



Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede
Faculty of Health Sciences

Zbornik prispevkov

ZNANJE – KLJUČ DO CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTA

*13. študentska konferenca s
področja zdravstvenih ved
Novo mesto, 14. maj 2021*

KNOWLEDGE - THE KEY TO HOLISTIC PATIENT CARE

*13th Student Conference in the Field of Health Sciences
Novo mesto, May 14, 2021*



UNIVERZA V NOVEM MESTU / University of Novo mesto
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE / Faculty of Health Sciences

13. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved

ZNANJE – KLJUČ DO CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTA

zbornik prispevkov

Novo mesto
14. maj 2021

13. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved
ZNANJE – KLJUČ DO CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTA
zbornik prispevkov

Izdajatelj in založnik / Publisher ©

Založba Univerze v Novem mestu / Univesity of Novo mesto Press

Urednica / Editor

Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Tehnična urednika / Tehnical editors

Brigita Jugovič, Bojan Nose

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)

pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

[COBISS.SI-ID 63121923](#)

ISBN 978-961-6770-46-0 (PDF)

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI NAGOVORI

KONFERENČNI PRISPEVKI

<i>Slavko Babić, Gregor Budihna, dr. Melita Peršolja</i> Osveščенost prebivalcev goriške regije o ukrepanju pri srčnem zastoju	1
<i>Katja Bandelj, Kristina Ana Emeršič, Lucija Granatir, Marcel Kepic, Urša Bratun</i> Delovna terapija pri odraslih s prekomerno telesno težo: sistematični pregled literature	10
<i>Dunja Bernot, Nastja Sojč, dr. Danica Železnik</i> Pomen etike v praksi fizioterapije	18
<i>Katja Bevc, Klara Kužnik, Lara Redek Žnidaršič, Petra Kotnik</i> Telesna pripravljenost pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19	29
<i>Boštjan Breznik, Edvard Jakšič</i> Nujna medicinska pomoč in vloga dispečerskega centra zdravstva	41
<i>Barbara Bukovec, Snežana Frelj, Mateja Bahun</i> Kritično vrednotenje spletnih izobraževalnih posnetkov - prebrizgavanje urinskega katetra	47
<i>Špela Centrih, dr. Bojana Filej</i> Paliativna oskrba v dolgotrajni oskrbi	53
<i>Nataša Ciber, dr. Renata Vauhnik</i> Učinki vadbe za ravnotežje pri kronični nestabilnosti gležnja	61
<i>Katja Čolnik, dr. Maša Černelič - Bizjak</i> Poseganje po tolažilni hrani med študenti	69
<i>Klemen Čretnik, Žiga Kozinc, dr. Nejc Šarabon</i> Vpliv vadbe proti uporu na ravnotežje: sistematičen pregled z metaanalizo	76
<i>Armin Čulić, dr. Branko Bregar, dr. Mirna Macur</i> Raba konoplje med Slovenci – integrativni pregled literature	84
<i>Mag. Damnjan Damnjanović, dr. Zmago Turk</i> Specialna HumanUP masaža zatilja pri osebah s cervikalnimi sindromi	90
<i>Antoneta Demaj, mag. Jožica Ramšak Pajk</i> Preprečevanje padcev starejših v domačem okolju	98
<i>Katja Domadenik, Tita Stanek Zidarič</i> Pomen in vloga obravnave otročnic s strani patronažne službe	105
<i>Sara Gašperšič, Andreja Draginc</i> Informiranje staršev o gosti hrani	113

