doživel razcvet, saj so se programi študija fizioterapije razširili po celotni državi. Klinični mentorji pa so večinoma diplomirani fizioterapevti z dolgoletno prakso, zaposleni v različnih zdravstvenih institucijah na vseh treh nivojih zdravstvenega sistema.

Poklic diplomiranega fizioterapevta je reguliran poklic, ki mu obseg in vsebino izobraževanja predpisujeta Direktivi 2005/36/ES in 2013/55/ES Evropskega parlamenta in Sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij. Izobraževanje za diplomiranega fizioterapevta na FZAB traja 6 semestrov, od tega je 5400 ur na fakulteti, od tega 1190 ur kliničnega usposabljanja. Klinično usposabljanje je del usposabljanja, kjer se študenti fizioterapije individualno učijo praktičnih veščin v neposrednem stiku z zdravim in bolnim posameznikom in/ali s skupnostjo. Klinično usposabljanje poteka v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnovarstvenih ustanovah in naravnih zdraviliščih pod nadzorom kliničnega mentorja.

1.1 Namen

Namen prispevka je poudariti pomen vloge kliničnega mentorja pri kliničnem usposabljanju bodočih diplomiranih fizioterapevtov v kliničnem okolju. Prispevek želi poudariti urejenost in nadzor nad samim potekom kliničnega usposabljanja študentov fizioterapije v kliničnem okolju, ki je zakonsko urejena in dorečena tudi s strani fakultete. V zadnjem delu prispevka je predstavljena podpora fakultete kliničnim mentorjem pri izvajanju kliničnega usposabljanja študentov v kliničnem okolju. Prispevek je nastal na osnovi pregleda literature in internih aktov, ki so sprejeti na FZAB.

1.2 Metode dela

Osnova zbiranja podatkov in analize virov je bil uporabljen delni pregled literature, za namen predstavitve vsebine in pojmov je bila izbrana opisna raziskovalna metoda. Zbiranje podatkov se je pričelo oktobra 2019. Pri iskanju literature je bila uporabljena bibliografska baza COBISS in interni akti FZAB. Interni akti so bili dostopni na FZAB.

Uporabljeni so bili naslednji termini v slovenščini: klinično usposabljanje, klinični mentorji, učne baze, fizioterapija, standardi fizioterapije v Sloveniji, mentorstvo, klinično okolje. V angleščini so bile uporabljene naslednji termini: students of physiotherapy, clinical environment, mentor, mentorship.

2 Mentorstvo

Mentorstvo je proces, v katerem izkušensko bogat mentor, pomaga študentu pri njegovem učnem razvoju in napredku, ter proces usmerjanja in vodenja mladega neizkušenega človeka z nasveti in pojasnili (Wilcox & Morris, 1988).

Najboljši recept mentorstva je, da deluje usmerjevalno in po vnaprej določeni poti in shemi učnih epizod, ki sistematično vodijo do znanja študenta. Po drugi strani, pa so ne usmerjevalni mentorji, ki delujejo bolj sproščeno in odprto ter prepuščajo mentorstvo sprotnim situacijam in poskušajo vključiti v proces učenja različne pristope, kar študentu olajša učenje oz. osvajanje praktičnih veščin bodočega poklica. Mentorstvo je vedeno individualno

pogojeno, ker je odnos med mentorjem in študentom vedno drugačen, saj gre za komunikacijo med različnimi tipi posameznikov (Čuk, 2014).

Mentorji smo odgovorni za preživetje svojega poklica. V 21. stoletju je razvoj tehnoloških in gospodarskih dosežkov presejal človeške vire, ki postajajo nadomestljivi tudi v zdravstvenih poklicih. Vodilo mentorja pri opravljanju svojega poslanstva bi moralo v prihodnje biti tudi varovanje delovnega mesta in s tem tudi družbenega položaja in samopodobe posameznika (Harari, 2019).

2.1 Klinično usposabljanje študentov fizioterapije

Klinično usposabljanje študentov fizioterapije tekom študija ima pomembno vlogo, zato je potrebno posvetiti veliko pozornosti tej temi. Za prenos praktičnega znanja na študente je potrebno zagotavljati dobre klinične mentorje, ki jih je potrebno kontinuirano izobraževati (Phillip et al., 1997). Klinični mentorji, ki sodelujejo s FZAB imajo obvezno izobraževanje na delavnicah za mentorje, ki jih organizira fakulteta. Vsako leto pa so klinični mentorji pozvani k sodelovanju z lastnimi prispevki na šoli za klinične mentorje. Za povezovanje teorije in prakse je pomembno dobro medsebojno sodelovanje med študenti, kliničnimi mentorji in koordinatorji iz sedeža FZAB.

Klinično usposabljanje študentov fizioterapije se izvaja v institucijah, ki imajo naziv učni zavod in izpolnjujejo vse zahteve v skladu z določili Pravilnika o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod (2005). Izvedbeni načrt kliničnega usposabljanja za posamezno študijsko leto - ki vključuje: mrežo učnih zavodov, razpored študentov, načrt obiskov, dokumentacijo za pisanje poročil - se pripravi na fakulteti. Študenti pridobijo vse potrebne informacije na informacijskem sestanku in na spletni strani fakultete. Študenti morajo pri vključevanju v klinično okolje dosledno upoštevati vse razpisane termine za dodeljene učne zavode in slediti navodilom kliničnega usposabljanja. Fakulteta je dolžna kliničnega mentorja seznaniti o morebitnih individualnih posebnostih študenta, ki potrebuje povečano pozornost ali nadzor pri izvajanju kliničnega usposabljanja. Klinično usposabljanje poteka pod nadzorom kliničnih mentorjev, fakulteta pa je odgovorna za njegovo organizacijo in izvedbo. Klinično usposabljanje študentov fizioterapije FZAB urejajo:

- Navodilo o obveznostih in odgovornostih študenta FZAB pri opravljanju kliničnega usposabljanja in izbirnega kliničnega usposabljanja v učnih bazah;
- Obr. 60-2/2017 Individualno delo študenta na kliničnem usposabljanju;
- Obr. 38-1/2017 Postopek hitrega reševanja nadomeščanja obveznosti na kliničnem usposabljanju;
- Obr. 257-3/2017 Obvestilo o oceni študenta na opravljenem obveznem kliničnem usposabljanju (KU)/izbirnem kliničnem usposabljanju (IKU);
- Obr. 64-1/2017 Obvestilo o odklonu pri izvajanju kliničnega usposabljanja študentov;
- Obr. 101-2/2017 Obvestilo o odklonu;
- Obr. 35-2/2017 Prošnja za nadomeščanje obveznih študijskih obveznosti.

Namen in cilji kliničnega usposabljanja študentov fizioterapije so:

1. letnik

- Razvijanje ustreznega odnosa do sebe, pacientov, mentorja in ostalih strokovnih delavcev, sodelavcev znotraj delovnega okolja fizioterapevtske dejavnosti.
- Razvijanje delovne discipline in ustreznega odnosa do dela v fizioterapiji.

2. letnik

- Aplikacija teoretičnega znanja v prakso in strokovna usposobljenost pri usvajanju zahtevnejših kompetenc s področja fizioterapevtske obravnave.
- Pridobivanje praktičnih veščin za izvajanje in zagotavljanja varne in kakovostne fizioterapevtske obravnave.

3. letnik

- Razvijanje kritičnega mišljenja in sposobnost povezovanja teorije s prakso.

Aktivnosti, ki jih v procesu izobraževanja študent opravlja, so navedene v Zbirni mapi kliničnega usposabljanja fizioterapevtov, ki posameznemu študentu služi kot dnevnik opravljenih aktivnosti v kliničnem okolju. Do zaključka izobraževanja mora študent v kliničnem okolju opraviti vsaj 80 % vseh navedenih aktivnosti. Opravljeno klinično usposabljanje potrdi klinični mentor z oceno in podpisom.

V kliničnem okolju imajo mentorji odločilno vlogo pri pridobivanju in utrjevanju praktičnih veščin ter povezovanju teorije s prakso pri študentih fizioterapije. Pomembno je, kako je mentorstvo v izobraževalnem procesu organizirano in vodeno.

Študenti 1. letnika opravljajo klinično usposabljanje za pridobitev poklicnih kompetenc pri naslednjih učnih enotah:

- Ocenjevalne metode v fizioterapiji, ki potekajo na primarnem zdravstvenem varstvu v Zdravstvenih domovih (ZD).

Študenti 2. letnika opravljajo klinično usposabljanje za pridobitev poklicnih kompetenc pri naslednjih učnih enotah:

- Manualna terapija, ki potekajo na primarnem ali sekundarnem zdravstvenem varstvu v Univerzitetnem kliničnem centru UKC ali ZD.
- Inštrumentalna fizioterapija, ki poteka v ZD.
- Fizioterapija v kirurgiji, travmatologiji in ortopediji, ki poteka v bolnišnicah.
- Kardiorespiratorna fizioterapija, ki poteka v bolnišnicah.
- Klinično usposabljanje 1, ki poteka v katerikoli učni bazi.

Študenti 3. letnika opravljajo klinično usposabljanje za pridobitev poklicnih kompetenc, pri naslednjih učnih enotah:

- Nevrofizioterapija, ki poteka v razvojnih ambulantah in nevroloških oddelkih na primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvenem varstvu.
- Fizioterapija starejših in kronično bolnih, ki poteka v zdravstvenih domovih in domovih za starejše občane.
- Fizioterapija v rehabilitaciji in osnovnem zdravstvu, ki poteka v zdravstvenih domovih in centrih za rehabilitacijo.
- Fizioterapija za zdravje žensk, ki poteka v porodnišnici Kranj.
- Klinično usposabljanje 2, ki poteka v katerikoli učni bazi.

Študenti absolventi pa opravljajo raziskovalno delo v katerikoli učni bazi, kjer poteka raziskava za pripravo diplomskega dela.

2.2 Naloge kliničnega mentorja pri delu s študenti fizioterapije

Klinični mentor ob prvem srečanju s študentom fizioterapije predstavi učno bazo, sodelavce v timu in delovno okolje v katerem klinično usposabljanje poteka. Seznan ga s pravili in notranjimi akti zavoda v katerem usposabljanje poteka.

Klinični mentorji in študenti fizioterapije FZAB so dolžni spoštovati Navodila o obveznostih in odgovornostih študenta FZAB pri opravljanju kliničnega usposabljanja in izbirnega kliničnega usposabljanja v učnih bazah. Klinični mentor pa je odgovoren za:

- seznanitev študentov fizioterapije s učnim načrtom in vso predpisano dokumentacijo;
- udeležba na letnem usposabljanju za klinične mentorje, ki ga organizira FZAB;
- predstavitev institucije, zaposlenih in hišnega reda učne baze v kateri klinično usposabljanje poteka;
- upoštevanje individualnih učnih potreb študentov fizioterapije ter omogočanje učnih situacij ter ustvarjanje pogojev in možnosti za pridobivanje kompetenc za bodoči poklic;
- vključevanje študentov fizioterapije v zdravstveni tim, kjer klinično usposabljanje poteka;
- pridobitev soglasja pacientov, da študenti fizioterapije lahko opazujejo, sodelujejo in/ali izvajajo aktivnosti za katere se usposabljujejo v učni baz;
- klinični mentor ob zaključku kliničnega usposabljanja individualno oceni vsakega študenta fizioterapije po določenih kriterijih. Pogoj za ocenjevanje je 100-odstotna prisotnost na kliničnem usposabljanju. Klinični mentor lahko poda opombe/pohvale ali pripombe za področja, kjer je treba še dopolniti znanje. Posledično so iz teh opomb razvidna študentova močna in šibka področja. Ocenjevanje se izvaja na koncu kliničnega usposabljanja.

2.3 Izobraževanje kliničnih mentorjev

Klinični mentor ima pomembno vlogo v izobraževanju in razvoju bodočih zdravstvenih kadrov (Andrews & Wallis, 1999). Ravno zaradi tega zavedanja je FZAB razvila edinstven model izobraževanja kliničnih mentorjev, ki so vključeni v delavnice in šolo za klinične mentorje. Enkrat letno pa imajo možnost sodelovanja na mednarodni konferenci, ki jo organizira FZAB. V več kot 20 učnih bazah po Sloveniji je preko 800 usposobljenih kliničnih mentorjev, na vseh treh nivojih zdravstvenega varstva, ki sodelujejo s FZAB. Pomembnost podpore celotnega sistema v katerega so vključeni klinični mentorji, menedžment in izobraževalne institucije pa navajajo tudi tuji avtorji (Pellatt, 2006). Raziskava avtorice Ramšak Pajk (2007) je potrdila, da je podobno tudi v Sloveniji. Klinični mentorji si želijo dodatnega znanja s področja stroke in pedagoških vsebin, ki so podpora njihovem delu.

3 Razprava

V izobraževanju bodočih diplomiranih fizioterapevtov klinično usposabljanje predstavlja velik delež izobraževalnega procesa. Študenti v kliničnem okolju pridobijo znanja, veščine in samozavest (Ramšak Pajk, 2007). Ključno vlogo pri izoblikovanju bodočega kadra prevzamejo klinični mentorji, ki usmerjeno vodijo in nadzorujejo potek kliničnega usposabljanja (Elliot, 2002). Kakovostno klinično usposabljanje pa je mogoče le v pozitivnem kliničnem okolju, kjer so dobri odnosi med zaposlenimi in zunanjimi sodelavci. Pomemben pa je tudi dober odnos do mlajših kolegov in osebnih kvalitiet kliničnega mentorja (Papp et al., 2003). Na FZAB je klinično usposabljanje študentov fizioterapije natančno določeno z internimi akti, ki jasno določajo potek kliničnega usposabljanja. Študenti fizioterapije in klinični mentorji so dolžni upoštevati navodila in določbe internih aktov. Posledično je klinično usposabljanje lažje nadzorovati in voditi sam proces mentorstva v kliničnem okolju. Evalvacija mentorstva in kliničnega usposabljanja študentov je obojestranska, kar pomeni da so študentje in mentorji recipročno ocenjeni.

Klinični mentorji se pri opravljanju svoje vloge v izobraževalnem procesu bodočih kadrov srečujejo z mnogimi izzivi. Izobraževalni proces in študenti so drugačni, kot so bili v preteklosti, zato je podpora fakultete kliničnim mentorjem bistvenega pomena. Vodilo kliničnega mentorja danes ni več delati najbolje kar znamo in zmoremo, ampak moramo uravnotežiti svoje izkušnje in pridobiti nova znanja pri delu z današnjimi študenti. V veliko pomoč je mentorjem fakulteta, ki jim kontinuirano svetuje in jih vodi skozi proces kliničnega usposabljanja študentov. Fakulteta vsako leto organizira delavnice za klinične mentorje, kjer vodje delavnic seznanijo mentorje s novostmi izobraževanja in zakonskimi določbami. Na delavnicah imajo mentorji možnost izpostaviti izzive s katerimi se soočajo pri izvajanju kliničnega usposabljanja, kot so študenti s posebnimi potrebami. Nemalokrat se klinični mentorji znajdejo v novih situacijah, kjer jim izkušnje in znanja, ki jih pridobijo na delavnicah omogočajo kakovostno opravljanje mentorstva. Vsako leto so mentorji pozvani tudi k aktivni predstavitvi svojega dela na šoli za klinične mentorje. Fakulteta vsako leto tudi predstavi najmentorje in podeli priznanja za zaslužen delo.

4 Zaključek

Vloga kliničnega mentorja v izobraževanju študentov fizioterapije in mentorstvo v kliničnem okolju bosta v prihodnje ključna pri varovanju poklica fizioterapevt in predstavi študentom kaj zahteva naš poklic. Klinični mentor bo mogel prepoznati sposobnosti in pogled študenta na poklic za katerega se usposablja, ter mu pomagati da lažje doseže svoj cilj. V nasprotnem primeru lahko študent obžaluje svojo poklicno odločitev. Klinični mentorji se moramo zavedati, da so študenti naši bodoči sodelavci in hkrati ogledalo našega mentorskega dela v kliničnem okolju.

Literatura

- Andrews, M. & Wallis, M., 1999. Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 29(1), pp. 201–207.
- Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju. Razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorska disertacija*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, pp. 47–49.
- Elliot, M., 2002. Clinical education: a challenging component of under-graduate nursing education. *Contemporary Nurse*, 12, pp. 69–77.
- Harari, Y.N., 2009. *21 nasvetov za 21 stoletje*. Ljubljana: Mladinska knjiga, pp. 37–69.
- Papp, I., Markkanen, M. & Von Bonsdorf, M., 2003. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23, pp. 262–268.
- Pellatt, G.C., 2006. The role of mentors in supporting pre-registration nursing students. *British Journal of Nursing*, 15(6), pp. 336–340.
- Phillip, A., Alberts, B.M., Brinkman, W.F., Cowling, E.B., Dinneen, G.P., Dresselhaus, M. & Fox, M.A., 1997. *Adviser, Teacher, Role Model, Friend On being a mentor to students in science and engineering*. [online] Available at: <https://www.nap.edu/read/5789/chapter/1> [Accessed 1 March 2020].
- Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod*. Uradni list Republike Slovenije, št. 103.
- Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 71–75.
- Wilcox, G. & Morris, S., 1988. *Razvoj ljudi skozi mentorstvo*. [online] Available at: <https://www.keele.ac.uk/.../What%20is%20Mentoring.docx> [Accessed 5 March 2020].

Zadovoljstvo hospitaliziranih pacijenata i zdravstvenih djelatnika u Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla

Patient and healthcare worker satisfaction in University Clinical Center Tuzla

Selma Sinanović⁶⁷

Senada Mujačić⁶⁸

Sažetak

Uvod: Zadovoljstvo na poslu je bitan faktor u funkcionisanju svake ustanove u cjelini, a zadovoljstvo klijenata koji su oslonjeni na tu ustanovu od presudnog značaja za ukupan kvalitet poslovanja. U zdravstvu koje je složeni sistem društvene djelatnosti ovo je neophodna obaveza rukovodnih struktura na kojoj se treba stalno raditi.

Metode: U Univerzitetskom kliničkom centru Tuzla, u okviru Sektora za organizaciju posla i poboljšanje kvaliteta, odavno se provodi anketiranje i hospitaliziranih bolesnika i zdravstvenog osoblja po raznim aspektima procjene zadovoljstva sa cilje unapređenja pojedinih organizacionih linija i otklanjanja uočenih grešaka.

Rezultati: U ovoj prezentaciji prikazat ćemo anketne upitnike koji su korišteni i istaći neka zapažanja koja su uočena u ovim anketama za zdravstvene djelatnike i hospitalizirane bolesnike u toku 2019 godine. Korišteno je mnoštvo pitanja po raznim aspektima, uz korištenje tro ili petostepene Linkertove skale za odgovore na ponudjena pitanja. Bolesnici su anketirani prije otpusta sa klinika da bi se reducirala lažna objektivnost u odgovorima. Zdravstveno osoblje je anketirano po raznim profilima i radnim mjestima.

Diskusija: Uposlenici Univerzitetskog kliničkog centra, u 2019. godini, su pokazali visok nivo zadovoljstva poslom. Značajan broj zdravstvenih djelatnika je pokazao određeno nezadovoljstvo u nekim segmentima organizacija i rukovođenja. Visok procenat djelatnika se izjasnilo da je doživjelo stres na radnom mjestu. Nezanemarljiv broj zdravstvenih djelatnika smatra da Ustanova ne čini dovoljno kako bi ih zaštitila. Većina anketiranih bolesnika je ponudilo dobre pozitivne odgovore, što upućuje na potrebu da se anketa usavrši sa ubacivanjem pitanja koja će reducirati bias odgovore.

Ključne riječi: *zdravstveni djelatnici, hospitalizirani bolesnici, zadovoljstvo, Univerzitetski klinički centar Tuzla*

Abstract

Introduction: Job satisfaction is an important factor in the functioning of any institution as a whole and the satisfaction of the clients that rely on the said institution is of crucial value for the quality of its operation. In healthcare which is a complex system of social activity, this is a necessary obligation of managing structures that require constant attention and improvement.

Methods: In the University Clinical Center Tuzla under the jurisdiction of the Sector for organization and quality improvement affairs, surveying of hospitalized patients and healthcare staff on various aspects of satisfaction has been implemented for some time. The aim of the aforementioned is to improve organizational aspects and eradicate the identified errors.

Results: In this presentation, the used questionnaires will be shown. We will also present the findings obtained from them in regards to hospitalized patients and healthcare staff in 2019. The questions were introduced in the form of a three- and five-level Likert scale. The patients were given the questionnaire before discharge to avoid false objectiveness while answering. The questionnaires were distributed to healthcare workers of various profiles and positions.

Discussion: The employees of the University Clinical Center Tuzla showed high levels of job satisfaction in 2019. A significant number of healthcare workers showed certain dissatisfaction with some segments of organization and management. A substantial number of healthcare workers think that this institution does not do enough to protect them. The majority of surveyed patients gave positive answers to the questionnaire items, which indicates that the questionnaire needs to be improved by adding bias-reducing items.

Keywords: *healthcare workers, hospitalized patients, satisfaction, University Clinical Center Tuzla*

⁶⁷ MSc Selma Sinanović, Nurse, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, Odsjek zdravstvenih studija, Univerzitetski klinički centar Tuzla, Bosna i Hercegovina, selma.sinanovic@ukctuzla.ba

⁶⁸ Senada Mujačić, Nurse, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli, Odsjek zdravstvenih studija Univerzitetski klinički centar Tuzla, Bosna i Hercegovina

1 Uvod

1.1 Zadovoljstvo pacijenata

Zadovoljstvo pacijenata u sistemu zdravstvene zaštite kao i zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika na poslu je bitan faktor u funkcionisanju svake zdravstvene ustanove u cjelini. Postizanje zadovoljstva korisnika imperativ je zdravstvenim organizacijama koja primjenjuju tržišnu orijentaciju s pozitivnim učincima na lojalnost tih korisnika i bolju ocjenu svojih ustanova. U tim zdravstvenim ustanovama zadovoljstvo korisnika izravno proizlazi iz susreta s uslugom koju dobijaju, odnosno veze između ponude i potražnje usluge.

Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom zaštitom jedan je od pokazatelja njezine kvalitete, a utječe na opće zdravstveno stanje pojedinca, ali i šire društvene zajednice, kako tvrde Grol, et al. (2000).

Najčešće korištena definicijaje da je zadovoljstvo pacijenata "stepen do koga je zdravstveni sistem ispunio očekivanja pacijenata". Zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom zaštitom može poslužiti kao jedan od pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite. Ne samo da zadovoljstvo, pacijenti opisuju vrlo različito nego i ista osoba može u različito vrijeme imati o tome različite stavove. Razlog navedenom je što izvori nezadovoljstva bolesnika u mnogome variraju. Visoki nivoi zadovoljstva bolesnika zdravstvenom skrbi općenito mogu zamaskirati nezadovoljstvo pojedinim elementima. Pacijenti mogu biti nezadovoljni lošim načinom komuniciranja zdravstvenih djelatnika, premda su isti možda vrlo stručni u svom radu.