<i>Kristina Taja Grünfeld, Lina Hartman, Edvard Jakšič</i> Pomen sprejemanja etičnih odločitev v zdravstvu	121
<i>Ema Hegler, Živa Uršič, Anja Keržan, Maja Berlec, dr. Monika Zadnikar</i> Fizioterapija skozi čas	130
<i>Zoya Hladnik, dr. Mojca Jevšnik</i> Vpliv podnebnih sprememb na tveganja v prehranjevalni verigi in posledično na zdravje ljudi	138
<i>Anja Jager, Eva Železnik, Eva Hace, mag. Mladen Herc</i> Zadovoljstvo pacienta – pregled literature	145
<i>Patricija Petra Javšnik Koželnik, dr. Boris Miha Kaučič</i> Seznanjenost starejših z ustnim zdravjem in njihov odnos do njega	154
<i>Žan Jerenko, Sašo Ozvatič, Edvard Jakšič</i> Epidemija covid-19 in dileme v procesu zdravstvene nege v severovzhodni Sloveniji	161
<i>Tomaž Juhart, Leona Cilar, dr. Klavdija Čuček Trifkovič</i> Fitnes in telesna samopodoba moških	170
<i>Kaja Kaligaro, Edvard Jakšič</i> Medosebni odnosi in komunikacija med medicinskim osebjem in pacientom	177
<i>Amadeja Kangler, Jasmina Stopar, Nika Stuhne, Tina Štrasner, Petra Vidmar, Urša Bratun</i> Intervencije za izboljšanje produktivnosti pisarniških delavcev z vidika delovne terapije: sistematični pregled literature	183
<i>Miha Knific, dr. Katarina Merše Lovrinčević, Tjaša Hrovat Ferfolja</i> Obvezno cepljenje v Sloveniji in drugih državah Evropske unije	190
<i>Tatjana Komes, dr. Ivana Živoder</i> Perception and knowledge of mothers about the nutrition of newborns and infants	198
<i>Breda Kordež, dr. Nejc Šarabon</i> Vpliv vadbene terapije na senzorično-motorične funkcije trupa pri bolečini v spodnjem delu hrbta	205
<i>Anita Kovačević, dr. Rosana Ribič</i> Komunikacija gluhih i nagluhih osoba u vrijeme epidemije covid-19	213
<i>Martina Krajnc, dr. Boris Miha Kaučič</i> Razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okoljem	220
<i>Ivana Križmančič, Kristina Rakuša Krašovec</i> Ozaveščenost šolarjev o varni spolnosti	228

<i>Tilen Tej Krnel, dr. Brigita Skela Savič</i> Izkušnje pacientov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci – fenomenološka raziskava	235
<i>Dijana Kropek, dr. Marijana Neuberg</i> Važnost i percepcija palijativne skrbi – analiza stavova medicinskih sestara/tehničara i opće populacije	242
<i>Špela Laci, Zvonka Fekonja, Nataša Mlinar Reljić</i> Zgoščevalci v prehrani starostnika: pregled literature	248
<i>Dominik Lebar, Edvard Jakšič</i> Starostniki tretjega življenjskega obdobja v očeh dijakov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota	256
<i>Rebeka Lekše, Ana Marija Capuder, Aleš Vehar, Katja Vehar, dr. Sabina Ličen</i> Odnos študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti	264
<i>Deša Lušina, Mateja Šimec</i> Medicinska sestra pri obravnavi pacienta z alergijo	272
<i>Denisa Manojlović, dr. Nejc Šarabon</i> Vadba za krepitev mišic kolka in kolena pri osebah s patelofemoralno bolečino	281
<i>Jan Meh, Nataša Bizovičar, Nataša Kos, dr. Miroljub Jakovljević</i> Mišično-kostne težave fizioterapevtov v zdravstvenih ustanovah na terciarni ravni	289
<i>Urban Mesec, dr. Damjan Slabe, Uroš Kovačič</i> Odgovorni zdravstveni delavci znajo izvajati temeljne postopke oživljanja	297
<i>Sara Mihorič, Edvard Jakšič</i> Povezava med dobro komunikacijo negovalnega tima in kakovostnim izvajanjem postopkov zdravstvene nege	305
<i>Kaja Mohorko, dr. Klavdija Čuček Trifkovič</i> Sprejetost osebe z duševno manj razvitostjo v socialnem okolju	312
<i>Maja Može, mag. Metka Skubic</i> Dejavniki, ki vplivajo na porodno izkušnjo žensk	319
<i>Anamarija Mrak, Sedina Kalender Smajlović</i> Študenti zdravstvene nege in prosti čas	327
<i>Arijeta Murseli, Kristina Rakuša Krašovec</i> Moralno-etične dileme darovanja organov po smrti	333
<i>Martina Nagode, Aljaž Čibej, dr. Katja Bezek</i> Kislo zelje in repa v prehrani Slovencev	341
<i>Mag. Patrycja Ozdoba, mag. Magdalena Dziurka, dr. Beata Dobrowolska</i> Hospital Ethical Climate and Job Satisfaction among Nurses	348