Historijski posmatrano, pojam zadovoljstva pacijenata se javlja u posljednjih nekoliko decenija pojavom nekoliko studija koje su publikovane sredinom pedesetih godina prošlog stoljeća, a koje su se bavile odnosom medicinske sestre i pacijenta i ljekara u bolnicama u Sjedinjnim američkim državama, a kasnije i u drugim razvijenim zemljama.

1.2 Zadovoljstvo poslom

Zadovoljstvo poslom procjena je karakteristike posla i emocionalnog iskustva na poslu, odnosno smatra se kako zadovoljstvo poslom čini skup stavova o pojedinim dijelovima posla (Mojsilović, et al., 2004; Ilić & Čukljek, 2013).

Važnost je zadovoljstva poslom u tome što su glavni efekti nezadovoljstva izostanak s posla (absentizam), kao i dobrovoljno napuštanje posla (fluktuacija), a s druge strane imamo važnost kvalitete obavljanja zadataka, aktivnosti i produktivnosti na poslu (Brunner & Suddarth, 1988; Šegota, 1995).

Istraživanja o zadovoljstvu poslom ovaj stav označavaju dvoznačno. Zadovoljstvo poslom može se promatrati kao opći stav prema poslu ili prema specifičnim dimenzijama posla kao što su: plaća, napredovanje, nadzor nadređenog, povlastice, potencijalne nagrade, aktivnosti na poslu, suradnici, organizacija rada i komunikacija. Pregledom literature o zadovoljstvu poslom kod medicinskih sestara identificirane su mnogobrojne odrednice koje se mogu svrstati u tri kategorije: one koje se odnose na organizaciju i obavljanje posla, one koje se odnose na međuljudske odnose te one koje se odnose na osobne karakteristike samih djelatnika (Nikić, et al., 2008).

Zadovoljstvo poslom, značajno drugačije od onoga kako ga mi danas definišemo, spominjali su još Frederik Vinslou Tejlor i Frenk Žilbret dvadesetih godina prošlog vijeka, smatrajući da principi naučnog upravljanja značajno smanjuju količinu fizičkog napora neophodnog za izvršavanje radnih zadataka i tako ujedno utiču na psihičko zadovoljstvo ljudi. Naime, prema principima naučnog upravljanja, radnik treba da radi ono što mu se kaže, da postiže najbolje moguće rezultate u najkraćem mogućem vremenu, i za to će biti pošteno plaćen. Tejlorova osnovna pretpostavka bila je da, ukoliko pojedinac prihvati osnovna načela naučnog upravljanja kao sopstvena, uz najmanje moguće ulaganje napora postizaće

najbolje rezultate i dobijati najvišu moguću platu, a to će voditi visokom zadovoljstvu poslom kod pojedinca. Dakle, prema ovoj teoriji, novac, tj. plata je odgovorna za razvoj zadovoljstva poslom kod pojedinaca. Na temeljima Hotorn studije razvila se Doktrina ljudskih odnosa koja ukazuje na značaj socijalne motivacije za rad, te da zadovoljstvo poslom predstavlja socijalni stav koji, pored kognitivnog i konativnog aspekta, čine i emocije, tj. osećanja (Wright, 2006).

Uvođenje zadovoljstva poslom, u naučne krugove učinio je Hopok (Hoppock, 1935 cited in Wright, 2006) koji smatra da je zadovoljstvo poslom kombinacija psiholoških i fizioloških okolnosti, kao i okolnosti okruženja koje uzrokuju da zaposleni kaže: „ja sam zadovoljan svojim poslom“. Danas u literaturi srećemo dva osnovna koncepta kada je u pitanju zadovoljstvo poslom.

Prvi pristup je holistički, koji zadovoljstvo poslom smatra jednodimenzionalnim konstruktom. To je stav osobe prema poslu, jedno centralno osjećanje vezano za posao koje se ne dijeli na pojedinačne aspekte. Drugi pristup zadovoljstvu poslom je aditivni pristup koji ovaj konstrukt posmatra kao višedimenzionalni. Prema ovom pristupu zadovoljstvo poslom čini zadovoljstvo pojedinim aspektima posla. Ono što osoba osjeća prema poslu je suma zadovoljstava pojedinim aspektima posla.

Mjerenje zadovoljstva poslom u zdravstvenoj ustanovi je neophodna obaveza rukovodnih struktura na kojoj se treba stalno raditi.

1.3 Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga

Zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga kao i zdravstvenih djelatnika u Federaciji BiH regulisano je i Zakonom o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu, koji je donio Parlament Federacije BiH na sjednici Predstavničkog doma od 13. aprila 2005. godine i na sjednici Doma naroda od 29. jula 2005. godine (Službene novine FBiH, 2005).

2 Cilj

Cilj ovog rada je prikaz anketnih upitnike i isticanje nekih zapažanja koja su vezana za zadovoljstvo, a uočena u ovim anketama za hospitalizirane pacijente i zdravstvene djelatnike u toku 2019 godine u Univerzitetkom kliničkom centru (UKC) Tuzla.

3 Ispitanici i metode

U Univerzitetkom kliničkom centru Tuzla, u okviru Sektora za organizaciju posla i kontrolu kvaliteta, od 2008.godine se provodi anketiranje i hospitaliziranih bolesnika i zdravstvenog osoblja po raznim aspektima procjene zadovoljstva sa ciljem unapređenja pojedinih organizacionih linija i otklanjanja uočenih grešaka. Upitnici su dizajnirani na osnovu kriterija iz Akreditacijskih standarda za bolnice i na osnovu seta indikatora za bolnice uspostavljenih od strane AKAZ-a.

Anketnim upitnikom za pacijente obuhvaćena su pitanja koja se odnose na: prijem, ljekare i tretman, sestrinsku njegu, laboratoriju i radiologiju, kliničke psihologe i socijalne radnike, ishranu, komfor, čistoću, ostalo osoblje, otpust-informacije i rezultat liječenja, posjetioce i ukupnu ocjenu.

Zdravstveno osoblje je anketirano po raznim profilima i radnim mjestima. Zadovoljstvo je ispitivano po različitim aspektima, kao što su: stručno usavršavanje, rukovođenje, organizacija posla, sigurnost, fizičko nasilje i diskriminacija.

Korišteno je mnoštvo pitanja po raznim aspektima, uz korištenje tro ili petostepene Likertove skale za odgovore na ponuđena pitanja.

4 Rezultati

U oktobru 2019. godine provedeno je ispitivanje zadovoljstva hospitaliziranih pacijenata putem anketnog upitnika. Ukupno je anketirano 327 popunjenih upitnika. Od ukupnog broja anketiranih 57% je ženskog, a 43% muškog spola. Što se tiče starosne strukture 16% je između 21 i 34 godine starosti; 17% je između 35 i 44 godine starosti; 38% je između 45 i 54 godina starosti, 29% ima više od 55 godina. Velika većina pacijenata ima pozitivan stav o odnosu medicinskih sestara i zdravstvenoj njezi. (Tabela 1).

Tabela 1: Zadovoljstvo hospitaliziranih pacijenata zdravstvenom njegom

U kojoj mjeri se slažete sa sljedećim:	Ponuđeni o odgovori	Procenat odgovora
Medicinska sestra-tehničar na prijemu se odnosila sa ljubaznošću i poštovanjem	Slažem se	93%
C) SESTRINSKA NJEGA		
U toku Vašeg boravka u bolnici koliko često se (je) medicinska sestra-tehničar:		
1. Odnosila prema Vama ljubavno i sa poštovanjem	Uvijek	88%
2. Pažljivo Vas slušala?	Uvijek	85%
3. Objasnila stvari na način koji Vam je razumljiv?	Uvijek	86%
4. Dala potrebne informacije u vezi sa njegom ?	Uvijek	88%
5. Uvažila Vaše posebne ili lične potrebe?	Uvijek	86%
6. Blagovremeno reagovala na Vaš poziv na dugme kada ste trebali pomoć?	Uvijek	86%
7. Ako nema dugmeta za poziv, blagovremeno reagovala na drugi način pozivanja kada ste trebali pomoć?	Uvijek	85%
8. Bila ljubazna u kontaktu sa članovima porodice/licima koja o Vama brinu?	Uvijek	91%

U toku 2019. godine provedeno je i ispitivanje zadovoljstva djelatnika putem anketnog upitnika. Anketnim upitnikom obuhvaćena su pitanja izvršavanja radnih zadataka, komunikacije, rukovođenja, stručnog usavršavanja, i druga pitanja od značaja za rad i usklađivanje profesionalnih aktivnosti i privatnog života.

Ukupno popunjeno je 106 upitnika.

Anketirani su rukovodioci svih nivoa (Načelnik klinike/poliklinike/sektora/zavoda/glavnasestra-tehničar/šef odjeljenja/službe/servisa/odgovorna medicinska sestra-tehničar). Ukupno anketirano 36 rukovodioca ili 21% od ukupnog broja anketiranih djelatnika, od toga je 36% muškaraca, a 64% žena; 11% je starosne dobi od 31-40 godina, 58% je starosne dobi od 41-50 godina, a 31% od 51-65 godina starosti; 3% radi u Ustanovi 5-10 godina, 11% radi u Ustanovi 11-15 godina, a 86% radi u Ustanovi duže od 15 godina; 86% su zdravstveni radnici sa VSS, 6% je zdravstvenih djelatnika sa VŠ, 2% je zdravstvenih djelatnika sa SSS.

Od ostalih zdravstvenih djelatnika ukupno je anketirano 70 djelatnika ili 40% od ukupnog broja anketiranih djelatnika, od toga je 35% muškaraca i 65% žena; 14% je starosne dobi do 30 godina, 25% od 31-40 godina, 39% od 41-50 godina i 21% od 51-65 godina starost, 7% radi u Ustanovi manje od godinu dana, 3% radi u Ustanovi 1-2 godine, 10% radi u Ustanovi 2-5 godina, 3% radi u Ustanovi 6 do 10 godina, 11% radi u Ustanovi 11 do

15 godina i 66% radi duže od 15 godina. Većina je zadovoljna poslom, no nije zanemariv procent onih koji rade prekovremene sate, velik procent je doživljava stres na radnom mjestu, te priličan broj zdravstvenih djelatnika smatra da nisu adekvatno uključeni u donošenje odluka (Tabela 2).

Tabela 2: Zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika

Pitanje	Odgovor	Rukovodno osoblje svih nivoa	Zdravstveni radnici sa VSS
Daje mi jasnu povratnu informaciju o poslu koji obavljam	nikako se ne slažem	0%	6%
	ne slažem se	3%	3%
	ni se slažem ni se ne slažem	17%	22%
	slažem se	47%	41%
	u potpunosti se slažem	33%	28%
Da li ste doživjeli stres na radnom mjestu	da	78%	70%
	ne	22%	30%
U prosjeku, koliko dodatnih sati radite u toku sedmice?	0 sati sedmično	36%	37%
	do 5 sati sedmično	34%	35%
	6-10 sati sedmično	22%	17%
	> 10 sati sedmično	8%	11%

5 Diskusija

Slična istraživanja su provođena i u našem okruženju i dobijeni su slični postotci zadovoljstva pacijenata. Jedno takvo istraživanje je „Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom pruženih usluga zdravstvene skrbi u Kliničkom zavodu za nuklearnu medicinu i zaštitu od zračenja“ Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Studij sestrinstva. Nadalje, istraživanje presječne studije koje je provedeno od juna 2010. do decembra 2010. u pet javnih bolnica u Addis Abebi, je istaklo da su organizacijska predanost, zadovoljstvo poslom i radno iskustvo značajni prediktori uspješnosti rada medicinskih sestara. Zdravstvena organizacija bi trebala više pažnje posvetiti čimbenicima koji doprinose zadovoljstvu poslom i organizacijskim obavezama za poboljšanje radnih sposobnosti zdravstvenih djelatnika (Negussie & Berehe, 2016).

Anketirani pacijenti, koji su bili hospitalizirani u Univerzitetkom kliničkom centru Tuzla u toku 2019. godine, su pokazali visok nivo zadovoljstva odnosom i tretmanom zdravstvenih radnikadjelatnika, gdje su se pozitivni stavovi kretali od 82% do 97%. Za razliku od zadovoljstva i pozitivnog stava u odnosu na pitanja koja se odnose na ishranu i prostor, koji su nešto nižeg nivoa i kretali su se od 46% do 89%.

Anketirani uposlenici Univerzitetkog kliničkog centra, u 2019. godini, su pokazali visok nivo zadovoljstva poslom. Značajan broj zdravstvenih djelatnika je pokazao određeno nezadovoljstvo u nekim segmentima organizacija i rukovođenja, kao što je „Uključivanje osoblja u donošenje odluka“ od strane rukovodioca, njih 22% ima neutralan stav a više od 10% negativan. Preko 50% djelatnika radi 5 do 10 dodatnih sati mjesečno. U dijelu upitnika koji se odnosi na zdravlje i sigurnost, 78% djelatnika se izjasnilo da je doživjelo stres na radnom mjestu a istovremeno njih 22% misli da nema a 41% ne zna da ima pristup uslugama

savjetovanja u Ustanovi. Nezanemarljiv broj zdravstvenih djelatnika smatra da Ustanova ne čini dovoljno kako bi ih zaštitila.

Uočene su i manjkavosti upitnika, što bi se moglo popraviti u cilju dobijanja vjerodostojnijih i potpunijih odgovora.

6 Zaključak

Anketirani pacijenti su pokazali visok nivo zadovoljstva odnosom i tretmanom zdravstvenih djelatnika, gdje su se pozitivni stavovi kretali od 82% do 97%. Za razliku od zadovoljstva i pozitivnog stava u odnosu na pitanja koja se odnose na ishrau i prostor, koji su nešto nižeg nivoa i kretali su se od 46% do 89%. Većina zdravstvenih djelatnika je uopšteno zadovoljno svojim poslom i radnim zadacima, kao i komunikacijom. U dijelu upitnika koji se tiče rukovođenja, većina smatra da nisu dovoljno uključeni u donošenje odluka. Zadovoljni su stručnim usavršavanjem. Nezanemarljiv broj zdravstvenih djelatnika smatra da Ustanova ne čini dovoljno kako bi ih zaštitila.

Literatura

- Brunner, L.S. & Suddarth, D.S., 1988. *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carr-Hill, R., 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health*, 14(3), pp. 236-249.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H.P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J. & European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP), 2000. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 50(460), pp. 882-887.
- Ilić, B. & Čukljek, S., 2013. Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. In: *Zbornik radova 11. simpozija Medicinska informatika*. Dubrovnik: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, pp. 33-36.
- Mojslović, Z., 2004. *Sestrinstvo u zajednici: priručnik za studij sestrinstva*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
- Negussie, N., & Berehe, C., 2016. Factors affecting performance of public hospital nurses in Addis Ababa region, Ethiopia. *Journal of The Egyptian Public Health Association*, 91(1), pp. 26-30.
- Nikić, D., Arandžević, M., Nikolić, M. & Stanković, A., 2008. Zadovoljstvo poslom kod zdravstvenih radnika. *Acta Medica Medianae*, 47(4), pp. 9-12.
- Šegota, I., 1995. Etika sestrinstva: smiju li medicinske sestre štrajkati. *Društvena istraživanja: časopis za društvena istraživanja*, 4(1), pp. 101-124.
- Wright, T.A., 2006. The emergence of job satisfaction in organizational behavior: A historical overview of the dawn of job attitude research. *Journal of Management History*, 12(3), pp. 262-277.
- Zakon o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu*, 2005. Službene novine Federacije BiH, br. 59/05.

Prenova srednješolskega programa zdravstvena nega

Overhaul of secondary school program nursing care

Maja Štampihar⁶⁹

Izvleček

Teoretična izhodišča: Prispevek se ukvarja s spremembami srednješolskega izobraževalnega programa Zdravstvena nega, ki so se začele uvajati v šolskem letu 2019/20. Zanima nas predvsem oblikovanje novega predmetnika ter vsebina strokovnih modulov.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna in primerjalna analiza dela. Podatki za obravnavo novega izobraževalnega programa sta javno objavljena veljavna izobraževalna programa, v okviru katerega sta tudi predmetnik in katalogi znanj strokovnih modulov. Izvršena je primerjava starega in novega predmetnika, vsebinska analiza temeljnih strokovnih modulov ter sinteza s predvidenimi rezultati danih sprememb.

Rezultati: Rezultati kažejo, kako je Center RS za poklicno izobraževanje skušal korigirati obseg znanj tehnikov/tehnic zdravstvene nege in tako skušal odgovoriti na spremenjene izzive sodobnosti.

Razprava: Spremembe srednješolskega izobraževanja v programu Zdravstvena nega skušajo v večji meri poenotiti program na zdravstvenih šolah in prisluhniti potrebam prakse in novim zahtevam družbe.

Ključne besede: *srednješolsko izobraževanje, zdravstvena nega, tehnik zdravstvene nege*

Abstract

Theoretical background: This article presents an overhaul of the secondary school program Nursing Care to which changes were introduced in the 2019/20 school year. We are particularly interested in the development of a new curriculum and the content of specialized modules

Method: We conducted a descriptive and comparative analysis of work. The data regarding the new program was retrieved from two publicly available educational programs including the curriculum and the catalog of knowledge standards. Moreover, we compared the old and the new curriculum, carried out a content analysis of the basic specialized modules, and outlined the envisaged results of the newly-introduced changes.

Results: The results show how the Institute of the Republic of Slovenia for Vocational Education and Training tried to amend the knowledge standards for healthcare technicians to adapt them to the challenges of the modern world.

Discussion: The changes introduced to the nursing care programme aim to harmonize the program across all healthcare schools and also to take into account the needs in practice and the new requirements of the society.

Keywords: *secondary education, nursing care, healthcare technician*

1 Uvod

Na 169. seji Strokovnega sveta za poklicno in strokovno izobraževanje, 14. 12. 2018, je bil sprejet prenovljen program Zdravstvena nega 2019, ki izobražuje za poklic tehnik zdravstvene nege/tehnic zdravstvene nege. Učenci so se prvič vpisali v prenovljen program v šolskem letu 2019/20, na srednjih zdravstvenih šolah se tako izvaja 1. letnik prenovljenega programa. Dijaki višjih letnikov se izobražujejo še po starem programu Zdravstvena nega in po končanem izobraževanju pridobijo naziv srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. Program se izteče 31. 8. 2022, zadnji dijaki po starem programu bodo zaključili izobraževanje 31. 8. 2024 (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2019a).

Kot piše v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, spremenjene družbene in

⁶⁹ Maja Štampihar, dipl. m. s., Srednja šola Jesenice, Slovenija, maja.stampihar@gmail.com

zdravstvene potrebe narekujejo širši nabor znanj, ki jih potrebuje diplomirana medicinska sestra in tudi njena strokovna sodelavka – srednja medicinska sestra/srednji zdravstvenik. Predvsem zaradi potreb starajoče se slovenske populacije in stremjenja k celostni (integrirani zdravstveno-socialni) dolgotrajni oskrbi v domačem okolju in drugje je bilo potrebno dodati nove vsebine, ki ustrezajo potrebam sodobnega časa (Kadivec, et al, 2013). Ažman (2019) poudarja spreminjajoče se zdravstvene potrebe prebivalstva, vedno starejšo populacijo in vedno krajšo zdravstveno obravnavo v bolnišnicah kot izzive sodobne družbe, s katerimi se sooča medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege.

Do katerih sprememb pa je na nivoju srednješolskega izobraževanja v resnici prišlo, bo pokazala primerjava med starim in novim izobraževalnim programom.

2 Izobraževalni program zdravstvena nega

2.1 Cilji izobraževalnih programov

Cilji kot izhodišča za oblikovanje vsebin predmetnika izobraževalnega programa razširijo obseg vsebin z zdravstvene nege še na socialno ter dolgotrajno oskrbo. Tako se v večini izmed trinajstih ciljev novega izobraževalnega programa pojavlja sintagma zdravstvena nega, socialna oskrba in dolgotrajna oskrba. Kot primere navajamo tri cilje izmed enajstih, kjer zasledimo omenjeno sintagma:

- se usposobijo za izvajanje in/ali sodelovanje pri načrtovanju, pripravi in izvajanju aktivnosti v zdravstveni negi, socialni oskrbi in dolgotrajni oskrbi,
- se usposobijo v nepričakovanih in neželenih situacijah pri zdravstveni negi, socialni oskrbi in dolgotrajni oskrbi,
- se usposobijo za vključevanje pacientovih/uporabnikovih bližnjih in/ali zanj pomembnih predstavnikov socialne mreže pri realizaciji načrtovanih aktivnosti v zdravstveni negi, socialni oskrbi in dolgotrajni oskrbi (MIZŠ, 2017a; 2019b).

Analizirajmo cilje, ki so specifični za prenovljen izobraževalni program:

- se usposobijo za izpolnjevanje ali sodelovanje pri urejanju dokumentacije s področja zdravstvene nege, socialne oskrbe in dolgotrajne oskrbe,
- upoštevajo predpise in standarde na področju varovanja osebnih in drugih občutljivih podatkov ter sodelujejo pri izpolnjevanju in ravnanju z občutljivo zdravstveno dokumentacijo in dokumentacijo socialne oskrbe,
- racionalno uporabljajo in vzdržujejo materiale, opremo in pripomočke in druge vire za poklicno delo ter poskrbijo za ustreznost prostora za izvajanje zdravstvene nege, socialne oskrbe in dolgotrajne oskrbe,
- se zavedajo pomena varovanja lastnega zdravja in okolja ter zagotavljanja varnosti vseh vključenih v zdravstveno-socialno obravnavo.

Če izvzamemo primerljive cilje s starim izobraževalnim programom odgovarjajo izzivom časa še nekateri novi cilji, ki so odraz aktualnih problemov današnjega časa. Ažman (2019) omenja množico administrativnih obremenitev, v katerih se izgubljajo izvajalci zdravstvene nege, pa tudi na neustrezno urejen pravni red za zaposlene v zdravstveni negi. Ne preseneča nas torej poudarjanje pomena urejanja dokumentacije s področja zdravstvene nege, dolgotrajne in socialne oskrbe ter poznavanja predpisov in standardov na področju varovanja osebnih in drugih občutljivih podatkov (MIZŠ, 2019b).

Tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege naj bi racionalno uporabljal ter vzdrževal materiale, opremo in pripomočke ter poskrbel za ustreznost prostora za izvajanje

svoje poklicne prakse. Poudarja se tudi zaščita zdravja zdravstvenega delavca pri svojem delu kot tudi zaščita vseh vključenih v zdravstveno-socialno obravnavo (MIZŠ, 2019b). Širjenje prostora (vsakdanje življenje uporabnika) in nalog stopnjuje zahtevnost in uporabnost poklicnega področja. Če je bil v preteklosti izrazit poudarek na interakciji med pacientom in medicinsko sestro, danes tehnik zdravstvene nege pridobi znanje tudi za naloge, ki niso vezane na živo interakcijo z ljudmi.

2.2 Naziv poklicne izobrazbe

Kot je zapisano v Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, EU določa minimalne zahteve za šolanje in usposabljanje medicinskih sester, kar naj bi omogočilo prost pretok delovne sile (medicinskih sester) na območju EU, hkrati pa to pomeni tudi priporočilo glede usklajevanja izobraževanja. Minimalnim kriterijem za doseg izobrazbenega standarda zadostijo le tiste medicinske sestre, ki so že ali bodo dokončale program za poklic diplomirane medicinske sestre, vsekakor pa ne tehnik zdravstvene nege. Zato je potrebna sprememba poklicnega standarda, kjer je potrebna sprememba strokovnega naslova srednja medicinska sestra v zdravstveni tehnik (naziv medicinska sestra je rezerviran za nosilko dejavnosti) (Kadivec, et al, 2013). Tako prenovljeni izobraževalni program izobražuje za poklic tehnik zdravstvene nege/tehnica zdravstvene nege.

2.3 Predmetnik

Novi predmetnik se od starega razlikuje v delno spremenjenih strokovnih modulih, v številu ur odprtega kurikulumu ter praktičnega pouka.

Tabela 1: Obvezni strokovni moduli v starem in novem izobraževalnem programu

Obvezni strokovni moduli – program Zdravstvena nega	Obvezni strokovni moduli – program Zdravstvena nega 2019
Zdravstvena nega	Zdravstvena nega in nujna medicinska pomoč
Anatomija in fiziologija	Anatomija, fiziologija in mikrobiologija Paliativna zdravstvena nega
Varovanje zdravja	Skrb za zdravje
Kakovost v zdravstveni negi	Kakovost in varnost v zdravstveni negi in socialni oskrbi
Zdravstvena nega otroka in mladostnika	Zdravstvena nega otroka in mladostnika
	Dolgotrajna oskrba
	Zdravstvena nega na specialnih področjih

(MIZŠ 2019c; 2017b)

Tabela 2: Izbirni strokovni moduli v starem in novem izobraževalnem programu:

Izbirni strokovni moduli – program Zdravstvena nega	Izbirni strokovni moduli – program Zdravstvena nega 2019
Zdravstvena nega v psihiatrični dejavnosti	Zdravstvena nega v zobozdravstveni dejavnosti
Paliativna zdravstvena nega	Zdravstvena terminologija
Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti	Vzgoja za socialne vrednote
Zdravstvena nega v zobozdravstveni dejavnosti	Zdravstvena nega in socialna oskrba v domačem okolju
Zdravstvena nega v reševalni dejavnosti	Patologija

(MIZŠ 2019c; 2017b)

Že površna primerjava nabora strokovnih modulov v prenovljenem izobraževalnem programu pokaže, da program Zdravstvena nega 2019 sledi izhodiščnim ciljem, kjer se poleg zdravstvene nege dodatno izpostavlja dolgotrajna in socialna oskrba. To znanje se podaja prek obveznih strokovnih modulov dolgotrajna oskrba ter kakovost in varnost v zdravstveni negi in socialni oskrbi in izbirnih strokovnih modulov vzgoja za socialne vrednote ter zdravstvena nega in socialna oskrba v domačem okolju, s čimer se je krepko presegle vsebine, ki so se v preteklem izobraževalnem programu približevale aktualnim novostim – to sta bila izbirna modula paliativna zdravstvena nega ter zdravstvena nega v geriatrici dejavnosti. Nove vsebine omogočajo dodatne možnosti glede znanja izvajalcev. Med izvajalci določenih strokovnih modulov (dolgotrajna oskrba, vzgoja za socialne vrednote) je lahko tudi učitelj z visokošolsko izobrazbo iz socialnega dela (MIZŠ, 2019c). Ta izobrazba v preteklem izobraževalnem programu ni omogočala poučevanja nobenega strokovnega modula v programu zdravstvena nega (MIZŠ, 2017b).

Tabela 3: Primerjava števila ur starega in prenovljenega izobraževalnega programa

	Zdravstvena nega	Zdravstvena nega 2019
Skupno število ur izobraževalnega programa	4891 ur	4982 ur
Strokovni moduli	1496 ur	1783 ur
Odprti kurikulum	596 ur	400 ur
Izbirni modul	238 ur	70 ur
Praktični pouk v šoli	714 ur	815 ur

(MIZŠ 2019c; 2017b)

Skupno število ur celotnega izobraževalnega dela se je s 4891 ur povečalo na 4982 ur, kar se odraža tudi na večjem številu ur v strokovnih modilih, kot je razvidno v preglednici 3. V duhu poenotenja strokovnih vsebin na zdravstvenih šolah se zmanjšuje prosta izbirnost glede vsebin posameznih zdravstvenih šol. Zmanjšalo se je število ur v odprtem kurikulumu (s 596 ur na 400 ur), prav tako se je zmanjšalo število ur izbirnega modula (z 238 ur na 70 ur). S tem se najbrž skuša zajezi prevelika razhajanja v znanju dijakov. Dijak posamezne zdravstvene šole, ki se izobražuje po starem programu, lahko prisostvuje pri 834 ur pouka s popolnoma drugačnimi vsebinami kot dijak druge zdravstvene šole, sedaj se vsebine razlikujejo skoraj za polovico manj (470 ur). Povečuje se število za praktični pouk v šoli, ki poteka v okviru strokovnih modulov, s čimer se skuša teoretična izhodišča čim bolj povezati s delovnim poklicnim okoljem (MIZŠ 2019c; 2017b).

2.4 Prenovljeni in novi strokovni moduli

Modul zdravstvena nega in nujna medicinska pomoč sledi dokumentu Ministrstva za zdravje Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege (2019) ter upošteva smernice o aktivnosti tehnikov zdravstvene nege na področju zagotavljanja temeljnih življenjskih potreb, kot je razvidno tudi v predhodnem izobraževalnem programu (Ažman & Prestor, 2019):

- pomoč pacientu pri dihanju,
- pomoč pacientu pri prehranjevanju,
- pomoč pacientu pri izločanju in odvajanju,
- pomoč pacientu pri gibanju in ustrezni legi,
- pomoč pacientu pri spanju in počitku,
- pomoč pacientu pri izbiri oblačil, pri oblačenju in slačenju,

- pomoč pacientu pri vzdrževanju normalne telesne temperature,
- pomoč pacientu pri osebni higieni in urejenosti,
- pomoč pacientu pri zagotavljanju varnega okolja,
- pomoč pacientu pri komunikaciji in izražanju potreb, čustev,
- pomoč pacientu pri izražanju duhovnih potreb,
- pomoč pacientu pri delu ali ustvarjalni zaposlitvi,
- pomoč pacientu pri razvedrilu in rekreaciji,
- pomoč pacientu pri učenju in skrbi za lastno zdravje.

Naštete so še druge poklicne aktivnosti tehnikov zdravstvene nege, ki so upošteevane tudi v temeljnem strokovnem modulu zdravstvena nega (Ažman & Prestor, 2019):

- aktivnosti organizacije dela in razvoja stroke zdravstvene nege,
- aktivnosti vodenja kakovosti in zagotavljanja varnosti,
- aktivnosti preprečevanja in obvladovanja okužb, povezanih z zdravstvom,
- aktivnosti psihične in fizične priprave pacientov,
- aktivnosti priprave in dajanja zdravil, učinkovin, krvi in krvnih pripravkov,
- aktivnosti diagnostično-terapevtskih posegov.

Fizikalne zakonitosti diagnostičnih in terapevtskih naprav ter pripomočkov v zdravstvu ter nujna medicinska pomoč sta prav tako vsebini, ki sta prisotni že starem modulu zdravstvena nega (Ažman & Prestor, 2019).

Modul zdravstvena nega na specialnih področjih izobražuje bodoče izvajalce zdravstvene nege za (Katalog znanja »Zdravstvena nega na specialnih področjih, 2019):

- izvajanje zdravstvene nege pacienta s kirurškimi obolenji,
- izvajanje zdravstvene nege pacienta z internističnimi in onkološkimi obolenji,
- izvajanje zdravstvene nege v ginekologiji in porodništvu,
- izvajanje zdravstvene nege in oskrbe na področju duševnega zdravja,
- izvajanje zdravstvene nege pacienta z infekcijskimi obolenji.

Specialna področja sledijo aktualnim potrebam sodobne družbe.

Na prvi pogled je novost v izobraževalnem programu modul dolgotrajna oskrba. Dolgotrajna oskrba je dejavnost, ki med seboj povezuje službe in izvajalce zdravstvenega in socialnega varstva z namenom zagotoviti učinkovito pomoč ljudem, ki so zaradi posledic bolezni, poškodb invalidnosti ali splošne oslabelosti pri izvajanju temeljnih in podpornih življenjskih aktivnosti delno ali popolnoma odvisni od pomoči drugih v daljšem časovnem obdobju (Resolucija, 2008). Z modulom dijak pridobiva kompetence za izvajanje dolgotrajne oskrbe, zdravstvene nege in socialne oskrbe starejših oseb, oseb s posebnimi potrebami ter za izvajanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe (Katalog znanja »Dolgotrajna oskrba«, 2019). Vsebine so bile prisotne že v starem programu (paliativna zdravstvena nega, zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti), vendar so bile izbirne, sedaj pa so obvezne za vse dijake zdravstvenih šol. Izbirnemu modulu je bilo namenjeno kar 238 ur, modulu dolgotrajna oskrba le 160 ur. V novem programu so novost vsebine zdravstvene nege in socialne oskrbe oseb s posebnimi potrebami (MIZŠ 2019c; 2017b).

So mogoče tudi v izbirnem modulu zdravstvena nega in socialna oskrba v domačem okolju skrite vsebine starega izobraževalnega programa? Na to vprašanja nikakor ne moremo odgovoriti pritrdilno, saj gre za vsebine, ki so odraz sodobnih demografskih trendov, ko se število starejših oseb naglo povečuje, zaradi česar je potrebna tudi socialna in zdravstvena oskrba na domu. Nove vsebine v izbirnem modulu vzgoja za socialne vrednote pripravljajo dijake za izvajanje uspešne komunikacije in konstruktivno reševanje konfliktnih

situacij v delovnem okolju, na aktivno vlogo pri oblikovanju delovnega vzdušja v skupini ter na spoštovanje drugačnosti v osebnem in profesionalnem življenju, kar so v 21. stoletju postala še kako pomembna vedenja, ki sploh omogočajo udeležanje ostalih poklicnih kompetenc (Katalog znanja »Vzgoja za socialne vrednote«, 2019).

3 Zaključek

Odstopanja novega izobraževalnega programa od starega niso tako izrazita, kot je bilo najbrž pričakovati. Opazno je zapiranje kurikula, kar omogoča manjšo vsebinsko fleksibilnost in nižjo odzivnost na potrebe lokalnega okolja in želje dijakov. Poenotenje vsebin so povzročile potrebe po dolgotrajni in socialni oskrbi tako v institucionalnem kot domačem okolju na celotnem ozemlju Republike Slovenije. Spreminjajoča se demografska slika, inflacija administrativnih opravil, zakonskih in podzakonskih predpisov, stresnih situacij so vplivale na oblikovanje novih ciljev in vsebin v prenovljenem programu Zdravstvena nega 2019. Da se oblikovalci izobraževalnega programa zavedajo pomena povezave teoretičnega in praktičnega pouka, se kaže v dvigu praktičnega pouka v šoli na skoraj 50 % pouka v strokovnih modulih (MIZŠ 2019c; 2017b). Ali pa bodo vnesene spremembe pripomogle k ustreznosti usposobljenosti tehnika zdravstvene nege za potrebe slovenske družbe, bo pokazal šele čas.

Literatura

- Ažman, M., 2019. Utrinki časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 100-103.
- Ažman, M. & Prestor, J., eds. 2019. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5._2019_sprejete.pdf [Accessed 6 March 2020].
- Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Žavrl Džananović, D. & Bregar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97-112.
- Katalog znanja »Zdravstvena nega na specialnih področjih«*, 2019. Uradni list Republike Slovenije št. 8/2019.
- Katalog znanja »Dolgotrajna oskrba«*, 2019. Uradni list Republike Slovenije št. 8/2019.
- Katalog znanja »Vzgoja za socialne vrednote«*, 2019. Uradni list Republike Slovenije št. 8/2019.
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2017a. *Srednješolski izobraževalni programi. Srednje strokovno izobraževanje. Zdravstvena nega/SSI. Splošni del*. [online] Available at: http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2019/programi/Ssi/zdravstvena_nega/spl-del.htm [Accessed 6 March 2020].
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2017b. *Srednješolski izobraževalni program. Posebni del. Predmetnik: Zdravstvena nega/SSI*. [online] Available at: http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2019/programi/Ssi/zdravstvena_nega/posebnidel.htm [Accessed 6 March 2020].
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2019a. *Srednje strokovno izobraževanje*. [online] Available at: <http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2019/programi/Ssi/tehnisko.htm> [Accessed 6 March 2020].
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2019b. *Srednješolski izobraževalni programi. Srednje strokovno izobraževanje. Zdravstvena nega SSI 2019. Splošni del*. [online] Available at: <http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2019/programi/Ssi/zdravstvena-nega/spl-del.htm> [Accessed 6 March 2020].
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (MIZŠ), 2019c. *Srednješolski izobraževalni program. Posebni del. Predmetnik: Zdravstvena nega SSI 2019*. Available at: <http://eportal.mss.edus.si/msswww/programi2019/programi/Ssi/zdravstvena-nega/posebnidel.htm> [Accessed 6 March 2020].
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«*, (ReNPZV). Uradni list Republike Slovenije št. 72/2008.

Klinično sklepanje pri obravnavi težav v ramenskem sklepu po principih in klinični praksi Maitland koncepta – poročilo o primeru

Clinical reasoning in the management of the shoulder complex impairments according to the Maitland concept – case report

Barbara Pantar⁷⁰

Izvleček

Uvod: Pogostost pojava živčno mišično-skeletnih okvar v predelu ramenskega sklepa se uvršča na drugo mesto med kroničnim obolenji mišičnoskeletnega sistema. Fizioterapevska obravnava funkcionalne prizadetosti ramenskega sklepa je kompleksen proces pregledovanja, oblikovanja in potrjevanja hipotez ter sprotnega preverjanja učinkov fizioterapevtskih pristopov.

Metode: V prispevku bomo na primeru pacienta s težavo v ramenskem sklepu uporabili postopek pregledovanja, obravnave in preverjanja učinkov fizioterapevtskih postopkov, ki temeljijo na principih Maitland koncepta.

Rezultati: S pomočjo usmerjenega pogovora in sistematičnega fizioterapevtskega pregleda smo prepoznali pravi izvor simptomov in uspešno rešili pacientov funkcionalni problem.

Zaključki: Z opisanim načinom kliničnega razmišljanja, oblikovanjem hipotez in sprotim preverjanjem učinkov terapevtskih postopkov, postavimo pacienta z njegovim problemom in funkcionalno nezmožnostjo v ospredje.

Ključne besede: ramenski sklep, manualna terapija, oblikovanje fizioterapevtske hipoteze, biomedicinska diagnoza

Abstract

Background: The incidence of neuro-muscular-skeletal problems in the shoulder joint ranks second among chronic musculoskeletal disorders. Physiotherapy treatment of the functional impairment of the shoulder joint is a complex process of reviewing, formulating, and validating hypotheses, as well as constantly checking the effects of physiotherapy approaches.

Methods: In this paper, we will use a procedure for examining, treating, and verifying the effects of physiotherapy procedures based on the principles of the Maitland concept in the case of a patient with a shoulder joint problem.

Results: Through focused conversation and systematic physical therapy examination, we identified the true source of the symptoms and successfully resolved the patient's functional problem.

Conclusions: With the described way of clinical thinking, hypothesis formation, and ongoing verification of the effects of therapeutic procedures, we place the patient with his problem and functional disability at the forefront.

Keywords: shoulder joint, manual therapy, physiotherapy hypothesis formation, biomedical diagnosis

1 Uvod

Manualna terapija je eden izmed postopkov obravnave, ki jih uporabljamo fizioterapevti pri obravnavi težav v živčno mišično-skeletnem sistemu. Zmotno prepričanje, da je manualna terapija le pasivni prijem, ki se izvaja z rokami, je močno zakoreninjeno tako v javnosti kot tudi v strokovnih krogih (Rabey, et al., 2017). Z dokazi podprta praksa in razvoj medicinskih znanosti so prinesli velike spremembe tudi na tem področju (Lewis & O'Sullivan, 2018).

⁷⁰ Barbara Pantar, viš. fiziot., asist. IMTA, Fizioterapija Pantar Barbara, Slovenija, fizio.pantar@gmail.com

Definicija mednarodne organizacije za ortopedsko manualno terapijo (IFOMPT-International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapist) opisuje, da je ortopedska manualna terapija specialno področje fizioterapije, ki je namenjeno obravnavi prizadetega nevro-mišično-skeletnega sistema in temelji na kliničnem razmišljanju ter uporabi visoko specializiranih terapevtskih pristopov vključno z manualnimi tehnikami in terapevtskimi vajami. Doseganje cilja obravnave sloni na biopsihosocialnem modelu zdravljenja in v ospredje postavlja pacientove individualne potrebe. Maitland koncept se stalno razvija, temelji na z dokazi podprti praksi in omogoča takojšnjo implementacijo novih dognanj

Pristop, ki smo ga uporabili pri reševanju problema pacienta s težavo v ramenskem sklepu, postavlja v ospredje klinični vidik, teoretično znanje pa je vir informacij, ki pomaga opredeliti kontraindikacije, previdnostne ukrepe ter vpliva na načrtovanje pregledovanja in izbiro terapevtskih tehnik (International Maitland Teachers Association course handbook).

1.1 Princip kliničnega sklepanja

Klinično sklepanje po principih in praksi Maitland koncepta je kontinuiran proces, ki poteka tako med pregledovanjem kot tudi med obravnavo pacienta (Hengeveld & Banks, 2014) Učinkovito klinično sklepanje temelji na kliničnih kompetencah fizioterapevta, ki uporablja Maitland koncept v praksi. Fizioterapevt-specialist s področja manualne terapije lahko prepozna specifične klinične vzorce in izbere najbolj učinkovit terapevtski postopek. Hipoteze se generirajo na podlagi organiziranega in strukturiranega zbiranja simptomov ter znakov in se v procesu obravnave, zaradi učinka terapevtskih postopkov, lahko preoblikujejo (Westerhuis & Wiesner, 2015).

Maitland koncept nam nudi okvir za učinkovito klinično sklepanje v obliki modela razmišljanja kot simbolno polprepustnega opečnatega zidu. Fizioterapevtovo razmišljanje med procesom pregledovanja in obravnave poteka na dveh nivojih - teoretičnem in kliničnem. Njuno povezanost vizualno ponazarja model opečnatega zidu - (angl. brick wall). Oba dela vplivata na generacijo fizioterapevtske hipoteze, čeprav se pri izboru preiskovalnih in terapevtskih postopkov osredotočamo predvsem na klinično stran. Teoretična stran, ki združuje poznavanje anatomije, fiziologije, patofiziologije, biomehanike, biomedicinske diagnostike, itd., pa je vir informacij za prepoznavanje previdnostnih ukrepov, določanja doziranja in progresije preiskovalnih in terapevtskih postopkov, kot tudi prognoze (Hengeveld & Banks, 2014)).

Hipoteze so razvrščene v kategorije, ki opredeljujejo uporabo postopkov manualne terapije:

- Prepoznavanje patobiološkega mehanizma - ugotavljanje deleža posameznega nevrofiziološkega mehanizma bolečine in stanja celjenja tkiva.
- Določanje izvora simptomov – izvor je lahko sklep, mišica, mehko tkivo, živčne strukture, žilje ali visceralni organi.
- Opredelitev previdnostnih ukrepov in kontraindikacij - na podlagi intenzivnosti simptomov, stopnje celjenja tkiva je potrebno preverjanje ali je izbran terapevtski postopek varen za pacienta.
- Prepoznavanje predispozicijskih dejavnikov - telesnih, biomehanskih, psihičnih, socialnih, in vedenjskih dejavnikov, ki lahko vplivajo na problem.
- Pacient določi stopnjo nezmožnosti in omejitev pri opravljanju dnevnih aktivnosti ter vključevanja v socialno okolje.
- Prepoznavanje pacientovih individualnih izkušenj, čustev, prepričanja in vedenjskih vzorcev.
- Načrtovanje in prilagajanje terapije pacientovim individualnim potrebam.
- Predvidevanje izida obravnave.

1.2 Postopek fizioterapevtskega pregleda

Fizioterapevtski pregled, ki ga vodi klinično sklepanje je najpomembnejši del celotnega fizioterapevtskega procesa. Pregledovanje se prepleta z obravnavo, skupaj pa sestavljata integralno enoto. Vključuje natančen, usmerjen pogovor s pacientom in klinični pregled.

Cilj *pogovora* je razumeti problem s pacientove perspektive. Poleg podatkov o starosti, poklicu in hobijih, ki jih opravlja, želimo, da pacient točno opredeli svoj *glavni problem* in *želen cilj*. Na *skici telesa* označimo točno lokacijo, kvaliteto, spremenljivost ter medsebojno povezanost simptomov. Pacient sam oceni stopnjo nezmožnosti opravljanja dnevnih aktivnosti in vključevanja v socialno okolje.

24-urno vedenje simptomov, ki opisuje odzivnost le-teh na aktivnost, počitek ali zadrževanje statičnega položaja, prikaže funkcionalne omejitve in resnost problema.

Vprašanja o *zgodovini* nastanka in pogostosti pojavljanja simptomov so namenjena določanju akutnosti in stabilnosti problema, *specifična vprašanja* pa usmerimo v iskanje previdnostnih ukrepov, kontraindikacij (rdečih in rumenih zastavic) in ostalih sistemskih obolenj.

Iz zbranih podatkov lahko po zaključku pogovora oblikujemo hipotezo in načrtujemo *klinični pregled*.

Na začetku pregledovanja nas zanima ali so simptomi, ki jih je pacient opisal v pogovoru, prisotni ali ne ter kakšna je njihova intenzivnost. Namen opredelitve je spremljanje in ocenjevanje odzivnosti simptomov v nadaljevanju fizioterapevtskega pregleda. Med *ogledovanjem*, ki poteka skupaj s *tipanjem*, opazujemo držo, obliko hrbtenice, položaj sklepov, obliko mišic, otekline, barvo kože, itd. Posebnost koncepta je *funkcionalna demonstracija*, s katero ločujemo vpliv posamezne komponente funkcionalnega gibanja ali drže na simptome. Med ocenjevanjem *aktivne gibljivosti* opazujemo količino in kakovost gibanja, vedenje in spremenljivost simptomov ter njihov odziv na spremembo smeri gibanja. Le v primeru, ko aktivna gibljivost ne reproducira ali spremeni simptomatike, se lahko odločimo za uporabo *pomožnih testov* z dodatnim uporom na koncu giba, uporabo uteži in spremembo hitrosti gibanja.