<i>Maja Penko, mag. Tomaž Lampe, Monika Pavlović</i> Vpliv teže proteze za spodnje ude na porabo energije in hojo – pregled literature	353
<i>Jože Petek, Semir Civić, Grega Bukovec, Izza Krulc, Maša Krajnšek, Danielle Jagodic</i> Vloga fizioterapije pri zdravljenju debelosti – pregled literature	361
<i>Viktorija Petrović, Tjaša Kocmut, Julija Mijailović, Tajda Vuga, dr. Mojca Jevšnik</i> Higienski ukrepi za zaposlene pri delu z živili v zdravstvenih objektih	369
<i>Andrej Podlogar, dr. Mirko Prosen</i> Analiza spanca med reševalci v Sloveniji	376
<i>Tehvida Ponjević, dr. Bojana Filej</i> Vloga medicinske sestre pri opolnomočenju pacientov v pediatrični paliativni oskrbi	384
<i>Iris Prošić, mag. Erika Povšnar</i> Koristi zdravstveno vzgojnih programov za ženske v menopavzi – pregled literature	392
<i>Darja Pucko, Gorazd Laznik</i> Potencialne negovalne diagnoze pri otroku, vključenem v dializno zdravljenje	400
<i>Tina Razlag Kolar, dr. Boris Miha Kaučič</i> Koncept naprednih znanj v zdravstveni negi – pregled literature	409
<i>Andrej Resnik, mag. Hilda Maze</i> Celostni pristop k izboljšanju transporta pacientov na radiološke preiskave	417
<i>Marija Seničar, Gorazd Laznik</i> Paliativna oskrba v Sloveniji in tujini	424
<i>Hana Tomaš, dr. Boris Miha Kaučič</i> Znanje medicinskih sester o uporabi opioidov za obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi – pregled literature	432
<i>Goran Tomič, dr. Ljiljana Leskovic</i> Prepoznavanje nasilja in zlorab nad starejšimi v institucionalnem varstvu	440
<i>Rok Vatovec, dr. Nejc Šarabon</i> Učinki ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju za zadnje stegenske mišice	448
<i>Kristina Vrhovac, dr. Nataša Marčun Varda, mag. Barbara Kegl</i> Soočanje staršev z oskrbo prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije otrok	455
<i>Marcela Zabret, dr. Nevenka Krčevski Škvarč</i> Ocena bolečine pri bolnikih z demenco v socialnovarstvenih zavodih	463
<i>Tia Zagernik, Jasmina Nerat, dr. Maja Pakiž</i> Rak materničnega vratu kot posledica oralne hormonske kontracepcije	471
<i>Lidija Zorman, Edvard Jakšič</i> Varnost v operacijski dejavnosti v času epidemije covida-19	479

Monika Zorman, Edvard Jakšič
Samoocena kakovosti življenja odraslih s kožno boleznijo 488

Sabrina Zulić, dr. Nevenka Kregar Velikonja
Znanje študentov o lipoproteinih v krvi 496

Sara Cizelj,
predsednica Študentskega sveta UNM FZV



Celostni pristop v obravnavi pacienta omogoča pridobivanje ključnih posameznih informacij, ki so glavna usmeritev pri delu medicinske sestre. Dobro postavljena in opredeljena negovalna anamneza ob prvem stiku je bistvenega pomena in predstavlja osnovo za udejstvovanje pri negi posameznika, ko slednji to potrebuje. Področje zdravstvene nege je samostojna in avtonomna disciplina, ki vsakodnevno postreže z obilico nepredvidljivih okoliščin. Podobno velja tudi za druge zdravstvene stroke. Zdravstveni delavci moramo biti sposobni, da se tudi na nepredvidljive okoliščine odzovemo korektno in strokovno, da osebi, ki v dani situaciji potrebuje zdravstveno nego in oskrbo, lahko priskočimo na pomoč. Telesne, duševne, duhovne in socialne dimenzije sestavljajo človekovo celoto in ga izoblikujejo v individuum. Ob morebitnih motnjah katere izmed omenjenih dimenzij oseba ne funkcioniра v holističnem duhu, kar jo ovira pri vključevanju v vsakdanje življenje; v ospredje prihajajo negotovi občutki, dvomi in strahovi; pojemati začne volja, moč in nenazadnje – znanje, kar je v svoji definiciji konkretno opredelila zaslužna teoretičarka Virginia Henderson. Razumevanje koncepta celostne obravnave pacienta je pomembna osnova za empatičen ter uvideven odnos zdravstvenega delavca, ki se osredotoči na pacienta, mu pomaga, ga usmerja in pravočasno zazna odstopanja, na podlagi katerih kompetentno v sklopu procesa postavi negovalno diagnozo, cilje, načrtuje intervencije, jih izvede ter evalvira v svojem poročilu.