Informacije, ki smo jih pridobili iz pogovora s pacientom, nas lahko vodijo k izbiri *datnih, specifičnih testov*, kot so nevrološka preiskava, testi za ugotavljanje strukturne in funkcionalne nestabilnosti, mišični testi, itd.

Nevrodinamični testi so namenjeni ugotavljanju mehanosenzibilnosti ter sposobnosti fiziološkega prilagajanja živčnega sistema na gibanje. Izberemo jih glede na lokacijo in kakovost simptomov, ki jih je pacient opisal v pogovoru.

S *pasivnimi fiziološkimi gibi* ocenimo končni občutek giba v perifernih sklepih, prisotnost povečane ali zmanjšane gibljivosti in nestabilnosti (Hlebš, 2007). Kadar pasivni fiziološki gibi reproducirajo simptome, lahko z diferencialnimi testi ločimo intra-artikularni od ekstra-artikularnega problema.

Pasivni akcesorni gibi so fiziološki gibi, ki jih ločeno ni mogoče aktivno izvesti (Westerhuis & Wiesner, 2015.) Iščemo pojav bolečine, kdaj nastopi prvi upor tkiva ter morebitno zaščitno reakcijo mišic-spazem in primerjamo z neprizadeto stranjo. Akcesorni gibi so odličen parameter za preverjanje učinka terapije, ki ga opravimo na koncu vsake terapevtske obravnave in tudi vmes.

Poučen pacient bolj aktivno sodeluje v procesu zdravljenja, zato je obvezen del vsake obravnave tudi *edukacija* (Hoffman, et al., 2019). Pojasnimo mu njegovo funkcionalno motnjo, razloge zanjo in predlagamo načine, kako lahko sam vpliva nanjo, vključno z aktivnimi vajami in nasveti za ergonomsko ureditev okolja v katerem živi in dela.

2 Metode

2.1 Preiskovanec

V raziskavo je bil vključen 30-letni fizioterapevt, rekreativni športnik (višina 168 cm in masa 60 kg, ITM = 21.26 kg/m), v nadaljevanju preiskovanec.

2.2 Pogovor s preiskovancem

V prostem času rad kolesari, hodi, izvaja vaje za moč in se občasno udeležuje lokostrelstva. Njegov glavni problem je spremenjen občutek - gluhost po površini ulnarne strani podlahti in mezincu ter prstancu leve roke (S1), ki se pojavlja ob določenih položajih in telesnih dejavnostih. Drugi simptom (S2) opiše kot globoko zatezanje po medialni strani leve nadlahti in je ravnotako povezan z določeno dejavnostjo. Med seboj sta povezana tako, da se s povečanjem intenzivnosti prvega simptoma pojavi tudi drugi. Nikjer drugje ni nikoli imel težav. Področja s simptomi smo označili v skici telesa. Previdnostnih ukrepov ali kontraindikacij za pregledovanje in obravnavo nismo našli. Njegov cilj je zmanjšati simptome, ki ga omejujejo pri opravljanju različnih telesnih dejavnosti in vplivajo na kakovost spanja.

Pri opisovanju vedenja simptomov v 24-tih urah, preiskovanec navede, da se S1 pojavi enkrat na noč pri ležanju na desnem boku in večkrat pri ležanju na levem boku. S1 in S2 se pojavita po 3 minutah ležanja na hrbtu z dvignjenimi rokami za glavo in ob dvigu trupa na rokah z istočasno depresijo lopatice. Simptoma izgineta takoj, ko spremeni položaj rok.

Težave so se začele pred šestimi meseci brez znanega razloga in so hujši v dneh, ko izvaja vaje za moč.

Odločili smo se, da na prvem obisku pregledamo funkcijo ramenskega sklepa zato, ker so simptome spremenili položaji in dejavnosti, povezane z gibi v ramenskem obroču (Lewis, et al., 2015). Pregled preostalih delov telesa, ki bi tudi lahko prispevali k problemu, bomo, na podlagi učinkov terapevtskih postopkov, opravili v naslednjih obiskih.

2.3 Klinični pregled ramenskega sklepa

Prisotnost simptomov: na začetku pregleda ni bilo prisotnih simptomov v mirovanju.

Ogledovanje: opazili smo rahlo protrakcijo v obeh ramenskih sklepah, spodnji del lopatice na levi strani je nekoliko bolj odstopal kot na desni. Drža je bila pokončna.

Funkcionalna demonstracija: pacient pokaže gib dvig trupa na iztegnjenih rokah z depresijo lopatice, ki sproži opisane simptome.

Načrtovanje pregledovanja: informacije, ki smo jih zbrali so nas usmerile v pregled ramenskega sklepa.

Aktivna gibljivost: pri pregledovanju aktivne gibljivosti v ramenskem sklepu je fleksija na levi zaostajala za 10 stopinj v primerjavi z desno stranjo. Pri aktivnem gibu notranje rotacije je z desno roko dosegel osmo torakalno vretence, z levo pa šestega. Obseg giba zunanje rotacije na levi je bil za 10 stopinj večji kot na desni. Aktivni gib horizontalne addukcije pa je bil na levi za 15 stopinj večji kot na desni. Na levi smo opazili tudi spremenjeno skapulo-torakalno gibanje.

Pomožni testi: z ocenjevanjem končnega občutka smo želeli pridobiti boljše parametre, ki bi pripomogli k oblikovanju hipoteze. Ugotovili smo, da je bil končni občutek pri fleksiji na simptomatski strani bolj čvrst, pri notranji rotaciji pa mehkejši.

Dodatni testi: nevrološke priskave prvi dan nismo izvedli, ker preiskovanec ni navedel nevroloških znakov, kot so mravljinčenje, občutek zmanjšanje mišične moči in zanikal, da bi kdaj imel težave z vratno hrbtenico. Mišična moč zunanjih rotatorjev je bila slabša na levi, pravtako tudi moč m. serratus anterior. Na simptomatski strani smo našli nekoliko skrajšano

m. pectoralis minor, test za ugotavljanje skrajšanja oz. zvečane elastičnosti posteriornih struktur ramenskega sklepa pa je na levi pokazal povečano gibljivost. Nevrodinamični test ULNT3 je sprožil simptoma S1 in S2 pri 35 stopinjah abdukcije v ramenskem sklepu, pri popolni pronaciji podlehiti, fleksiji komolca in dorzalni fleksiji zapestja.

Pasivna gibljivost: ocenjevali smo fleksijo, horizontalno addukcijo, zunanjo in notranjo rotacijo pri 90 stopinjah abdukcije v ramenskem sklepu. Obseg pasivne gibljivosti pri fleksiji in horizontalni addukciji so bili enaki kot pri aktivni gibljivosti, medtem, ko je bila pasivna gibljivost obeh rotacij enaka in popolna.

Akcesorni gibi: anteroposteriorno drsenje v ramenskem sklepu je bilo na simptomatski strani nekoliko zvečano.

Terapija: na prvem obisku smo s pasivno tehniko raztezali m. pectoralis minor (Palastonga & Soames, 2012) in obravnavali živčne strukture s tehniko drsenja. Največ časa smo namenili učenju motorične kontrole mišic ramenskega obroča in lopatice, predpisali nekaj vaj za povečanje oslabele mišične moči zunanjih rotatorjev ter m.serratus anterior (Voight et al, 2007 & Innocenti et al, 2019). S pacientom smo proučili tudi njegov način izvajanja vaj za moč ter tehnike lokostrelstva in predlagali spremembe.

3 Rezultati

Ob zaključku prve obravnave smo pregledali le tiste parametre, ki so se razlikovali od neprizadete strani. Jakost simptomov se je pri aktivnem gibu funkcionalne demonstracije zmanjšala. Obseg aktivne gibljivosti fleksije je bil enak zdravi strani, vendar je končni občutek ostal bolj čvrst. Pri nevrodinamičnem testu ULNT 3 sta se simptoma S1 in S2 pojavila pri 60 stopinj abdukcije v ramenskem sklepu. Ostali parametri, ki so odstopali od neprizadete strani se niso spremenili.

Na ponovno obravnavo smo ga naročili čez teden dni. Preiskovanec navede, da se je jakost simptomov zmanjšala oziroma so ti hitreje izzveneli.

4 Razprava

Iz primera je razviden postopek generiranja fizioterapevtske hipoteze, ki se začne že med uvodnim pogovorom s pacientom in upošteva tako biomedicinski vidik, kot tudi psiho-socialni vidik posameznega problema. Temeljiti in strukturiran pogovor, s pacientom predstavlja osnovo za dobro načrtovanje pregledovanja in obravnave. V ospredje postavlja mo pacientovo klinični sliko in njegovo funkcionalno motnjo (Westerhuis & Wiesner, 2015)

Po pogovoru s pacientom smo oblikovali prvo hipotezo:

Pacient ima spremenjen občutek po ularnem delu podlahti in mezincu ter prstancu leve roke, ki se občasno razširi v nadlaht. V težavo so verjetno vključene živčne strukture, brez prisotnosti simptomatike v vratni hrbtenici.

Opisana situacija nas lahko utemeljeno usmeri v bolj podroben pregled vratne hrbtenice ali pa pregled drugih delov, kot so ramenski sklep, prvo rebro, torakalna hrbtenica, skapulotorakalni, komolčni ali zapestni sklep. Odločili smo se, da na prvem obisku pregledamo funkcijo ramenskega sklepa predvsem zato, ker so na simptome vplivali določeni položaji in telesne dejavnosti povezane z gibi v ramenskem obroču. Pregled preostalih delov telesa, ki bi tudi lahko pomembno prispevali k problemu, smo opravili v naslednjih obiskih.

Po pregledu ramenskega sklepa smo prvotno hipotezo spremenili v:

Hipermobilnost posteriornih struktur ter slaba motorična kontrola mišic ramenskega obroča in lopatice povzročata stresno situacijo na živčne strukture, ki potekajo po anteriorni strani ramenskega sklepa.

Prednost opisanega postopka kliničnega sklepanja je v možnosti kritičnega in konstruktivnega odločanja posameznega fizioterapevta glede na njegovo teoretično znanje in klinične izkušnje.

Omogoča mu prepoznavanje specifičnih kliničnih vzorcev, ga distancira od iskanja izključno biomedicinske diagnoze in daje možnost vključevanja socialnih in psiholoških vidikov pacientove lastne prizadetosti v obravnavo. Hipoteza, ki temelji le na biomedicinskem vidiku, je lahko zavajajoča, saj znanstveno podprta praksa dokazuje, da biomedicinska diagnoza pogosto ne pojasnjuje klinične slike, lahko pa je pomembna informacija v fizioterapevtski diagnozi.

Pri obravnavi smo izbrali preproste terapevtske postopke, edukacijo in svetovanje. Z analiziranjem vaj za moč, ki jih je opravljal pred obravnavo in predlaganimi spremembami v določenih telesnih aktivnostih pa smo mu zagotovili izboljšanje tudi v preventivnem smislu in preprečili ponovne epizode poslabšanja v prihodnosti. Edukacija vključuje tudi razlago pacientovega problema, pojasnjevanje bolečinskih mehanizmov in učinkov terapevtskih postopkov. S tem ima pacient možnost aktivno sodelovati v procesu zdravljenja (Hoffman, et al., 2019).

5 Zaključek

Sklepamo, da postopek kliničnega pregledovanja in generiranja fizioterapevtske diagnoze po principih, ki jih predlaga Maitland koncept, omogoča varno in učinkovito reševanje kompleksne problematike v ramenskem sklepu. Temelji na bio-psiho-socialnem modelu zdravljenja in omogoča svobodno izbiro terapevtskih postopkov. Predstavitel primeru pacienta v tem prispevku je prikaz dobre prakse in bi ga bilo smiselno uporabiti tudi pri reševanju vseh ostalih nevro-mišično-skeletnih obolenj.

Literatura

- Hengeveld, E. & Banks, K.B., 2014. *Maitlands' Peripheral Manipulation Management of Neuromusculoskeletal Disorders – Vol II*. 5th ed. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Hlebš, S., 2007. *Manualna terapija-sklepna mobilizacija udov*. 2nd ed. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Hoffman, T.C., Lewis, J. & Maher, C.G., 2019. Shared decision making should be an integral part of physiotherapy practice. *Physiotherapy*, 107, pp. 43-49.
- Innocenti, T., Ristori, D., Miele, S. & Testa, M., 2019. The management of shoulder impingement and related disorders: A systematic review on diagnostic accuracy of physical tests and manual therapy efficacy. *Journal Body Movement Therapy*, 23(3), pp. 603-618.
- International Maitland Teachers Association, n.d. *IMTA course handbook*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Lewis, J., McCreesh, K., Roy, J.S. & Ginn, K., 2015. Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. *Journal Orthopedic Sports Physio Therapy*, 45(11), pp. 923-937.
- Lewis, J.S., McCreesh, K., Barrat, E., Hegedus, E.J. & Sim, J., 2016. Inter-rater reliability of the Shoulder Symptom Modification Procedure in people with shoulder pain. *BMJ Open Sport Exercise Medicine*, 2(1).
- Lewis, J. & O'Sullivan, P., 2018. Is it time to reframe how we care for people with non-traumatic musculoskeletal pain? *British Journal Sports Medicine*, 52(24), pp. 1543-1544.
- Palastonga, N. & Soames, R., 2012. *Anatomy and Human Movement*. 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Rabey, M., Hall, T., Hebron, C., Palsson, T.S., Christensen, S.W. & Moloney, N., 2017. Reconceptualising manual therapy skills in contemporary practice. *Musculoskeletal Science and Practice*, 29, pp. 28-32.
- Rob, O.A.B., 2018. Credibility of manual therapy is a stake ,Where do we go from here?' *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 26(4), pp. 189-192.
- Voight, M.L., Hoogenboom, B.J. & Prentice, W.E., 2007. *Musculoskeletal Interventions*. New York: McGraw Hill Medical.
- Westerhuis, P. & Wiesner, R., 2015. *Clinical Patterns in Manual Therapy*. 2nd ed. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Državni program razvoja paliativne oskrbe – spodbujanje vključevanja paliativnega pristopa v posamezne poklicne skupine večpoklicnega tima

National palliative care development program – promoting the inclusion of the palliative approach in individual occupational groups of the multidisciplinary team

mag. Mateja Lopuh⁷¹

Povzetek

Paliativna oskrba se dotika vseh dimenzij bolezni in bolnikovega doživljanja le-te. V oskrbo so praviloma vključeni bolnikovi bližnji, če je taka njegova želja. Že zgodaj v poteku paliativne bolezni je potrebno naslavljati določene potrebe, da bi se kar najbolj ohranila kvaliteta življenja. Vloga posameznih poklicnih skupin znotraj večpoklicnega tima je vedno bolj določena in prepoznana. Fizioterapija, ki za bolnika pomeni ohranjanje telesne kondicije, posledično pa tudi potrjevanje lastnih sposobnosti, kljub napredovali bolezni, ima pomembno mesto. V Sloveniji še nimamo izdelanega sistemskega umeščanja fizioterapevtov v paliativne programe kakor tudi ne usmerjenega izobraževanja iz tega področja.

Ključne besede: *paliativna oskrba, fizioterapija, kvaliteta življenja, rehabilitacija*

Abstract

Palliative care is a unique approach in medicine that addresses all dimensions of the disease and the patient's perception of it. It usually involves the patient's proxies if so desired by the patient. It is advised that some needs should be covered early in the course of the disease to maintain the quality of life. The role of specific professional groups in the interdisciplinary professional team is well defined. Physiotherapy which promises to restore body function and fitness and consequently also self-achievement in spite of advanced disease plays a crucial role.

In Slovenia there has not been yet practiced on a systemic level to include physiotherapists in palliative teams nor has there been a curriculum to train the physiotherapists in palliative care skills.

Keywords: *palliative care, physiotherapy, quality of life, rehabilitation*

1 Uvod

Slovenija je ena izmed redkih držav, ki je k razvoju paliativne oskrbe pristopila na državni ravni. Leta 2010 je bil sprejet Državni program razvoja paliativne oskrbe, ki ga je pripravila skupina strokovnjakov. Sočasno s tem programom je bil sprejet tudi Akcijski načrt za prvo obdobje do leta 2018. Cilji razvoja so bili postavljeni obdobjno in pokrivajo vsa področja: strokovno, organizacijsko, ekonomsko in izobraževanje laične javnosti. Večina ciljev je bila doseženih v smislu postavitve izhodišč, ne pa dejanske implementacije programa (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Paliativna oskrba pomeni celostni pristop k vsem dimenzijam bolezni in bolnikovega doživljanja le-te. S takim pristopom, ki bolniku omogoča, da lahko živi z neozdravljivo boleznijo, je smiselno začeti čimbolj zgodaj v poteku bolezni. Bolnikove potrebe se med samim

⁷¹ mag. Mateja Lopuh, Državna koordinatorica razvoja paliativne oskrbe, Ministrstvo za zdravje, Center za interdisciplinarno zdravljenje bolečine in paliativno oskrbo, Mobilna paliativna enota, Splošna bolnišnica Jesenice, Slovenija

napredovanjem bolezni spreminjajo. V taki oskrbi sodelujejo različnih strokovnjaki, ki se med seboj dopolnjujejo, delujejo torej značilno interdisciplinarno.

Po sprejetju Državnega programa je bila v septembru 2013 organizirana konferenca na Brdu z mednarodno udeležbo. Ustanovljen je bil Inštitut za paliativno medicino in oskrbo pri Univerzi v Mariboru z namenom, da prevzame organizacijo izobraževanj za posamezne poklicne skupine. Oblikovane so bile delovne skupine za posamezna področja, vendar se je na tej točki razvoj ustavil. Vabljen predavateljica je bila gospa Jennifer Taylor, ki je takrat predstavila uspehe fizioterapije na področju obvladovanja težkega dihanja (Taylor, 2007).

V letu 2020 je Ministrstvo za zdravje prevzelo pobudo, da se vključi 60 urni tečaj iz veščin paliativne oskrbe v obvezni vsebini za zdravnike specializante kliničnih specializacij. Po doseženem skupnem soglasju z Zdravniško zbornico Slovenije in Slovenskim zdravniškim društvom je bil oblikovan predlog, da se vse koordinatorje specializacij pozove k prenovi kurikulumov in vključitvi teh vsebin. Aktivno so k temu pristopile tri specializacije: nefrologija, infektologija in urgentna medicina. Obvezna izobraževanja se plačajo iz državnih virov financiranja. Slovenija je tako ena prvih držav, ki je sistematično zagotovila sredstva za obvezno izobraževanje zdravnikov iz veščin paliativne oskrbe.

V nadaljevanju je seveda potrebno zagotoviti enakomeren razvoj in vpeljavo paliativnega pristopa tudi v ostala področja.

2 Fizioterapija v paliativnem pristopu

Fizioterapija zajema področje dela, s katerim se lahko pomembno izboljša bolnikov funkcijski status, kar ima odločilno vlogo pri načrtovanju zdravljenja in ohranjanju kvalitete življenja. Fizioterapevti delujejo tudi v različnih okoljih, v katerih biva bolnik in tako zagotavljajo neprekinjeno obravnavo v vseh obdobjih bolezni. Bolnikove sposobnosti se seveda zmanjšujejo z napredovanjem bolezni. Temu se prilagajajo tudi terapevtske intervencije (Kumar & Anand, 2010).

Dostopnost fizioterapije bolnikom s paliativno boleznijo pa je majhna. Od 65% bolnikov z maligno boleznijo, ki imajo indikacije za fizioterapevtsko obravnavo, jih je bilo vključenih samo 12.8% (Laakso, 2008).

Razlogov je seveda veliko, zagotovo pa je pomembno tudi dejstvo, da je premalo ciljnih raziskav, ki bi z dokazi podprle rezultate fizioterapije in tako njena pomembna vloga ostaja ne prepoznana.

V prvi vrsti fizioterapija naslavlja telesne dimenzije: obvladovanje simptomov, gibljivost, moč, vzdržljivost, prilagodljivost, koordinacijo, ravnotežje, hojo, dihanje (American Physical Therapy Association, 2001).

Funkcionalni status bolnika določa njegovo sposobnost, da izvaja aktivnosti, ki so nujne za ohranjanje samostojnosti pri opravljanju osnovnih dnevnih aktivnostih (hranjenje, oblačenje, kopanje, opravljanje toaletnih potreb) (Jette, 2010). Bolniki zelo pogosto navajajo v svojem sistemu vrednot, da jim je pomembno čim dlje v poteku bolezni ohraniti samostojnost pri opravljanju teh aktivnosti in s tem podaljšati čas, ko še niso odvisni od tuje pomoči.

Številni strokovnjaki spodbujajo vključevanje fizioterapije v paliativno obravnavo. Toot s sodelavci (1984) ugotavlja, da so terapevtske intervencije fizioterapevtov vezane neposredno na obravnavo bolnika, učenje bolnikovih bližnjih in drugih zdravstvenih strokovnjakov in delovanje v timu. Z dobro obravnavo je možno doseči: dobro dihalno funkcijo, delovanje obtočil, preprečevanje mišičnih atrofij, skrajševanja mišic, kontraktur, dober vpliv na obvladovanje bolečine, neodvisnost in samostojnost (Rashleigh, 1996).

3 Izobraževanje fizioterapevtov iz veščin paliativne oskrbe

Predpogoj za uspešno vključevanje fizioterapevtov v paliativne time je njihovo izobraževanje. Paliativni pristop je drugačen od klasične medicinske obravnave v tem, da združuje medicinsko vedenje in znanje in ga prilagaja bolnikovim potrebam. Ne gre torej samo zato, kaj medicina zmore, ampak predvsem za to, ali to bolniku kaj doprinese v njegovi kvaliteti življenja, ali ne.

Kompetence fizioterapevtov so prepoznane in prvi predlogi izobraževalnih vsebin so bili pripravljene v letu 2012 (Palliative Care Competence Framework, 2014). Kompetence so razdelili v splošne (lastne vsem, ki delajo v paliativni oskrbi) in področno specifične. Splošne kompetence sledijo splošnim ciljem paliativne oskrbe:

- razumevanje pričakovanega poteka bolezni,
- sprememba ciljev obravnave (ni ozdravitev, ampak življenje s paliativno boleznijo),
- pomen vseh dimenzij bolnikovega doživljanja /duhovno, psihološko, telesno, duševno/,
- pravilna empatična komunikacija,
- vključevanje bolnikovih bližnjih, v kolikor je taka njegova želja,
- prepoznavanje pomena paliativne oskrbe v smislu zgodnjega vključevanja tega pristopa v poteku bolezni,
- učenje timskega dela,
- skrb za lasten napredek in razvoj.

Področno specifične kompetence so razdeljene v splošne področne kompetence/ (obvezne za vse) in specializirane področne kompetence (za tiste, ki se bolj poglobljeno ukvarjajo s področjem). Kompetenc je šest in zajemajo celoten potek bolezni, vključno z žalovanjem in etični vidiki obravnave. Velik poudarek je na komunikaciji, prepoznavanju bolnikovega razumevanja bolezni in njegove vloge pri tem. Prav fizioterapija je namreč zelo odvisna od bolnikovega razumevanja problema in upoštevanja navodil. Izjemno pomembno področje je spreminjanje ciljev obravnave, ko bolezen napreduje. Bolnik se ob tem sooča tudi z izgubljanjem samostojnosti in večanjem odvisnosti. Ta del je povezan tudi z iskanjem smisla, spreminjanja vrednot in samopodobe. Vpliva na doživljanje vseh ostalih simptomov napredovale bolezni. Bolnika pogosto zamaje v njegovi drži in ravno izgubljanje samostojnosti vpliva tudi na želje po predhodnem končanju življenja, če se sproti ne vključuje drugih ciljev.

Timsko delo je zelo pomembno in pravi prenos informacij omogoča ostalim članom tima prilagajanje njihovih ukrepov in delovanja. Potrebno se je zavedati medsebojne povezanosti vseh članov tima in dolgoročnosti obravnave, ki traja do bolnikove smrti, zajema pa tudi bolnikove bližnje v času žalovanja.

Vsi vpleteni izgubljajo ves čas bolezni. Pomembno se je zavedati, da tudi pridobivajo in poudarjati te male dobrobiti v življenju s kronično neozdravljivo boleznijo.

Izdelava kurikuluma za osnovno in poglobljeno izobraževanje je v Sloveniji zasnovana na dodiplomskem in podiplomskem nivoju. Na področju fizioterapije zaenkrat še nimamo pripravljenih takih izobraževalnih vsebin.

4 Zaključek

Vloga paliativnega pristopa v življenju ljudi z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih je prepoznana kot kvalitetna obravnava, ki pomembno vpliva na življenje. Smiselno je združevanje strokovnjakov večpoklicnega tima.

Na Ministrstvu za zdravje v okviru Državne koordinacije se spodbuja enakomeren razvoj vseh poklicnih skupin na vseh nivojih izobraževalnega sistema.

Fizioterapija je področje, ki se začinja razvijati na področju paliativne oskrbe z znanimi cilji in usmeritvami. Usmerjeno izobraževanje na tem področju bo zagotovilo strokovnjake, ki bodo aktivno vključeni v timsko delo in doprinesli k drugačnemu življenju ljudi, katerih življenje se izteka hitreje, kot bi si želeli.

Literatura

- American Physical Therapy Association, 2001. What is physical therapy? A guide to physical therapist practice. *Phys Ther*, 81:21.
- Jette, A.M., 2010 Physical disablement concepts for physical therapy research and practice. *Physical Therapy*, 74, pp. 380-386.
- Laakso, L., 2008. The role of physiotherapy in palliative care. *Australian Family Physician*, 35(10), pp. 781.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2010. *Državni program razvoja paliativne oskrbe*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Palliative Care Competence Framework Steering Group, 2014. *Palliative Care Competence Framework*. Dublin: Health Service Executive.
- Rashleigh, L.S., 1996. Physiotherapy in palliative oncology. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2, pp. 307-312.
- Taylor, J., 2007. The non pharmacological approach to breathlessness. *End of life care*, 1, pp. 20 -28.
- Kumar, S.P. & Anand, J., 2010. Physical therapy in Palliative care: from symptom control to quality of life. A critical review. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3), pp. 136-146.
- Toot, J., 1984. Physical therapy and hospice-concept practise. *Physical Therapy*, 64, pp. 665-671.

Vpliv vadbe v vodi na bolečine v križu

The influence of exercise in the water on back pain

Mojca Eržen⁷²

Vida Grum⁷³

Barbara Sever⁷⁴

Tinkara Urankar⁷⁵

Gal Požun⁷⁶

dr. Monika Zadnikar⁷⁷

Izvleček

Vodno terapijo so uporabljali že stari Grki in kasneje Rimljani. Bolečine v križu, ne glede na vzrok, so velik problem sodobne družbe. Terapija v vodi so terapevtske vaje, ki jih posameznik izvaja v bazenu pod vodstvom in nadzorom terapevta. Ko se posameznik potopi pod vodo, zmanjša obremenitev hrbtenice, plovnost mu omogoča izvedbo gibov, ki so običajno težavni izven vode. Namen vodne terapije je relaksacija mišic, izboljšanje gibanja v sklepkih in zmanjšanje bolečine.

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Pregled literature je bil izveden po naslednjih bazah podatkov: Cinhal, Cobiss+, PubMed, Wiley, ProQuest, SpringerLink. Primarni jezik iskanja je bila angleščina, ključne besede so bile: hydrotherapy, lower back, pain, aquatic therapy. Iskanje smo omejili s starostjo članokov do deset let in povezava vodne terapije z fizioterapijo. Število članokov na temo bolečine v križu je veliko v povezavi s hidroterapijo pa malo. Dodali smo kriterije iskanja: članke v polnem besedilu, kar nas je privedlo do številke 59. Kasneje smo se osredotočili na tiste, ki so prikazovali spremembo stopnje bolečine, kot posledico vadbe v vodi. V izbor smo sprejeli 7 članokov, ki so bili primerni za pregled literature.

Ugotovili smo, da reden program vadbe v vodi zmanjša bolečino v križnem predelu hrbtenice. Voda zmanjša pritisk na mišice in sklepe ter jih s tem razbremeni. Oseba v vodi lahko izvaja gib brez bolečine, ki bi bila prisotna na kopnem, hkrati pa lahko gib izvaja v večjem obsegu. Poleg vadbe ima pomembno vlogo tudi vedenje o pomenu bolečine, s katerim se opolnomoči posameznika v obliki delavnic.

Ključne besede: vodna terapija, bolečine v križu, bolečine, vadba v vodi

Abstract

Water therapy was used by the ancient Greeks and later the Romans. Low back pain, regardless of the cause, is a major problem in modern society. Water therapy is therapeutic exercises performed by an individual in a pool under the guidance and supervision of a therapist. When an individual dives underwater, he reduces the strain on the spine and buoyancy allows him to perform movements that are difficult outside of water. The purpose of water therapy is to relax muscles, improve movement in the joints, and reduce pain.

A descriptive research method has been used. In the literature review, the following databases were used: Cinhal, Cobiss +, PubMed, Wiley, ProQuest, and SpringerLink. The primary search language was English, the keywords were hydrotherapy, lower back, pain, and aquatic therapy. We limited the search to the age of the articles to ten years and the association of water therapy with physiotherapy.

The number of articles on low back pain is high and hydrotherapy is low. We added search criteria: full-text articles which led us to number 59. We later focused on those that showed a change in pain level as a result of an exercise in the water. We accepted 7 articles that were appropriate and included in the literature review. A regular program of exercise in water reduces pain in the lumbar spine. Water reduces the pressure on the muscles and joints and thus relieves them. A person in the water can perform the movement without the pain that would be present on land and performed on a larger scale. Besides, knowledge of pain is very important. It empowers the individual in the workshops.

Keywords: hydrotherapy, lower back, pain, aquatic therapy

⁷² **Mojca Eržen**, študentka študijskega programa Fizioterapija (VS), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, mojcaerzen98@gmail.com

⁷³ **Vida Grum**, študentka študijskega programa Fizioterapija (VS), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

⁷⁴ **Barbara Sever**, študentka študijskega programa Fizioterapija (VS), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

⁷⁵ **Tinkara Urankar**, študentka študijskega programa Fizioterapija (VS), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

⁷⁶ **Gal Požun**, študent študijskega programa Fizioterapija (VS), Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

⁷⁷ **dr. Monika Zadnikar, pred.**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija

1 Uvod

Bolečina v spodnjem delu hrbtenice predstavlja eno najpogostejših obolenj, ki se pojavlja povsod po svetu in prizadene vse starostne skupine. Je eden glavnih vzrokov invalidnosti in najpogostejši razlog za obisk zdravnika (Ehrlich, 2003). Vsaj enkrat v življenju se približno dve tretjini prebivalstva sooči z bolečino v ledvenem delu hrbtenice (Weiss, et al., 2010). Bolečina, zmanjšana gibljivost in nezmožnost obremenjevanja telesa, vplivajo na kakovost življenja posameznika in na njegovo prezgodnjo delovno nezmožnost (Skodič, 2012).

Več kot 70% bolečin v hrbtu nastane v ledvenem predelu hrbtenice oz. spodnjem delu hrbta. Ledveni predel sestavlja pet vretenc, ki jih poimenujemo z oznakami od L1 do L5. Vretenca nosijo večji del teže človeka in prenašajo večino pritiskov, ki jih povzročajo gibanje (Froböse, 2011). Najpogostejši vzroki za nastanek bolečine so nateg križa (padci, dvigovanje bremen), zdrs medvretenčne ploščice, degenerativne spremembe hrbtenice, zlom vretenc, vnetne bolezni ter prirojene in pridobljene napake hrbtenice (Skodič, 2012). Dejavniki tveganja, ki vplivajo na pojav bolečine so prevelika telesna teža, težko fizično delo, pogosto sklanjanje, ponavljajoči gibi, prisilna drža, vibracije, telesna nedejavnost in kajenje (Elbl, et al., 2014).

Bolečino v križu glede na trajanje delimo na akutno (manj kot 6 tednov), sub-akutno (6-12 tednov) in kronično (več kot 12 tednov) (Koes, et al., 2010). Literatura priporoča redno fizično aktivnost in vrnitev k normalni gibljivosti, saj le-ta preprečuje nastanek kronične bolečine v križu (Waller, Lambeck, & Daly, 2009; Concannon & Bridgen, 2011). Če bolečine ne minejo, je potrebna obravnava oz. rehabilitacija v okviru fizioterapije (Skodič, 2012).

Fizioterapevti so v okviru rehabilitacije pogosto vključeni v vodno terapijo. Definiramo jo kot terapevtske vaje, ki jih posameznik izvaja, medtem ko plava, se delno ali popolnoma potopi pod vodno gladino. Vaje se izvajajo v specializiranem bazenu z možnostjo nadzora temperature in zahtevajo stalno prisotnost terapevta (Shi, 2018). Ko se posameznik potopi pod vodo, zmanjša obremenitev hrbtenice. Vzgon in plovnost v vodi mu omogoča izvedbo gibov, ki so običajno težavni ali onemogočeni izven vode. Namen vodne terapije je relaksacija mišic, izboljšanje gibanja v sklepih in zmanjšanje bolečine (Waller, Lambeck, & Daly, 2009; Becker & Cole, 2011).

O pozitivnih učinkih vodne terapije so poročali pri bolnikih s Parkinsonovo boleznijo, z revmatičnimi obolenji in pri bolnikih po možganski kapi. Zaradi fizičnih lastnosti vode, kot so: vzgon, plovnost, hidrostatski tlak, hidrodinamičnost in viskoznost, bi vodna terapija lahko potencialno koristila tudi ljudem z bolečinami v križu (Zhongju, et al., 2017).

Namen prispevka je raziskati učinke vodne terapije na bolečine v spodnjem delu hrbtenice oz. križu. Zato smo si postavili vprašanje *Kako vadba v vodi vpliva na bolečino v križu.*

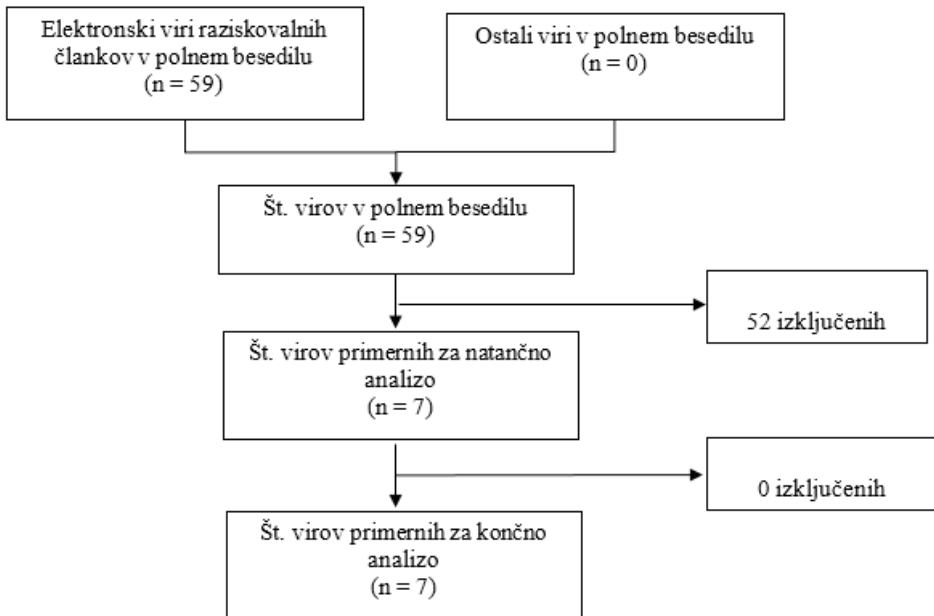
2 Metode

Izvedena je bila deskriptivna raziskovalna metoda. Pregledali smo literaturo po spletnih podatkovnih bazah: CINAHL, ProQuest, Wiley, SpringerLink, COBISS+ in PubMed. Iskanje je potekalo s pomočjo Boolovega logičnega operaterja AND/IN v kombinaciji ključnih besed v slovenskem jeziku. Za ključne besede izbrali angleške prevode in sopomenke besedam vodna terapija in bolečina v križu oz. spodnjem delu hrbta v povezavi s fizioterapijo. Z osredotočanjem na vplive vadbe v vodi smo v začetku za iskanje uporabili besede ali kombinacijo le-teh: vadba, vodna, terapija, hydrotherapy, aquatherapy, aquatic, therapy, exercise. Na podlagi naslovov in opisov najdenih člankov, smo določili končno temo in pri iskanju dodali še naslednje besede oz. njihovo kombinacijo: back, pain, low, lower. Pregledovali smo angleško in slovensko literaturo, ki smo jo omejili s starostjo do 10 let. Za branje povzetka je

bilo izbranih 7 virov, od teh so bili za podrobno končno analizo izbrani vsi članki. Kakovost pregleda literature smo določili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2018).

3 Rezultati

V prizma diagramu, Slika 1, je prikazan postopek izbire dokumentov za pregled literature. Prikazano je pridobivanje virov vključenih v končno analizo. Po vsebinskem pregledu virov smo v končno analizo uvrstili 7 virov, ki so predstavljeni v Tabeli 1.



Slika 1: Prizma diagram

V spodnji tabeli so glede na avtorja, vzorec, raziskovalni pristop, namen raziskave ter ključne ugotovitve predstavljeni rezultati pregleda. Pri vseh člankih gre za kvantitativen raziskovalni pristop, pri treh pa je bila v programu uporabljena enaka vrsta vadbe (Ai Chi).

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov raziskav

Avtor(ji), leto	Vzorec	Raziskovalni pristop (kvalitativen ali kvantitativen)	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Dundar, et. al., 2009	65 oseb s KBK, starih med 20 in 50 let	kvantitativen	Primerjava učinkovitosti vadbe v vodi z vadbo na kopnem pri zdravljenju KBK	Pri vadbi v vodi je bilo izboljšanje fizične sposobnosti in kvalitete življenje večje kot pri vajah na kopnem
Pires, Cruz & Caeiro, 2014	62 oseb s KBK, starih med 18 in 65 let	kvantitativen	Primerjava učinkov vadbe v vodi z učinki kombinacije vadbe v vodi in učenja o neurofiziologiji bolečine	Učenje o neurofiziologiji bolečine je klinično koristen dodatek k vodni vadbi

Avtor(ji), leto	Vzorec	Raziskovalni pristop (kvalitativni ali kvantitativni)	Namen raziskave oz. cilji članka	Ključne ugotovitve
Camilotti, et. al., 2015	44 oseb s KBK, starih med 33 in 77 let	kvantitativni	Primerjava učinkov vadbe v vodi Ai Chi in YNSA(Yamamoto New Scalp Acupuncture) na spremembo stopnje bolečine in funkcionalnosti pri osebah s KBK	Tako vadba Ai Chi kot terapija YNSA sta bili uspešni pri zmanjšanju bolečine in izboljšanju funkcionalnosti ledvenega dela hrbtenice pri osebah s KBK
Hawamdeh, et al., 2015	30 pacientov, obeh spolov starih med 20 in 45 let z kronično bolečino v križu zaradi slabe drže ali pomanjkanja aktivnosti. Naključno razdeljeni v dve skupini.	kvantitativni	Obe skupini sta prejeli terapijo 3x tedensko /8 tednov. (24x po 1h). Skupina A je izvajala vodno vadbo, medtem, ko skupina B vaje na kopnem. Meritve so vključevale oceno fleksibilnosti (Schoberjev test), VAS, McGill Pain Questionnaire (MPQ) in Barthel Index, pred in po terapijah	Študija je pokazala izboljšanje stanja pri obeh skupinah. Skupina A je pokazala na boljšo gibljivost hrbtenice v primerjavi s skupino B, (p < 0,05)
Derbyshire, 2016	Ni podano	kvantitativni	16 dnevni PMP (Pain management program), ki vsebuje štiri 60 minutne skupinske vadbe, (Ai Chi).	Mnogi so opisovali znatno manjšo bolečino, med vadbo v vodi, v primerjavi z drugimi oblikami vadbe. Opisujejo zmanjšano otrdelost, povečan ROM, zvečan nivo energije, boljše ravnotežje in povečano moč.
So, Ng & Au, 2019	44 oseb s kroničnimi bolečinami v križu (KBK), starih med 45 in 65 let	kvantitativni	Raziskovanje učinkovitosti 4-tedenskega programa vodnih vadb Ai Chi in BRRM na zmanjšanje bolečine in fizično sposobnost oseb s KBK	Program je pokazal pomembne izboljšave pri fizični sposobnosti in vzdržljivosti mišic jadra. Pri BRRM je bila največja izboljšava v stopnji bolečine, pri Ai Chi pa pri držanju stoje na eni nogi
Sawant & Shinde, 2019	30 oseb s kroničnimi bolečinami v križu, starih med 20 in 50 let, razdeljenih v 2 skupine.	kvantitativni	Primerjava med dvema skupinama, pri katerih so pri eni uporabili klasične metode in pri drugi hidroterapijo. Za primerjavo so uporabili: VAS, ROM, MMT in MODI.	Študija je pokazala razliko pri uporabi hidroterapije, saj so pacienti pri hidroterapiji okrevali hitreje.

Legenda: KBK – kronična bolečina v križu, BRRM – Bad Ragaz Ring Method, ROM – range of motion, VAS – vidna analogna skala, MMT – manual muscle test; MODI - modified oswestry disability index

V končni pregled smo uvrstili 7 zadetkov, vseh 7 se je po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2018) uvrstilo v nivo 4 (posamezne korelacijske/opazovalne raziskave). Iz analiziranih člankov smo pridobili 17 kod, ki se vežejo na naše vprašanja o vplivu vadbe v vodi na bolečine v križu v Tabeli 2 so prikazane kode, ki ustrezajo našemu vprašanju oz. kategoriji ter avtorji raziskav.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Vpliv vadbe v vodi na bolečine v križu	izboljšanje fizične sposobnosti, izboljšanje kvalitete življenja, vadba Ai Chi, terapija YNSA, zmanjšanje bolečine ledvenega dela hrbtenice, izboljšanje funkcionalnosti ledvenega dela hrbtenice, izboljšanje stanja, boljša gibljivost hrbtenice, zmanjšana otrdelost, povečan ROM, zvečan nivo energije, boljše ravnotežje in povečana moč, izboljšave pri fizični sposobnosti, izboljšave pri vzdržljivosti mišic, izboljšava v stopnji bolečine, hitrejšo okrevanje, izobraževanje pacientov kot koristen dodatek k vodni vadbi	Dundar, et. al., 2009; Camilotti, et. Al., 2015; Hawamdeh, et al., 2015; Derbyshire, 2016; So, Ng & Au, 2019; Sawant & Shinde, 2019; Pires, Cruz & Caeiro, 2014

4 Razprava

Vadba v vodi vpliva na bolečino v križu in sicer tako, da jo zmanjšuje oziroma omili. Fizioterapevtova vloga je, da bolnika pouči o nevrofiziologiji bolečine (delavnice o tej temi prinašajo boljše rezultate) in nato samo vadbo izvaja skupaj s pacientom. Vadba v vodi je učinkovitejša od kopenske, kar zadeva bolečino v križnem predelu (Dundar, et al., 2009; Shi, 2018; Hawamdeh, et al., 2015; Derbyshire, 2016).

O zmanjšanju bolečine oziroma o nižji oceni bolečine po končanem programu vadbe v vodi poročajo avtorji vseh sedmih člankov. Avtorji treh člankov so uporabili enako metodo vadbe v vodi in sicer so v svojo raziskavo vključili vadbo z Ai Chi (Camilotti, et. al., 2015; Derbyshire, 2016; So, Ng & Au, 2019). Camilotti s sodelavci (2015) je vključil 44 oseb, od teh ji je bilo deležnih vadbe v vodi 15, ostali so bili vključeni v kontrolno skupino, ki niso imeli vadbe v vodi, so pa pri obeh skupinah spremljali stopnjo bolečine. So in sodelavci (2019) so prav tako vključili 44 oseb (v vadbo je bilo vključenih 23 oseb, ostali so bili vključeni v kontrolno skupino). Vsi trije avtorji so prišli do zaključkov, da ta vrsta vodne vadbe pozitivno vpliva na zmanjšanje bolečine v križnem predelu hrbtenice. Pred samim programom so izmerili intenziteto bolečine s pomočjo VAS lestvice (Visual Analog Scale), s katero so pacienti sami ocenili stopnjo njihove bolečine. Sledila je vodna vadba. Camilotti je s sodelavci (2015) opravil v 5 tednih/2 x tedensko, 10 vadb po 30 minut. So s sodelavcema (2019) je izvajal program 4 tedne/2 x tedensko, 1 uro vadbe. Pred pričetkom programa se je bolečina gibala okrog ocene 6,6 +/- 2,4. Po izvedbi programa pa se je stopnja bolečine znižala na 2,7 +/- 2,9. Pri kontrolni skupini, ki ni izvajala vadbe v vodi, se ocena bolečine po preteklih petih tednih ni spremenila.

Do zanimivih rezultatov je prišel Pires s sodelavci (2014), ki je ugotovil, da vadba ni edini faktor, ki vpliva na zmanjšanje bolečine. V svojo raziskavo je vključil 62 oseb, ki jih je razdelil v 2 skupini, ki sta obe izvajali vadbo v vodi. Program je potekal 6 tednov/2 x tedensko, 12 vadb od 30 do 50 minut. Pred samim začetkom vadb, je imela ena skupina dve 90 minutni delavnici o nevrofiziološkem pomenu bolečine v hrbtenici. Izkazalo se je, da sta imeli ti dve delavnici velik pomen pri skupini, saj je stopnja bolečine padla iz 43,4 +/- 23 na 20,6 +/- 19; medtem ko je v skupini, ki ni imela delavnic, stopnja bolečine iz 42,4 +/- 21,2

padla na 27,6 +/-17,2. Po treh mesecih, po končanem programu, so avtorji ponovno preverili stopnjo bolečine pri preiskovanih. V skupini, ki je bila deležna delavnic, je stopnja bolečine še padla. Pri drugi skupini pa se je stopnja bolečine povečala.