Znanje je moč, ki pomaga do željenih rezultatov ter obojestranskega zadovoljstva, s prvenstveno kakovostno in varno opravljenimi storitvami, hkrati pa gre za postavitev temelja vedenju, za kaj si je vredno prizadevati. Na tem mestu so tovrstna srečanja na konferencah edinstvena priložnost za medsebojno vzajemno povezovanje, izmenjavo rezultatov, izkušenj in mnenj znanstvenoraziskovalnega dela, zapečateni kot zlata popotnica za suvereno opravljanje privilegiranega poslanstva.

Dr. Klavdija Čuček Trifkovič

V. d. dekanica Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru



»Znanje – ključ do celostne obravnave pacienta« je slogan letošnje študentske konference, ki študentom zdravstvene nege in zdravstvenih ved že 13. leto uspešno nudi priložnost za strokovno diskusijo o poklicih v zdravstvu, mednarodnem povezovanju in sodelovanju ter izmenjavo znanja. Študenti z izvedbo raziskav in vključevanjem v raziskovanje prispevate k razvoju znanja za zdravje posameznikov, družine in družbe. Raziskovanje tako predstavlja pomembno vez med prakso in izobraževanjem ter prispeva k prepoznavnemu družbenemu razvoju discipline zdravstvene nege in zdravstva.

Zdravstvena globalna kriza, povezana s koronavirusom, že drugo leto zapored neizogibno vpliva na vsa področja človeškega delovanja, prav tako na delo medicinskih sester in drugih članov zdravstvenega tima. Tudi študenti v sklopu kliničnih vaj, klinične prakse in študentskega dela pogosto in nesebično pomagata v skrbi za paciente. S tem v zvezi je potrebno poudariti pomen naložb v zdravstvene delavce, saj z vlaganjem vanje in v zdravstveni sistem danes, lahko rešimo številna življenja že jutri.

Vemo, da brez raziskovanja ni ustvarjanja novega znanja in tudi ne razvoja stroke. Uporaba znanstvenih dokazov je pomembna skozi izobraževanje in v praksi, za varno in učinkovito obravnavo pacientov.

Spoštovani študentke in študenti, strokovno znanje, raziskovalni uspehi in pridobljene vrednote vam dajejo popotnico za vašo nadaljnjo profesionalno in osebno življenjsko pot. Želim vam uspešno delo in veliko novih idej na raziskovalnem področju.

Organizatorju 13. študentske konference želim uspešno izvedbo dogodka.



Letošnjo, že 13. študentsko konferenco z naslovom »Znanje – ključ do celostne obravnave pacienta« organiziramo na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

Prebujanje zavesti o tem, da je za uspešno zdravstveno obravnavo potreben celostni pristop, je vse bolj očitno. Definicijo celostnega pristopa poznamo, vendar si ga vsak predstavlja nekoliko drugače, saj imamo različne vrednostne sisteme. Celostnega pristopa v sistemu zdravstva pa gotovo ne bomo dosegli na način, da bomo prevzemali vsak nase celotno odgovornost za obravnavo posameznika, temveč na način, da bomo povezovali klinične poti, krepili medinstitucionalno sodelovanje ter vključevali tudi različne komplementarne načine zdravljenja in skrbi za zdravje. V tej celostni mreži je pomembno, da vsak posameznik opravi svoj del naloge strokovno in odgovorno, empatično in samokritično. Pomembno je, da pozna možnosti, ki jih sodobna družba omogoča pri zagotavljanju javnega zdravja in zdravljenja ter da deluje povezovalno in vključujoče.