Dundar in sodelavci (2009) ter Hawamdeh in sodelavci (2015) so preiskovali primerjavo vadbe v vodi in kopenske vadbe. V raziskavi Dunder (et al., 2009) je bilo vključenih 65 oseb, s kroničnimi bolečinami v križu, vsi so bili vključeni v vadbo v vodi, kontrolne skupine ni bilo. Raziskovalci niso imeli nadzora nad osebami, udeleženi v raziskavi, ali so korektno opravljale vaje na kopnem v domačem okolju (dobili so navodila za domov, doma jih ni nihče preverjal). V Hawamdehovi (et al., 2015) pa 30 oseb s kroničnimi bolečinami v križu, 15 jih je prejelo vadbo v vodi, 15 jih je izvajalo vadbo na kopnem. Njihovi izsledki kažejo, da vadba v vodi lahko pozitivno vpliva na osebe, ki trpijo za mišično-skeletnimi bolečinami. Voda namreč odvzame silo težnosti, zmanjša pritisk na sklepe in mišice in tako so gibi manj boleči, kot bi bili, če bi jih izvajali na kopnem. Njihov obseg je posledično lahko tudi večji. Prav tako sam pritisk vode in pa njena temperatura vplivata blagodejno in zmanjšata občutek bolečine. Tudi sama vadba na kopnem naj bi blagodejno vplivala in zmanjševala stopnjo bolečine v križu, vendar njeni učinki niso dobro raziskani. Predlagali so, da se vadba v vodi uporabi kot začetek terapije za zmanjševanje bolečine v križnem predelu hrbtenice (Dundar, et al., 2009; Shi, 2018; Hawamdeh, et al., 2015).

Rezultati raziskav kažejo, da vadba v vodi pozitivno vpliva na zmanjšanje bolečine v križnem predelu hrbtenice (Waller, Lambeck & Daly, 2009; Shi, 2018). Vse osebe, ki so bile vključene v raziskave, so opisovale zmanjšanje bolečine. Poleg vadbe vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so delavnice o samem pomenu bolečine in o neurofiziologiji bolečine. Avtorji vseh člankov so kot omejitve navedli premajhno število udeleženi. Posledično poudarjajo pomembnost nadaljnjih raziskav na tem področju.

Omejitve, ki smo jih zaznali v pregledu literature, so naslednje: največja je, da je malo literature na raziskano temo; da je število sodelujočih v raziskovalni in kontrolni skupini majhno, da je zahtevnost izvedbe takšne raziskave izredno velika zaradi pogojev (zagotavljanje bazena s primerno temperaturo vode) in malo literature, ki je na dano temo zapisana.

5 Zaključek

S pomočjo različnih člankov na temo vpliv vadbe v vodi na bolečine v križu smo prišli do ugotovitev, tu so avtorji enotni, da ima vadba v vodi pozitiven vpliv na bolečine v križu. Ugotovili smo, če avtorji pri svoji raziskavi pred vadbo v vodi, najprej izvedejo delavnice o nevrofiziološkem pomenu bolečine oziroma o sami naravi bolečine, da pri tej skupini stopnja bolečine pade za več kot pri skupini, ki teh delavnic nima. Gre za zanimiv koncept, kateremu bi bilo v prihodnosti smiselno nameniti več pozornosti. Potrebna bi bila raziskava, v kateri bi bili udeleženci v vseh aktivnostih pod nadzorom, le tako bi prišli do boljše primerjave zmanjšanja bolečin v križu.

Vadba v vodi je zelo koristna in celo zaželena saj z gibanjem v vodi, vplivamo na splošno telesno zmogljivost, izboljšanje in ohranjanje gibalnih in funkcionalnih sposobnosti ter izboljšanje fiziološkega delovanja organizma.

Literatura

- Becker, B.E. & Cole, A.J., 2011. *Comprehensive aquatic therapy*. 3rd ed. Pullman: Washington State University Press.
- Camilotti, B.M., Leite, N., Alberti, D., Francisco, I.A. & Israel, V.L., 2015. Effects of Ai Chi and Yamamoto new scalp acupuncture on chronic low back pain. *Fisioterapia em Movimento*, 28(4), pp. 723-730.

- Concannon, M. & Bridgen, A., 2011. Lower back pain: a need for thorough assessment. *Practice Nursing*, 22(9), pp. 458-463.
- Derbyshire, G., 2016. Aquatic therapy as a part of pain management programme. *Aqualines*, 28(1), pp. 14.
- Dundar, U., Solak, O., Yigit, I., Evcik, D. & Kavuncu, V., 2009. Clinical effectiveness of aquatic exercise to treat chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*, 34(14), pp. 1436 – 1440.
- Ehrlich, G.E., 2003. Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 9(81), pp. 671-676.
- Elbl, T., Podlesek, T., Aladič, E. & Sekereš, N., 2014. Akutna nezapletena bolečina v križu – smiselnost uporabe intramuskularne terapije (Ketoprofen, Diazepam, Deksametazon). In: Z. Klemenc Ketiš & M. Drešček, eds. *XIV. Kokaljevi dnevi. Laško, 11. – 12. april 2014*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Zavod za razvoj družinske medicine, pp. 159-163.
- Froböse, I., 2011. *Nova vadba za zdrav hrbet: kako se hitro znebimo bolečin*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Hawamdeh, M., Hawamdeh, Z., Ermely, Z., Qaddah, I. & Soud, D.A., 2015. Comparison between the effect of Aquatic Exercises and Land based Exercise in Treatment of Chronic Low Back Pain. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 9(1), pp. 5-10.
- Koes, B.W., Van Tulder, M., Chung Wei, C.L., Macedo, L.G., McAuley, J. & Maher, C., 2010. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 19(12), pp. 2075–2094. doi:10.1007/s00586-010-1502-y.
- Pires, D., Cruz, E.B. & Caeiro, C., 2015. Aquatic exercise and pain neurophysiology education versus aquatic exercise alone for patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 29(6), pp. 538–547.
- Polit, D. F., & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Sawant, R.S. & Shide, S.B., 2019. Effect of hydrotherapy based exercises for chronic nonspecific low back pain. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 13(1), pp. 133-138.
- Skodič, J. & Dragšič, L., 2012. Predoperativna in pooperativna rehabilitacija pri bolečini v križu. In: M. Vogrin, ed. *Hrbtenica v ortopediji: zbornik predavanj, VIII. Mariborsko ortopedsko srečanje, Maribor, 9. november, 2012*. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, pp. 163-175.
- Shi, Z., Zhou, H., Lu, L., Pan, B., Wei, Z., Yao, X., Kang, Y., Liu, L. & Feng, S., 2018. Aquatic exercises in the treatment of low back pain. A systematic review of the literature and meta-analysis of eight studies. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 97(2), pp. 116-122.
- So, B.C.L., Ng, J.K. & Au, K.C.K., 2019. A 4-week community aquatic physiotherapy program with Ai Chi or Bad Ragaz Ring Method improves disability and trunk muscle endurance in adults with chronic low back pain: a pilot study. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 32(5), pp. 755-767.
- Waller, B., Lambeck, J. & Daly, D., 2009. Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 23(1), pp. 3-14.
- Weiss, L.D., Weiss, J.M. & Pobre, T., 2010. *Oxford American Handbook of Physical Medicine & Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.

Bolnišnice in fakultete združeno za razvijajočo se ter znanstveno utemeljeno zdravstveno nego (ProCare)

Hospitals and Faculties Together for Prosperous and Scientific-based Healthcare (ProCare)

dr. Katja Pesjak⁷⁸
Sedina Kalender Smajlovič⁷⁹
Sanela Pivač⁸⁰
dr. Brigita Skela Savič⁸¹

Izvleček

Danes se poudarja na dokazih podprto delovanje znanstvenih disciplin. Znanstveno-raziskovalnemu delu bodo morale slediti tudi diplomirane medicinske sestre, katerih delovne obveznosti so tudi sodelovanje pri raziskovanju in izvajanje na dokazih podprte prakse, kar soustvarja aktivno delovno okolje ter kakovostno in varno obravnavo pacientov. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) se je na slednje odzvala s prijavo projekta na mednarodni razpis. Pridobila je Erasmus+ projekt z naslovom Hospitals and faculties together for prosperous and scientific based healthcare (ProCare). Projekt se odziva na dva cilja navedena v dokumentu Education and Training 2020 - izboljšati kakovost in učinkovitost izobraževanja in usposabljanja ter povečati ustvarjalnost in inovativnost na vseh ravneh izobraževanja in usposabljanja medicinskih sester. Splošni cilj projekta je okrepiti raziskovalno sodelovanje med partnerskimi bolnišnicami in fakultetami tj. bolnišnicami in fakultetami, ki sodelujejo v projektu, dvigniti pogostost in kakovost izvajanja raziskav v zdravstveni negi in s tem izboljšati izide zdravstvene obravnave. Vsebina projekta je v skladu z evropskimi cilji glede modernizacije evropskega visokošolskega prostora in prosto dostopnih on-line izobraževalnih virov. Projekt je tudi odgovor na dva izziva direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in sveta - 1. zagotoviti, da države EU tesneje sodelujejo v interesu pacientov in 2. izpolnjevanje pričakovanj pacientov glede najvišje kakovosti zdravstvenega varstva. Bolnišnice in fakultete v projektu bodo z mnogimi aktivnostmi sodelovale pri razvoju in izboljšanju zdravstvene nege in s tem zdravstvene oskrbe pacientov.

Ključne besede: na dokazih podprta praksa, diplomirane medicinske sestre, raziskovanje, raziskovalno partnerstvo

Abstract

Today, the emphasis is on evidence-based character of scientific disciplines. Scientific research work will also need to be followed by registered nurses whose work responsibilities also include participation in research and implementation of evidence-based practice which co-creates active working environment and quality and safe treatment of patients. Angela Boškin Faculty of Health Care responded to the latter by applying for the project. The faculty was successful in Erasmus+ bid with the project titled Hospitals and Faculties Together for Prosperous and Scientific-based Healthcare (ProCare). The project responds to the two objectives set out in Education and Training 2020 - to improve the quality and efficiency of education and training and to increase creativity and innovation on all levels of nursing education and training. The overall goal of the project is to strengthen research cooperation between partner hospitals and faculties, i.e. hospitals and faculties participating in the project to increase the frequency and quality of research in nursing and, thus, improve the outcomes of nursing care. The content of the project is in line with European goals regarding the modernization of the European Higher Education Area and freely available online educational resources. The project is also a response to two challenges of Directive 2011/24 / EU of the European Parliament and of the Council - 1. to ensure that EU countries work more closely together in the interests of patients and 2. to meet patients' expectations for the highest quality healthcare. The hospitals and faculties in the project will participate in the development and improvement of nursing and thus patient care through many activities.

Keywords: evidence-based practice, registered nurses, research, research partnership

⁷⁸ doc. dr. Katja Pesjak, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, kpesjak@fzab.si

⁷⁹ Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, skalendersmajlovic@fzab.si

⁸⁰ Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. managementa, viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, spivac@fzab.si

⁸¹ red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, bskelasavic@fzab.si

1 Uvod

Razvoj zdravstvene nege je v sodobnem času med drugim pomembno obarvan z vzpostavljanjem in razvijanjem na dokazih podprte zdravstvene nege. Izvajanje zdravstvene nege v kontekstu na dokazih podprte prakse se izkaže kot uspešnejše izvajanje zdravstvene nege in boljši rezultat pri izidih zdravstvene obravnave (Skela-Savič, et al., 2017a; Ozga, et al., 2019).

Že v začetku 19. stoletja je bila Florence Nightingale zaslužna za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov, ko je opozorila, da lahko slabi sanitarni pogoji negativno vplivajo na zdravje obolelih. Nadaljevala je z evidentiranjem zdravstvene statistike in na tak način ugotavljala število smrtnih izidov v bolnišnicah in smrtnost v povezavi z boleznimi in poškodbami. V 20. stoletju, natančneje v letu 1972, je Archie Cochrane vnesel v zdravstveno nego koncept aplikativnih randomiziranih kontrolnih raziskav in drugih eksperimentalnih in ne eksperimentalnih raziskav nižje ravni dokazov. Cochrane je izhajal iz dejstva, da je zdravstvena nega omejena z materialnimi viri in naj se uporabljajo le postopki, ki so dokazano učinkoviti. Po njegovem mnenju so randomizirane kontrolirane raziskave najzanesljivejša oblika dokaza in s slednjim je postavil temelje za doktrino na dokazih podprte prakse (Eastern Illinois University, 2018). V okviru visokošolskega študijskega programa študenti zdravstvene nege spoznavajo prakso in teorijo, ki sta obe tesno prepleteni z na dokazih podprto prakso. Na dokazih podprta praksa je v zadnjih desetletjih postala ključna sestavina optimalne zdravstvene oskrbe pacientov. Kljub temu, da so rezultati uporabe na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi odlični in jasno dokumentirani, pa se še vedno premalokrat uporablja (Skela-Savič, et al., 2016).

Black in sodelavci (2015) vidijo ovire za bolj široko uporabo na dokazih podprte prakse ter prenašanje in uporabo znanja pri vsakdanjem delu v zdravstveni negi kot individualne in organizacijske narave. Individualne ovire pri medicinskih sestrah najpogosteje vključujejo pomanjkanje znanja o raziskovalnem procesu in o kritičnem vrednotenju zbranih podatkov in že izvedenih raziskav, problem je tudi nizko vrednotenje raziskovanja per se, sodelavci v timu, ki ne podpirajo sprememb v praksi, in medicinske sestre same, ki čutijo pomanjkanje pooblastil za spreminjanje prakse. Prepoznane organizacijske ovire vključujejo premalo časa za uresničitev novih idej, pomanjkanje dostopa do raziskav in premalo ozaveščenosti o razpoložljivih izobraževalnih orodjih, povezanih z raziskovanjem (Black, et al., 2015). Razlogi za ne-uporabo na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi so torej različni in mednarodno primerljivi - pomanjkanje časa za prebiranje strokovne in znanstvene literature, neustrezna institucionalna podpora za izvajanje novih praks, pomanjkanje znanja, izkušenj, virov in podpore vodstva ter, lahko bi rekli, nepooblaščenost za izvajanje sprememb v praksi (Stokke, et al., 2014). Raziskave tudi pokažejo, da medicinske sestre še niso prevzele raziskovalnega dela kot del svoje poklicne identitete (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Skela Savič, 2017b).

Dejstvo pa je, da v sodobnem času diplomirane medicinske sestre in magistrice zdravstvene nege v svoji praksi morajo uporabljati in razširjati najnovejša dognanja in znanja. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) se je na slednje odzvala s prijavo na mednarodni razpis. Novembra leta 2018 je FZAB pridobila Erasmus+ projekt z naslovom *Hospitals and faculties together for prosperous and scientific based healthcare*. Akronim za projekt je *Pro-Care*, slovenski prevod pa *Bolnišnice in fakultete združeno za razvijajočo se ter znanstveno utemeljeno zdravstveno nego*. Projekt vsebinsko sodi v Erasmus+ sklop 2 (Knowledge Alliances) - sodelovanje za inovacije in izmenjava dobrih praks. Slednje predpostavlja sodelovanje med visokoškolskimi institucijami in podjetji (v našem primeru bolnišnicami), katerih cilj je spodbujanje inovacij, podjetništva, ustvarjalnosti, zaposljivosti, izmenjave znanja in /

ali multidisciplinarnega poučevanja in učenja. V tem kontekstu naš projekt obravnava vprašanje povezanosti med fakultetami in bolnišnicami in izhaja iz dejstva pomanjkanja raziskovalnega znanja med diplomiranimi medicinskimi sestrami in šibke raziskovalne povezanosti med bolnišnicami in fakultetami. FZAB v projektu sodeluje s partnerji iz Slovenije (Splošna bolnišnica Jesenice in Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede – FOV), Italije (Clinica Udine - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 3 Alto Friuli – Collinare – Medio in University of Udine), Španije (Clinica Vistahermosa, S.A. in UNIVERSIDAD DE ALICANTE) in Irske (University of Limerick).

2 Projekt PROCARE

2.1 Problem, ki ga projekt naslavlja

Projekt ProCare naslavlja pomembno vprašanje v celotnem evropskem prostoru. Namreč, dokument EU iz leta 2011 z naslovom *Document on the Modernisation Agenda for Higher Education* navaja, da Evropa potrebuje kompetentne strokovnjake in raziskovalce, ki se odzivajo na potrebe družbe ter mednarodno sodelovanje s ciljem izmenjave in združevanja znanja in izkušenj. Tovrstna povezanost med izobraževalnim, raziskovalnim in poslovnim sektorjem je ključnega pomena za dolgoročne celovite rešitve v družbi. Tudi dokument *Education and Training 2020* navaja, da je za izpolnjevanje pričakovanj in zahtev sodobne družbe potrebno sistematično sodelovanje med visokoškolskimi institucijami in trgom dela.

Procare naslavlja šibko povezanost zdravstvenih fakultet in bolnišnic. Povezanost in medsebojno sodelovanje najpogosteje izhajata iz neke vrste nujnosti medsebojnega sodelovanja, npr. praktično izobraževanje študentov, ideje o skupnem razvoju skupnih področij pa se razvijajo zelo redko. Študenti druge in tretje stopnje, ki so zaposleni v bolnišnicah trdijo, da v delovnih okoljih prejema zelo malo podpore za raziskovalno delo. Ta šibka povezanost je ovira do prosperitete znanja, zato je naloga zdravstvenih fakultet in bolnišnic, da poiščejo ustrezne pristope za oblikovanje medsebojnega sodelovanja, da bi rešili izzive, uvedli spremembe in na koncu tudi izboljšali rezultate pacientov. Vemo, da je na dokazih podprta praksa za uvajanje sprememb in izboljšanje rezultatov zdravljenja nujen predpogoj. ProCare se osredotoča na diplomirane medicinske sestre in poudarja, da so one uporabniki in ustvarjalci dokazov oz. novega znanja, ki bo podkrepilo njihovo prakso. Kot uporabniki novega znanja morajo biti sposobne najti dokaze in jih tudi kritično oceniti. Kot ustvarjalci novega znanja pa morajo biti diplomirane medicinske sestre sposobne raziskati lastno prakso, pridobiti novo znanje in ugotovitve prenesti v prakso. Zato je cilj tega projekta povečati oz. razširiti vedenje o raziskovanju v zdravstveni negi skozi dvig usposobljenosti diplomiranih medicinskih sester za raziskovanje ter okrepiti sodelovanje med zdravstvenimi fakultetami in bolnišnicami. Končni cilj navedenega je zagotoviti zdravstveno obravnavo pacientov v skladu z najboljšimi razpoložljivimi dokazi oz. znanjem in s tem izboljšati rezultate izidov zdravstvene obravnave.

Projekt se odziva na dva cilja navedena v dokumentu *Education and Training 2020* - izboljšati kakovost in učinkovitost izobraževanja in usposabljanja ter povečati ustvarjalnost in inovativnost na vseh ravneh izobraževanja in usposabljanja. Ključne potrebe oz. izzivi, ki jih obravnava projekt Procare pa so:

1. Slaba povezanost med zdravstvenimi fakultetami in bolnišnicami - potreba po okrepitvi sodelovanja med navedenimi ter omogočanje izmenjave, pretoka in soustvarjanja znanja.
2. Uvajanje inovativnega poučevanja in učenja z novimi tehnologijami.

3. Izboljšanje oz. povečanje raziskovanja diplomiranih medicinskih sester in spodbujanje ustvarjanja in uporabe na dokazih podprtega znanja.
4. Opolnomočiti diplomirane medicinske sestre, da postanejo uporabniki in ustvarjalci dokazov oz. znanja, ki bo temelj njihovega dela v vsakdanji praksi.
5. Nasloviti dejstvo umanjkanja potrebnih infrastrukturnih pogojev v bolnišnicah za izvajanje raziskav, uporabo na dokazih podprte prakse ter za stalno izobraževanje - potreba po povečanju raziskovalne kompetentnosti diplomiranih medicinskih sester.
6. Zagotoviti okolje s kakovostno in varno zdravstveno obravnavo - potreba po zagotavljanju zdravstvene obravnave z uporabo najnovejših dognanj za izboljšanje izidov zdravstvene obravnave.

2.2 Cilji projekta

Najbolj splošni cilj je okrepiti raziskovalno sodelovanje med partnerskimi bolnišnicami in fakultetami tj. bolnišnicami in fakultetami, ki sodelujejo v projektu, dvigniti pogostost in kakovost izvajanja raziskav v zdravstveni negi in s tem izboljšati končne izide zdravstvene obravnave. Cilj tega projekta je tudi spodbujati tovrstna sodelovanja po Evropi, in sicer z brezplačno dostopnim izobraževalnim programom in navodili za razvoj raziskovalne dejavnosti v zdravstveni negi. Za doseganje navedenega cilja je raziskovalna skupina oblikovala posamezne korake, ki so strukturirani v 5 specifičnih ciljev:

1. Izgradnja infrastrukture z raziskovalno usmerjenim vodstvenim kadrom, ki bo podpiral raziskovalno aktivno okolje.
2. Diplomiranim medicinskim sestram omogočiti boljši dostop do usposabljanja za raziskovanje in pripadajočo podporo oz. spodbudo. Izgradnja okolja za učenje: razvoj spletnega izobraževalnega programa, ki naslavlja pomanjkanje veščin / znanja o raziskovanju; zagotoviti dostop do izobraževalnega programa in učnega gradiva; vzpostavitev okolij v bolnišnicah (npr. bralno - debatni klubi), kjer se v praksi izvaja kritično razmišljanje, prebiranje člankov in evalvacija ter učenje o raziskovanju; prepoznati raziskovalne mentorje v bolnišnicah in na fakultetah, ki bodo podpora raziskovalcem (npr. učitelji, doktorandi); spodbujanje diplomirane medicinskih sester k vpisu na podiplomski študij, ki zagotavlja raziskovalno usposabljanje.
3. Opredelitev raziskovalnih področij v vsakdanji klinični praksi in vzpostavitev sodelovanja s fakultetami pri raziskovanju.
4. Spodbujanje med-disciplinarnega, med poklicnega ter med-agencijskega raziskovalnega sodelovanja (ustanovitve med poklicne raziskovalne skupine).
5. Izboljševanje kakovosti raziskovanja diplomiranih medicinskih sester in dvigniti prepoznavnost raziskav, ki jih izvajajo diplomirane medicinske sestre (npr. objave na konferencah in drugih dogodkih).

Navedenih 5 ciljev bo projekt dosegel s pomočjo posameznih delovnih paketov: DP1 – identifikacija delovnega okolja diplomiranih medicinskih sester; DP2 – povezovanje fakultet, raziskovanja in bolnišnic s ciljem razviti raziskovanje diplomiranih medicinskih sester; DP3 - oblikovanje izobraževalnih gradiv; DP4 – oblikovanje platforme, kjer se bodo izobraževalna gradiva diseminirala; DP5 – implementacija ustvarjenih izobraževalnih gradiv.

Poleg specifičnih ciljev, projektna skupina pričakuje tudi še druge pomembne projektne rezultate:

- že obstoječa raziskovalna strategija v okviru zdravstvene nege se bo nadgradila za področje zdravstvene nege, babištva in sorodne zdravstvene poklice ter z analizo

potreb, ki izhaja neposredno iz zdravstvenega sektorja ter lokalnih in regionalnih območij;

- prepoznani manki bodo obravnavani v partnerstvu med fakultetami in bolnišnicami ter v okviru mednarodnega konzorcija, zato se ne bo upoštevala le nacionalna, temveč tudi evropska perspektiva;
- oblikovane bodo smernice za razvoj raziskovanja v zdravstveni negi; smernice, ki se bodo razvile skozi sodelovanje med bolnišnicami in fakultetami kot primer dobre prakse izvajanja trikotnika znanja pri razvoju raziskovanja v zdravstveni negi;
- Bolnišnice v treh partnerskih državah bodo ustanovile raziskovalne skupine in jih povezale z raziskovalci na fakultetah, ustanovile klube revij, opredelile raziskovalne prioritete v praksi in jih obravnavale skupaj s fakultetami, sodelovale pri ocenjevanju spletnega učnega programa.

Potrebni so mnogoteri pristopi za premagovanje individualnih in organizacijskih ovir za uporabo na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami. Zagotavljanje možnosti za izobraževanje na področju raziskovanj je zagotovo dobra strategija za spodbujanje uporabe in generiranja na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami ter za njihovo opolnomočenje.

2.3 Mednarodna umeščenost projekta

Vsebina projekta je v skladu z evropskimi cilji glede modernizacije evropskega visokošolskega prostora in prosto dostopnih on-line izobraževalnih virov (Evropska komisija, 2011). Odziv na potrebe celotne Evrope je dvigniti kakovost in prepoznavnost raziskav in raziskovanja v zdravstveni negi z oblikovanjem raziskovalnega sodelovanja in povezovanja med bolnišnicami in fakultetami. Raziskovalne kompetence diplomiranih medicinskih sester bi morale biti primerljive, ne glede na državo EU, v kateri delajo (Uradni list Evropske unije, 2013; EFN Workforce Committee, 2014). Poleg poenotenja je potreben tudi dvig raziskovalnih kompetenc, da bi se bolje odzvali na potrebe družbe in delovnih okolij ter, da bi izboljšali zdravstvene izide pacientov. Diplomiranim medicinskim sestram mora biti omogočeno pridobivanje potrebnih kompetenc, nenazadnje tudi zaradi njihove zaposljivosti in konkurenčnosti na evropskem trgu. Namreč, kompleksna sodobna družba potrebuje visoko usposobljeno delovno silo, še zlasti v zdravstvu, kjer so na podlagi direktive 2011/24/EU Evropskega parlamenta in sveta (Uradni list Evropske unije, 2011) pacienti upravičeni do primerljivega zdravljenja v vseh državah članicah EU, kot bi bili deležni zdravljenja doma.

Zato je ta projekt tudi odgovor na dva izziva direktive: 1. zagotoviti, da države EU tesneje sodelujejo v interesu pacientov in 2. izpolnjevanje pričakovanj pacientov glede najvišje kakovosti zdravstvenega varstva. Ker vemo, da obstajajo primeri dobre prakse sodelovanja med bolnišnicami in fakultetami pri razvoju raziskav in raziskovanja, smo v ProCare projekt povabili tudi partnerje iz Irske. University of Limerick Hospital Group in University of Limerick so primer odlične medsebojne povezanosti in sodelovanja.

Seveda tudi na Irskem obstajajo ovire za učinkovit prenos znanja: pomanjkanje organizacijske podpore aktivnostim diseminacije, pomanjkanje finančnih sredstev in spodbud za tovrstno dejavnost ter pomanjkanje strategije, časa in virov v kontekstu politike (Health Research Board Annual Report, 2011). V italijanski regiji Furlanija Julijska krajina obstaja regionalni program kliničnega upravljanja za varnost pacientov in obvladovanje kliničnih tveganj, vendar vsa klinična okolja ne ponujajo virov in učinkovitih modelov zdravstvene obravnave podprte z dokazi. Zakon v Italiji določa, da je odgovornost vseh zdravstvenih delavcev, da sprejemajo najboljše prakse in priporočila, smernice in protokole, ki temeljijo na dokazih podprti zdravstveni negi. V Sloveniji je izvajanje na dokazih podprte prakse v

zdravstveni negi šibko. Diplomirane medicinske sestre se strinjajo, da je na dokazih podprta zdravstvena nega koristna pri njihovem kliničnem delu, vendar jim primanjkuje znanja za njeno izvajanje v praksi (Skela-Savič, et al., 2017a). Španski partnerji so kot primer navedli pretekli projekt, kjer so oblikovali koncept HIS (Healthcare Improvement Science). Tudi v okviru tega preteklega projekta poročajo o relativno majhnem številu nacionalnih raziskav in nizki stopnji zavzetosti za projektni koncept HIS, kjer je glavni poudarek na implementaciji, mednarodnem raziskovalnem povezovanju in prenosu znanja (Macrae, et al., 2016; Skela-Savič, et al., 2017c).

Glede na vsa navedena dejstva, ProCare projekt želi spodbuditi raziskovalno sodelovanje med bolnišnicami in fakultetami po celotnem evropskem prostoru. Slednje želi doseči skozi mednarodno partnerstvo, prosto dostopna on-line izobraževalna gradiva in z oblikovanjem smernic, ki bodo vodilo za vzpostavitev oblikovanja in prenosa znanja na področju raziskovanja medicinskih sester.

3 Razprava

Literatura navaja, da (lahko) uporaba na dokazih podprte zdravstvene nege izboljša zdravstvene izide pacientov (Kelly, et al., 2013; Skela-Savič, et al., 2017a; Ozga, et al., 2019). Uporaba na dokazih podprte prakse pri vsakdanjem delu diplomiranih medicinskih sester je pričakovani standard, vendar obstajajo številne ovire, ki ustvarjajo vrzel med pridobljenim novim znanjem in uporabo tega znanja v praksi. Ugotovljene ovire so povezane s pomanjkanjem časa, raziskovanjem, veščinami in znanjem o na dokazih podprti praksi, pomanjkanjem zanimanja, nadzora in podpore članov tima in vodstva, z nezmožnostjo sodelovanja s timom, z odsotnostjo raziskovalne skupine znotraj zdravstvene nege, s težavami z visoko delovno obremenitvijo in pritiski na izvajanje zdravstvene nege. Literatura pokaže, da je pomembno upoštevati, kako se raziskave „prodajajo“ izvajalcem in da se mora poučevanje osredotočiti na uporabo raziskav v praksi (Black, et al., 2015).

Vsaj skozi celotno trajanje projekta bodo vse partnerske fakultete še naprej gradile na že obstoječih odnosih z bolnišnicami. Fakultete in bolnišnice imajo tesno medsebojno povezanost zaradi kliničnega usposabljanja v okviru študijskih programov, razvoj učinkovitega raziskovalnega sodelovanja pa bo ta partnerstva še nadgradil. Projekt bo izboljšal strokovni vidik razvoja zdravstvene nege in izvajanja zdravstvenega varstva, okrepil raziskovalno aktivnost diplomiranih medicinskih sester, pomagal bo vzpostaviti omrežja medsebojnega delovanja in tako na dolgi rok izgraditi raziskovalne kompetence diplomiranih medicinskih sester. Kot že rečeno, morajo sodobne diplomirane medicinske sestre v vsakdanjih praksah delovati v okviru najnovejših dognanj in istočasno morajo biti usposobljene za iskanje novega znanja. Kot uporabniki in generatorji novega znanja morajo biti seznanjeni s potekom procesa na dokazih podprte prakse: 1. postavitve pravega vprašanja; 2. iskanje najboljših dokazov za odgovor na vprašanje; 3. evalvacija dokazov; 4. implementacija izbranih dokazov v klinično prakso, ki vključuje predhodno proučene potrebe in pričakovanja pacientov in 5. evalvacija učinkovitosti uporabe na dokazih podprte prakse (Bole, 2018). Pri izvajanju navedenih petih korakov sta glavna motivatorja organizacijska in komunikacijska dimenzija, medtem ko sta oviri pri izvajanju najverjetneje pomanjkanje časa in avtonomija oz. upravičenost za spreminjanje prakse. Izvajanje na dokazih podprte prakse zahteva čas, energijo, znanje in avtoriteto in brez teh komponent na dokazih podprte prakse skorajda ni moč doseči (NursingAnswers.net, 2020).

Bolnišnice in fakultete v projektu bodo z mnogimi aktivnostmi sodelovale pri razvoju in izboljšanju zdravstvene nege in s tem zdravstvene obravnave pacientov. Cilj je, da bo

ob koncu projekta naslednje leto, med bolnišnicami in fakultetami vzpostavljena koalicija za vzpostavitev in razvoj znanstvenega raziskovanja v zdravstveni negi, ki bo povezovala strokovnjake iz prakse in akademske sfere, kar je ključnega pomena za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline in s tem za izboljšanje oskrbe pacientov.

4 Zaključek

Fakultete in bolnišnice se soočajo z enakimi izzivi, da bi izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe in izide zdravstvene obravnave. Projektne dejavnosti ProCare-a so načrtovane tako, da bodo bolnišnice in fakultete skupaj gradile infrastrukturo za podporo aktivnemu raziskovalnemu okolju; izboljšale dostopnost do izobraževanja o raziskovanju; spodbujale raziskovalno sodelovanje; povečale prepoznavnost raziskav, ki jih izvajajo diplomirane medicinske sestre. V tem kontekstu sodelovanje partnerja iz Irske, posebej University of Limerick, predstavlja dodano vrednost projektu, saj z njihovim strokovnim znanjem o tem, kako izgraditi raziskovalne zmogljivosti in okolje, pridobimo primer dobre prakse, ki bo implementiran v posamezna partnerska okolja. Končni cilj uporabe na dokazih podprte prakse je namreč standardizirati in izboljšati dostop in kakovost zdravstvene obravnave v celotnem zdravstvenem sistemu.

Literatura

- Black, A., Balneaves, L.G., Garossino, C., Puyat, J.H. & Qian, H., 2015. Promoting Evidence-Based Practice Through a Research Training Program for Point-of-Care Clinicians. *The Journal of nursing administration*, 45(1), pp. 14-20.
- Bole, U., 2018. *Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih podprte prakse: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Eastern Illinois University, 2018. *Why Is Evidence-Based Practice in Nursing so Important?* [online] Available at: <https://learnonline.eiu.edu/articles/rnbsn/evidence-based-practice-important.aspx> [Accessed 25 Junij 2020].
- EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*.
- Evropska komisija, 2011. *Sporočilo komisije evropskemu parlamentu, svetu, evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij: Spodbujanje rasti in delovnih mest – program za posodobitev evropskih visokošolskih sistemov*. Bruselj: Evropska komisija.
- Health Research Board, 2011. *Health Research Board Annual Report*. [pdf] Available at: https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/HRB_Annual_Report_2011_English.pdf [Accessed 25 Junij 2020].
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of Nursing Administration*, 43(1), pp. 18–23.
- Loke, J., Laurensen, M. & Lee, K., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse Education Today*, 34(1), pp. 132–137.
- Macrae, R., Rooney, K., Taylor, A., Ritters, K., Sansoni, J., Lillo-Crespo, M., Skela-Savič, B. & O'donnell, B., 2016. Making it easy to do the right thing in healthcare: advancing improvement science education through accredited Pan European higher education modules. *Nurse education today*, 42, pp. 41-46.
- NursingAnswers.net, 2020. *Benefits of Evidence Based Practice (EBP)*. [online] Available at: <https://nursinganswers.net/essays/benefits-evidence-based-practice-ebp-1216.php> [Accessed 25 Junij 2020].
- Ozga, D., Jędrzejczyk-Cwanek, M., Woźniak, K. & Niemczyk, E., 2019. Knowledge, Behaviors, and Attitudes of Polish Nurses As Compared With Evidence-Based Practice in Relation to the Guidelines of the European Resuscitation Council. *Global Advances in Health and Medicine*, 8, pp. 1-7.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *International Nursing Review*, 63(1), pp. 122–131. doi:10.1111/inr.12233.

- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017a. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), pp. 1910-1923.
- Skela-Savič, B., 2017b. Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique = Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene*, 51(4), pp. 274-297.
- Skela-Savič, B., Macrae, R., Lillo-Crespo, M. & Rooney, K., 2017c. The development of a consensus definition for healthcare improvement science (HIS) in seven European countries: a consensus methods approach = Oblikovanje dogovorne definicije za pojem znanost o uvajanju izboljšav v zdravstvu (HIS) v sedmih Evropskih državah: pristop z metodami konsenza. *Zdravstveno varstvo*, 56(2), pp. 82-90.
- Stokke, K., Olsen, N., Espehaug, B. & Nortvedt, M., 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a crosssectional study. *BMC Nursing*, 13(1), pp. 8–18.
- Uradni list Evropske unije, 2011. *Direktiva 2011/24/EU evropskega parlamenta in sveta*. [online] Available at: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:SL:PDF> [Accessed 25 Junij 2020].
- Uradni list Evropske Unije, 2013. *Direktiva 2013/55/EU evropskega parlamenta in sveta*. [online] Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [Accessed 25 Junij 2020].

Projekt po kreativni poti do znanja: spodbujanje aktivnosti pri osebah z Demenco

A project on the creative path to knowledge: promoting activities for people with Dementia

dr. Monika Zadnikar⁸²
Danielle Jagodic⁸³

Izvleček

Pomemben javno-zdravstveni problem razvitega sveta predstavljajo kronične bolezni, med njimi še posebej demenca. Skoraj vsi zdravstveni delavci so tekom svojega dela do neke mere vključeni v zdravstveno obravnavo starostnika, a kljub temu nimajo zadostnih osnovnih znanj in spretnosti, potrebnih za učinkovito skrb in naraščajoče potrebe starejšega prebivalstva. Demenca je skupek simptomov oziroma oviranosti pri katerih gre za motnjo več višjih kortikalnih, kognitivnih in intelektualnih funkcij. Je progresivno, ireverzibilno in terminalno stanje, ki poleg posameznika prizadene njegovo družino in posredno celotno družbo. Namen projekta je nadgradnja akademskega znanja o demenci s ciljem prenosa znanja v prakso ter s prenosom prakse v teorijo. Projekt sta od februarja 2020 do septembra 2020 (8 mesecev) sestavljala partnerja: Dom Viharnik v Kranjski Gori in Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (FZAB) na Jesenicah. Oblikovana sta bila dva sklopa aktivnosti. V prvem sklopu so pedagoški mentorji pripravili nabor učnih vsebin o demenci s področja gerontologije in fizioterapije ter opolnomočili študente, ki so odšli v delovno okolje in pod vodstvom delovnih mentorjev izvajali aktivnosti z osebami z demenco v praksi. V drugem sklopu aktivnosti so študentje in mentorji zbrali odzive ustreznosti skupnega dela študentov in zaposlenih, predstavili znanje, aktivnosti in novosti in jih posredovali drug drugemu na organiziranem izobraževanju. Rezultati projekta bodo predstavljeni na mednarodni znanstveni konferenci Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Interdisciplinarno sodelovanje je bilo s strani študentov in zaposlenih dobro sprejeto in ocenjeno kot koristno.

Ključne besede: demenca, znanje, kognitivne funkcije, telesna aktivnost

Abstract

An important public health problem in the developed world is chronic diseases, especially dementia. Almost all health professionals are involved in the medical treatment of the elderly in the time of their work. However, they still do not have sufficient basic knowledge and skills needed for effective care of the elderly population. Dementia is a set of symptoms or disabilities in which it is a disorder of several higher cortical, cognitive, and intellectual functions. It is a progressive, irreversible and terminal condition that affects not only the individual but also his family and, indirectly, the whole society. The purpose of the project is to upgrade academic knowledge about dementia with the aim of transferring knowledge into practice and by transferring practice into theory. From February 2020 to September 2020 (8 months), the project consisted of partners: Dom Viharnik in Kranjska Gora and the Faculty of Health Angela Boškin in Jesenice. Two sets of activities were designed. In the first set, pedagogical mentors prepared a set of teaching content on dementia in the field of gerontology and physiotherapy and empowered students who went to work and under the guidance of work mentors carried out activities with people with dementia in practice. In the second set of activities, students and mentors collected responses to the adequacy of the joint work of students and staff, presented knowledge, activities, and innovations and passed them onto each other in organized education. The results of the project will be presented at the international scientific conference of the Faculty of Health Angela Boškin. Interdisciplinary collaboration was well received and rated as useful by students and staff.

Keywords: dementia, knowledge, cognitive functions, physical activity

⁸² dr. Monika Zadnikar, pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija, mzadnikar@fzab.si

⁸³ Danielle Jagodic, dipl. fiziot., Dom starejših Škofljica, Slovenija

1 Uvod

Staranje populacije je ena od pomembnejših značilnosti sodobnega življenja. Število in delež starostnikov v primerjavi s skupno populacijo pomembno naraščata (Koščak-Tivadar, 2016). Pričakovana dolžina življenja naj bi do leta 2022 bila okrog 70 let. Evropska populacija bo v naslednjih petindvajsetih letih ena od najstarejših na svetu (Ramovš, 2013; Ramovš 2014).

V zadnjih desetletjih sodobna medicina pojasnjuje proces staranja ne le kot izgubljanje funkcij, temveč upošteva tudi koncept, da je staranje vrhunec človekovega razvoja, s čimer nakazuje prednosti in koristne vidike staranja. Na tej osnovi izboljšuje telesno, duševno in socialno funkcioniranje starajočega se človeka. Proces aktivnega staranja človeka je usmerjen ne le v krepitev telesnega zdravja, temveč tudi v krepitev kognitivnih sposobnosti in emocionalno-motivacijskega funkcioniranja ter v izboljšanje socialnega sožitja. Pri tem izhaja iz koncepta enovitosti človekovega življenja (Ramovš, 2013). Pri staranju gre za prepletanje in upadanje bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Ni pravila kateri dejavniki bodo prej upadli kot drugi, vendar vsi počasi izgubljajo «elastičnost». Kadar začno prej upadati kognitivne funkcije, kot so: spomin, pozornost, komunikacija, prostorska orientacija, motorična kontrola in sočasno nastane bolezen možganov, se pomisli na demenco (Pirtošek, 2016). Na kakovost staranja in preprečevanja upada kognitivnih funkcij lahko vplivamo z ustrezno telesno aktivnostjo, ki poveča pretok krvi tako v telesu kot možganih, kar omogoča, da dobijo več kisika in hranil, ter s tem povzročajo nevrolško-biološke spremembe. Te spremembe omogočajo vzdrževanje ali celo izboljšanje kognitivnih funkcij, splošnega zdravja, ravnotežja, drže, funkcionalnih sposobnosti, vzdržljivosti, moči, gibljivosti in razpoloženja (Strojnik, 2016; Rugelj, 2012, Novak, 2011).

1.1 Staranje in starostne spremembe

Gerontologija in socialno medicinska znanost oziroma veda o starosti, staranju in starih ljudeh, opisuje staranje s pomočjo bioloških, psiholoških in socioloških vidikov. Pri integralni gerontologiji pa je v ospredju »celosten človek z vsemi svojimi nalogami in potrebami, med katerimi so deležne posebne pozornosti tiste, ki so značilne za tretje življenjsko obdobje« (Ramovš, 2013). Prelomno obdobje, je leto 1999, namenjeno starejšim ljudem, ki so ga Združeni narodi zaznamovali z motom »Dodati življenje letom, ki so bila dodana življenju« ter oblikovali pet načel, s katerimi so opredelili obdobje starejših ljudi: neodvisnost, sodelovanje, (samo)oskrba, samoizpolnjevanje in dostojanstvo. Istega leta, se je sporočilo svetovne zdravstvene organizacije, ob svetovnem dnevu zdravja glasilo, da je staranje svetovnega prebivalstva velik izziv oz. velika priložnost.

Starost lahko opredelimo kronološko (določanje mejnikov v družbi), funkcionalno (biološko, psihično) in socialno (počutje posameznika in njegovo lastno zaznavanje let) (Poljšak & Lampe, 2011). Za vse ljudi je enaka kronološka starost. Na funkcionalno starost vpliva način življenja. Od vsakega posameznika pa je odvisna doživljajska starost (Ramovš, 2013). Za uspešno staranje je pomembna trdnost na več področjih, od telesnega in duševnega zdravja do ekonomskega in družbenega stanja ter zdravega okolja (Koščak-Tivadar, 2016; Novak, 2011).

Za starostnika sta zlasti pomembna telesno in psihično zdravje, saj kronološko ne pojasnjuje kaj se dogaja v staranju. V zadnjem času se poudarja prepletanje bioloških in psiholoških komponent. Upad funkcij je normalen proces in je del staranja, pa vendar pri nekaterih starostnikih upad nekoliko odstopa od pričakovanega (Koščak-Tivadar, 2016). Posledica upada bioloških in psiholoških zmogljivosti, ki sta značilni za starostne spremembe, je spremenjena kakovost življenja. Spremembe se ločijo na tiste, ki so posledica procesa staranja

in na tiste, ki so posledica bolezni. Spremembe kot posledica staranja so: spremembe na koži, okostju in mišičju, srčno-žilnem sistemu, dihalih, živčevju, prebavilih ter imunskemu in hormonskemu sistemu. Spremembe kot posledica bolezni pa so: presnovne, srčno-žilne in degenerativne (Novak, 2011). Pogosto se pozablja omeniti, da starost vpliva tudi na vid, sluh in spretnosti (Jakovljevič, et al., 2006). Ne glede o katerih spremembah se govori, pa spremembe vplivajo na delovanje možganov in s tem na telesne, duševne, čustvene ter kognitivne funkcije.

1.2 Demenca

Demenca je sindrom, ki ga povzroča možganska bolezen, kronična in progresivna, pri kateri gre za motnjo več višjih kortikalnih in kognitivnih funkcij, vključno s spominom, mišljenjem, razumevanjem, računskimi zmožnostmi, učenjem, govorom, presojo in orientacijo. Izhaja iz latinščine: de-upadanje, mentis-razum. Razviti simptomi demence s kognitivnimi disfunkcijami, pomembno vplivajo na samostojnost pri vsakodnevem izvajanju življenjskih aktivnostih (Defina, et al., 2015). Dnevno načrtovane aktivnosti, spoprijemanje z vsakodnevni težavami in reševanje sprotnih zadev postaja vse bolj neučinkovito. Pojav pridruženih vedenjskih in čustvenih motenj še dodatno otežuje neodvisno življenje (Tsenkova, 2017).

Najpogostejša oblika demence je napredujoča degenerativna bolezen možganov imenovana Alzheimerjeva bolezen, ki je najpogostejša in predstavlja 80% vseh demenc. Ostale so redkejšje: vaskularna demenca, demenca pri Parkinsonovi bolezni, demenca z Lewyevimi telesci, frontotemporalna demenca in vse demenca, ki se pojavljajo kot zaplet telesnih bolezni in poškodb (Defina, et al., 2015). Klinično gre za propadanje nevronov, zmanjšanje obsega dendritov in aksonov, upočasnitev hitrosti prevajanja v sinapsah in povečano količino amiloida na drugi strani pa gre za vaskularne motnje (Pirtošek, 2016). Danes je vedno bolj v ospredju t.i. mešana demenca, pri kateri ima bolnik znake degenerativne možganske bolezni in spremembe možganov zaradi motenega možganskega pretoka. Ta oblika demence je najpogostejša. Demenca je skupek različnih simptomov, ki posameznika pomembno prizadenejo na vseh področjih njegovega bivanja. Najbolj očiten znak bolezni je izguba spomina, pri čemer je v začetni fazi prizadet predvsem kratkoročni spomin. Oseba z demenco se lahko dobro spominja dogodkov, ki so se zgodili na primer v otroštvu, ne more se spomniti dogodkov, ki so se zgodili pred kratkim. Sledi blaga motnja pozornosti, nato ne zmore slediti pogovoru, zato se umika iz družbe, kasneje izgublja zanimanje za stvari, ki so ga veselile. Nato pridejo v ospredje čustveni umik, žalost, otopelost, pozabljivost in vedno bolj izražene spominske motnje. Bolnik pozabi, da pozablja. Kdaj vemo, da gre za pozabljanje pri demenci? Takrat ko bolnik, ko ga opomnimo, postane jezen, odklonilen in nezaupljiv. Če se človek zaveda in sam opazi, da pozablja in je do tega kritičen, gre za »normalno« pozabljanje. Pogosteje, ko ga opomnijo drugi, večja verjetnost je, da gre za začetno obliko demence. Skratka, ko začno upadati intelektualne sposobnosti, spomin, sporazumevanje, logično mišljenje, orientacija v času, kraju in prostoru govorimo o demenci (Pirtošek, 2016). Razviti simptomi demence s kognitivnimi disfunkcijami, pomembno vplivajo na samostojnost pri vsakodnevem izvajanju življenjskih aktivnostih. Dnevno načrtovane aktivnosti, spoprijemanje z vsakodnevni težavami in reševanje sprotnih zadev postaja vse bolj neučinkovito. Pojav pridruženih vedenjskih in čustvenih motenj še dodatno otežuje neodvisno življenje (Rugelj, 2012; Pirtošek, 2016; Tsenkova, 2017).

1.3 Telesna aktivnost in demenca

Dobra telesna pripravljenost omogoča neodvisno, samostojno življenje starejših ljudi, ki jih določajo zahteve okolja in vključujejo osnovne in podperne dejavnosti vsakdanje življenja. Osnovne dejavnosti vključujejo opravila, ki zadovoljujejo osnovne človekove

potrebe (hranjenje, oblačenje, umivanje, ...). Podporne dejavnosti vključujejo opravila, ki so nujna za neodvisno življenje (čiščenje, kuhanje, nakupovanje,...). Za opravljanje teh dejavnosti je potrebna določena stopnja telesne pripravljenosti, ki se s primarnim staranjem, kot naravnim procesom, z leti zmanjšuje. Sekundarno staranje pa vključuje še spremembe primarnega staranja, bolezni, in spremembe okolja, ki še dodatno zmanjšujejo stopnjo telesne pripravljenosti (Mandeljc, 2015; Sedej & Rugelj, 2013). Telesna pripravljenost je skupek posameznikovih lastnosti, ki se nanašajo na izvedbo in vključujejo: spretnost, ravnotežje, koordinacijo, moč in hitrost ter tiste, ki se nanašajo na zdravje in vključujejo: telesno zgradbo, kardiorespiratorno funkcijo, gibljivost in mišično zmogljivost (moč, vzdržljivost) (Jakovljevič, 2014). Z redno telesno aktivnostjo se vzdržuje telesna pripravljenost, s katero starostnik lahko zadovolji svoje potrebe in je zadovoljen. Poleg tega ima redna telesna aktivnost še vrsto drugih koristnih učinkov: znižuje krvni pritisk, raven sladkorja, holesterol, zmanjšuje debelost, osteopenijo, možnost padcev, preprečuje osteoporozo in posledično zlome, krepi srce in ožilje, mišično moč, gibljivost, vzdržljivost in ravnotežje. Telesna aktivnost varuje pred kronično nenalezljivimi boleznimi, vzdržuje psihofizične in funkcionalne sposobnosti telesa, pripomore k zmanjšanju stresa in depresije, pomaga pri povečanju samozavesti, zadovoljstva in kvalitete življenja (Trčko, 2014). Za načrtovanje učinkovitega programa vadbe pri starostnikih je pomembno poznavanje njihovega zdravstvenega stanja, telesne pripravljenosti, trenutne stopnje telesne aktivnosti, njihovega načina življenja in njihovih želja ter priljubljenih vrstah telesne dejavnosti, potreb in ciljev (Jakovljevič, 2014).

2 Projekt

2.1 Vsebina in izvedba projekta

Projekt »Po kreativni poti do znanja 2017-2020« je projektno delo, ki povezuje gospodarstvo in negospodarstvo v lokalnem in regionalnem okolju, z delovnim nazivom »Spodbujanje aktivnosti pri osebah z demenco v domu starejših občanov – Dom Viharnik«. Projekta je usmerjen v nadgradnjo akademskega znanja o demenci s ciljem prenosa znanja v prakso ter prenos prakse v teorijo. Jedro je prenos znanj, izkušenj in dobrih praks o demenci v domu starejših občanov (DSO) – Dom Viharnik, v nadaljevanju Dom, in obratno, prepoznavanje potreb DSO ter nadgradnja že obstoječih znanj, izkušenj in dobrih praks.

5 študentov FZAB je bilo vključenih v delo z osebami z demenco v Dom (Dom Viharnik Kranjska Gora). Znanje o demenci so študentje nadgradili za potrebe projekta pod vodstvom pedagoških mentorjev. Z delom v DSO z osebami z demenco, so študentje znanje prenesli v prakso pod vodstvom delovnega mentorja. Istočasno so pridobili praktične izkušnje o uporabnosti znanja in v nadaljevanju pod vodstvom in s sodelovanjem vseh mentorjev oblikovali konkretne prepoznane potrebne učne vsebine iz področja demence. V sklopu projekta je bilo organizirano izobraževanje na podlagi učnih vsebin za zaposlene v Domu ter za zaposlene FZAB in sicer: 1. Splošno znanje o starostnikih in staranju, 2. Odnos do dela s starostniki, 3. Odnos do starostnikov, 4. Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni oz. o različnih oblikah demence.

Oblikovani sta bili dve tematski aktivnosti:

1. AKTIVNOST 1

Pedagoški mentorji so zbrali učne vsebine o demenci s področja gerontologije in fizioterapije. Pet študentov je bilo vključenih v srečanja oz. predavanja (v skupnem

obsegu 20 pedagoških ur). Pedagoški mentorji so študentom posredovali teoretična znanja ter zbrali in oblikovali izkušnje in primere dobrih praks doma in v tujini. Izkušnje in dobre prakse so skupaj dopolnili s predlogi študentov. 5 študentov je v času projekta sodelovalo pri delu z osebami z demenco v Domu (v skupnem obsegu 200 pedagoških ur). Aktivno so bili vključeni v oskrbo starostnika.

Pod vodstvom delovnega mentorja so študenti spoznali obstoječo prakso pri delu z osebami z demenco. To prakso so študenti nadgradili glede na vsebine. Delovni mentor je zagotovil, da so aktivnosti študentov potekale skupaj z zaposlenimi v Domu, ki že delujejo na področju oseb z demenco. Zaposleni so bili seznanjeni z vsebinami iz Aktivnosti 1 in so jih skupaj s študenti v praksi izvajali. Delovni mentor je poskrbel za nadzor in ustrezno izvedbo skupnega dela študentov in zaposlenih v Domu.

2. AKTIVNOST 2

Po obdobju dela v Domu, so študenti z mentorji z vprašalnikom zbrali odzive o ustreznosti skupnega dela študentov in zaposlenih. Pridobljene so bile informacije o področjih dela, kje zaposleni v Domu vidijo, da imajo še vedno premalo znanja. Pedagoški mentorji so za ta področja zbrali teoretična znanja, izkušnje in primere dobrih praks doma in v tujini. Učne vsebine so predstavljale sintezo že poznanega, o delu z osebami z demenco in novega, tistega s čimer se srečujejo zaposleni v DSOjih v Sloveniji. Delovni mentor je na FZAB predstavil znanja, aktivnosti, novosti itd., ki so jih v Domu prepoznali v času dela s študenti v okviru projekta. Organizirano je bilo izobraževanje na podlagi oblikovanih učnih vsebin za zaposlene v Domu in FZAB. Oblikovane vsebine bodo prosto dostopne na spletni strani Doma in FZAB. Rezultate oz. vsebino projekta bodo delovni mentor in pedagoški mentorji predstavili na mednarodni znanstveni konferenci FZAB. Tudi študenti bodo pozvani, da o projektu pripravijo prispevek za študentsko in/ali znanstveno konferenco.

2.2 Cilji projekta

Cilji projekta so bili:

1. opolnomočiti študente z znanjem in rokovanjem oseb z demenco,
2. opolnomočiti zaposlene z znanjem o demenci,
3. prenos praktičnega znanja in primerov dobrih praks zaposlenih na študente,
4. evalvacija medsebojnega sodelovanja,
5. objaviti skupne vsebine na spletnih straneh vključenih institucij,
6. objaviti prispevek na mednarodni znanstveni konferenci FZAB.

3 Razprava

Kot že omenjeno, kognitivne in telesne funkcije upadajo s starostjo, lahko pa jih še dodatno pospeši bolezen sodobnega časa, demenca. Študentje so bili pred vstopom v klinično okolje opolnomočeni z znanjem o vedenju, ravnanju in življenju oseb z demenco ter kako se jim približati, da sta na koncu zadovoljna oba. Prav tako so bili zaposleni seznanjeni z najnovejšimi izsledki raziskav na področju demence in ravnanja z osebami z demenco. Iz evalvacije tako študentov kot zaposlenih v Domu, je razvidno, da so jim bila znanja zelo dobrodošla. Študentke so zelo pozitivno ocenile predznanje, ki so ga prejele pred prakso v domu Viharnik. Po lastnih navedbah so skozi predavanja pridobile osnovna teoretična znanja o demenci in o konceptu dela z osebami z demenco, vendar so poudarile, da je

teorija eno, praksa v »resničnem okolju« pa se precej razlikuje. Poudarile so tudi, da brez empatije in srčnosti samo znanje ne koristi dovolj, saj osebe z demenco dobro zaznavajo naše razpoloženje in od tega je odvisno njihovo sodelovanje. Zaposleni v domu so predznanje študentov ocenili kot zelo dobro in dodatno pohvalili samoiniciativnost, motiviranost ter samostojnost študentk.

Na vprašanje kako o se znašli in pričeli z delom so vse študentke poudarile, da v novem okolju potrebujejo dva do tri dni, da se navadijo ustanove, načina dela, organizacije, so pa izredno pohvalile odnos zaposlenih in mentorici do njih, prenos znanja in sodelovanje. Zaposleni in mentorici pa so dodali, da so se študentke hitro učile, privadile načinu dela in dobro sodelovale z zaposlenimi in stanovalci.

Potrebo po prilagoditvah pri delu sta navajali le študentki fizioterapije, ker sta prvič delali z osebami z demenco. Navajata, da sta morali prilagoditi način govora, ki mora pri starejših osebah, počasnejši zaradi razumevanja in da je potrebno poiskati način, kako vstopiti v njihov svet in tako pridobiti sodelovanje, jih motivirati in spodbujati k samostojnosti.

Zaposleni potrjujejo napredek študentk z navedbami, da so bile samoiniciativne, samostojne, da so se povezovale med seboj (niso ločevali del na zdravstveno nego in fizioterapijo) in tudi delale vsa dela, da se je izboljšala komunikacija z osebami z demenco in tehnike premeščanja po domu in v ožji okolici. Študentke svoj napredek ocenjujejo v boljšem razumevanju oseb z demenco, v povezovanju teoretičnega znanja s praktičnim delom, v boljšem občutku za delo s starejšimi in nenazadnje v osebnostnem razvoju.

Študentke so obogatile zaposlene s predstavitev fakultete in študijskih programov, z varnim okoljem v katerem so se izrazile in zaupale svoje zaznavanje, z visoko motivacijo in s potrpežljivostjo, ki so jo izkazale pri delu z osebami z demenco.

Zaposleni pa so s svojim znanjem obogatili študentke v sodelovanju, timskem delu, hitrega reagiranja v ključnih situacijah, kako pomiriti osebe z demenco, da ne pride do razburjanja, v poznavanju življenjske zgodbe stanovalca, o pomembnosti kognicije pri posamezniku, da stanovalec dobi možnost izbire, da se mu prilagodi, v varovanju sebe in stanovalca pri transferjih, o pomembnosti diagnoz in multimorbidnosti pri starejših, v izvajanju osnovnih dnevnih aktivnostih in vodenju skupinskih vadb.

Predlogi za v prihodnost, so zaposleni zapisali, da predlagajo tak način kot je bil izpeljan v projektu, tako teoretična znanja kot praktična znanja in izkušnje pri delu; študentke pa zapisujejo, da znanja nikoli ni dovolj, da je potrebno slediti raziskavam na področju demence, da potrebujejo praktična znanja zato, da jih lahko bolje razumejo in na njihova vedenja ustrezno reagirajo ter da se naučijo pristopov do njih. Nenazadnje, da se zagotovi kakovostno življenje oseb z demenco.

Kognitivne sposobnosti in telesna aktivnost delujeta vzajemno. Proces je zahteven, zapleten in nanj vpliva veliko dejavnikov. Telesna aktivnost poveča fiziološke prilagoditve v visoki starosti, preprečuje fizične poškodbe in upočasni procese sarkopenije (Novak, 2011). Telesna aktivnost pozitivno vpliva na kognitivne sposobnosti, kot so: spomin, pozornost in govor. Aktivnost poveča pretok krvi v možganih, s tem dobijo več kisika in hranil, sprožijo se različne nevro-biološke spremembe, kot so razvoj možganskega tkiva, sproščanje neurotransmiterjev v različnih delih možganov, povezanih s kognitivnimi funkcijami. (Strojniki, 2016). Z vajami za ravnotežje, ki jih lahko spodbujamo pri vseh dnevnih aktivnostih: s spreminjanjem telesnega težišča, s spreminjanjem smeri gibanja, z gibanjem na nestabilni, neravni mehki podlagi, z zmanjšanjem podporne ploskve in sočasnim izvajanju več nalog, kot so deljena pozornost, pomembno izboljšata tako ravnotežje, hitrost, preprečevanje padcev kot kognitivnost (funkcijska ali deljena pozornost, izdelava strategije za reševanje pri gibanju, izogibanje oviram) sta dokazala tako Rugelj (2012) kot Lam s sodelavci (2018).

Uporabo glasbe pri bolnikih z demenco raziskujejo različni strokovnjaki.) ugotavlja, da se je povečal obisk skupine s fizično aktivnostjo, ker so pri vadbi uporabljali glasbo. Posledično se je izboljšalo sodelovanje v več družabnih dejavnostih, razpoloženje in motivacija. Glasbeno terapijo se uporablja za izboljšanje fizične, psihične in čustvene integracije v procesu zdravljenja demence, ki s svojim pozitivnim učinkom zmanjšuje anksioznost, izboljšuje razpoloženje in počutje, zmanjšuje bolečine, blaži vedenjske spremembe, vpliva na kvaliteto in je varovalni dejavnik pred depresijo (Mathews et al., 2010; McDermott, et al., 2014; Huei-Chuan, et al., 2011).

4 Zaključek

Primerna telesna aktivnost je v preventivnem pogledu dobrodošla za ohranjanje zdravja, še bolj pa je pomembna za izboljšanje zdravja na področju gibalnih in funkcionalnih sposobnosti, na področju mentalno-emocionalnega in socialnega življenja posameznika in družbe, kar posredno vpliva na samostojnost in neodvisnost ter s tem kakovostnejše življenje v starosti. Res je, da je v zadnjih desetih letih v porastu bolezen sodobnega časa – demenca, vendar pa rezultati raziskav kažejo, da se lahko na bolezen vpliva med drugim s telesno aktivnostjo, z ohranjanjem kognitivnih sposobnosti in odnosom do sebe in drugih ljudi.

V projektu, ki je bil izpeljan lahko iz mnenj zaposlenih in študentk ocenimo, da je projekt vnesel svežino zaposlenim in stanovalcem doma ter študentom ponudil veliko strokovnih izkušenj, povezovanje znanja ter osebne rasti pri spoznavanju in strokovnem delu z osebami z demenco. Cilji, ki so bili zastavljeni so bili doseženi in lahko govorimo o dodani vrednosti projekta za vse udeležene.

Literatura

- Defina, L.F., Haskell, W.L., Willis, B.L., Barlow, C.E., Finley, C.E., Levine, B.D. & Cooper, K.H., 2015. Physical Activity Versus Cardiorespiratory Fitness: Two (Partly) Distinct Components of Cardiovascular Health? *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(4), pp. 324–329.
- Huei-Chuan, S., Wen-Li, L., Shu-Min, C. & Graeme, S.D., 2011. Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), pp. 1776-1783.
- Jakovljevič, M., Rugelj, D., Hlebš, S., Kacin, A., Sevšek, F., Dremelj, K., Špoljar, J. & Leskošek, B., 2006. Skupina testov za ocenjevanje telesne pripravljenosti starostnikov. In: D. Rugelj, ed. *Posvetovanje: Celostna obravnava starostnikov. Zbornik predavanj, 24. november 2006*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, pp. 49-58.
- Jakovljevič, M., 2014. Testi telesne pripravljenosti za starejše ljudi. In: Z. Mihelič & M. Jakovljevič, eds. *Zbornik predavanj: zdravje starejših ljudi – izziv za zdravstvene delavce*. Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, pp. 90-101.
- Koščak Tivadar, B., 2016. Spomin v starosti in povezava s telesno dejavnostjo. In: Kregar Velikonja, N. ed. *Zbornik: celostna obravnava pacienta: starostnik v zdravstvenem in socialnem varstvu*. Novo mesto, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 211-224.
- Lam, F.M.H., Huang, M.Z., Liao, L.R., Chung, R.C.K., Kwok, T.C.Y. & Pang, M.Y.C., 2018. Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 64, pp. 4-15.
- Mandeljč, A., 2015. *Upad moči pri starostnikih: diplomsko delo*. Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
- Mathews, R.M., Alicia A. Clair, A.A. & Kosloski, K., 2010. Keeping the beat: Use of rhythmic music during exercise activities for the elderly with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(6), pp. 377-380.

- McDermott, O., Orrell, M. & Ridder, H.M., 2014. The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18(6), pp. 706-716.
- Novak, T., 2011. *Vpliv telesne vadben na kvaliteto življenja starostnikov: doktorska disertacija*. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Pirtošek, Z., 2016. Pomembna je zgodnja prepoznavna bolezn. *Spominčica: glasilo Slovensko združenje za pomoč pri demenci*, 14(1), pp 14-15.
- Poljšak, B. & Lampe, T., 2011. Proces staranja, vzroki, posledice in ukrepi. In: D. Rugelj & F. Sevšek, eds. *Zbornik: Aktivno in zdravo staranje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 2-6.
- Ramovš, J., 2014. Staranje in sožitje med generacijami. *Kakovostna starost*, 17(3), pp. 3-28.
- Ramovš, K., 2013. Medgeneracijsko sožitje in solidarnost. *Kakovostna starost*, 16(4), pp. 3-33.
- Rugelj, D., 2012. V ravnotežje usmerjena vadba: povezanost gibalnih in spoznavnih aktivnosti. *Rehabilitacija*, XI, supl. I, pp. 51-58.
- Strojnik, V., 2016. Gibanje in demenca. *Spominčica: glasilo Slovensko združenje za pomoč pri demenci*, 14(1), pp. 14-15.
- Trčko, A., 2014. Telesna aktivnost starostnikov: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 6-15.
- Tsenkova, V.K., 2017. Leisure-time, occupational, household physical activity and insulin resistance (HOMA-IR) in the Midlife in the United States (MIDUS) national study of adults. *Preventive Medicine Reports*, 5, pp. 224-227.



**Seznam avtorjev /
Author's Index**

A	
Ahlin, Janja	99
Aimoldina, Kuroloy	70
Akhmetova, Almira	179
Avdić, Mediha	174
B	
Bahun, Mateja	30, 179
Bastarda, Maša	137
Batarbekova, Sholpan	76
Bekbergenova, Zhanagul	62
Belyatko, Alexandra	76
Božič, Slađana	200
Bregar, Branko	160
D	
Derbissalina, Gulmira	62, 76
Dovjak, Mateja	14
Drenovec, Tadeja	116
E	
Eržen, Mojca	229
F	
Fabjan, David	137
G	
Glišović Krivec, Špela	137
Grmek Košnik, Irena	54
Grum, Vida	229
H	
Hočevar Grom, Ada	125
Hopia, Hanna	131
J	
Jagodić, Danielle	244
Jeriček Klanšček, Helena	125
Jović, Duska	174
K	
Kalender Smajlović, Sedina	14, 30, 236
Kassym, Laura	179
Katić-Vrdoljak, Ines	174
Kobentar, Radojka	108
Koikov, Vitalyi	62
Krivec, David	137
Krnel, Tilen Tej	23
Kuhar, Metka	125
Kukec, Andreja	14

L	
Lapanja, Aljoša	91
Lavtižar, Jana	54
Logar Čuček, Marjeta	145
Lopuh, Mateja.....	225
M	
Macur, Mirna.....	30, 153
Marković, Nena	174
Medved, Robert.....	160
Meyermanova, Inesh.....	131
Mujačić, Senada.....	206
N	
Novak, Anja	116
P	
Pantar, Barbara	218
Pesjak, Katja	236
Petek Šter, Marija	99
Petkovšek-Gregorin, Romana	82
Pivač, Sanela	30, 116, 191, 236
Pogačnik, Matej.....	166
Pogačnik, Nina	166
Pogačnik Žebovec, Manca	39
Požun, Gal.....	229
R	
Rakhymgalieva, Gaukhar	70
Raušl, Matic.....	91
Roljič, Slavica	108
S	
Sever, Barbara	229
Skela Savič, Brigita	8, 166, 236
Smodiš, Marta	185
Š	
Štempihar, Maja	212
Šuklar, Suzana	153
T	
Trobec, Irena	39
U	
Umbetzhanova, Ayagyozy.....	62
Urancar, Tinkara	229
V	
Varl, Živa.....	116

W		
	Wang, Qun	48
Z		
	Zadnikar, Monika	229, 244
	Zager Kocjan, Gaja	125
	Zajc, Aleš	160
	Zhetmekova, Zhuldyz	179

With
special
thanks
to



The Association of Schools of Public Health
in the European Region