Čeprav je v zadnjem letu skrb za zdravje osredotočena predvsem na omejevanje širjenja novega koronavirusa, pa je prav to obdobje lep dokaz tega, da je zdravje veliko več kot odsotnost okužbe ali kronične bolezni, in je močno povezano s psihološkimi, socialnimi, duhovnimi pa tudi ekonomskimi in političnimi okoliščinami.

Čas pandemije pa je prinesel tudi zavedanje o tem, kako pomembni so zdravstveni poklici v sodobni družbi. Poklici, za katere se izobražujete študenti zdravstvenih ved so torej v središču aktualnega družbenega dogajanja, kar gotovo predstavlja dodatno spodbudo za razvoj vaše profesionalne identitete.

Letošnja študentska konferenca poteka je organizirana online, vendar upam, da bomo kljub temu izkoristili možnosti za plodno razpravo, ki bo pomagala usmerjati naše nadaljnje razvojno raziskovalne aktivnosti.

Ključ za organizacijo te konference smo prejeli od Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem, predajamo pa ga Almi Mater Europaea – Evropskemu centru Maribor. Želimo si, da bi se veriga izmenjave znanja in izkušenj ter krepitve raziskovalnih kompetenc študentov zdravstvenih ved uspešno nadaljevala v drugem in naslednjih krogih predavanja ključa organizacije te konference v slovenskem prostoru.

*Doc. dr. Sanela Pivač
V. d. dekanice Fakultete za zdravstvo Angele Boškin*



Živimo v obdobju, ki si ga še ne tako dolgo nazaj najbrž sploh nismo mogli predstavljati. V izredno kratkem času, mnogokje tudi čez noč, smo bili prisiljeni spremeniti svoje življenje: kako delamo, raziskujemo, kako se učimo in pridobivamo novo znanje. Soočili smo se s povsem novimi izzivi, ki so od nas zahtevali veliko truda, iznajdljivosti in vedoželjnosti, a tudi kar nekaj potrpljenja.

A zahtevni časi imajo vsaj eno dobro lastnost, saj izluščijo tisto, kar je zares pomembno. In to je brez vsakega dvoma znanje. Znanje nam je omogočilo, da smo se lahko kar najbolje soočili z novimi razmerami, z novo boleznijo in vsemi zahtevami, ki jih je pred nas postavila obravnava pacientov s koronavirusno boleznijo 19. In znanje bo tisto, ki nam bo omogočilo, da skupaj premagamo epidemijo in se vrnemo v

bolj običajne tirnice.

Nosilna tema letošnje konference je tudi zaradi tega več kot na mestu in veseli me, da se vas je toliko odzvalo povabilu, da predstavite izsledke svojega raziskovalnega dela, nove ideje in poglede na napredek v sodobni zdravstveni obravnavi. In še pomembneje: da se pri tem povezujete z drugimi in tudi tako krepite medpoklicno sodelovanje.

Želim vam uspešno predstavitev ter nabiranje novega znanja in izkušenj, organizatorju pa uspešno izvedbo dogodka.

*Izr. prof. dr. Andrej Starc
Dekan Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani*



Raziskovanje in razvoj na področju zdravstvenih ved sta tesno povezana s prakso. Da bi lahko spremljali aktualna znanstvena spoznanja in jih uspešno uporabljali v praksi, se morajo študenti že tekom študija uvajati v znanstvenoraziskovalno delo. Zaveza visokošolskih institucij k raziskovanju in razvoju kompetenc za raziskovanje je bistvena za razvoj stroke ter discipline.

Sedaj že tradicionalne študentske konference so namenjene študentom in podpora njihovem vstopu v raziskovalno področje, kjer učitelji kot raziskovalci ter mentorji igramo pomembno vlogo. Na Zdravstveni fakulteti se zavedamo, da je povezovanje temelj za razvoj naših znanstvenih disciplin, saj daje kakovostnejše rezultate in celosten vpogled na aktualne izzive. Naša pomembna prednost je pestrost študijskih programov in dejstvo, da izobražujemo strokovnjake za več strokovnih področij, zato študentom že v času študija poudarjamo pomen medpoklicnega sodelovanja v timu in s tem pomen celostne obravnave uporabnikov zdravstvenih storitev.

Veseli nas, da študentska konferenca ohranja mednarodno udeležbo, ki smo jo prvič zastavili na 10. študentski konferenci v Ljubljani. Organizatorju in vsem udeležencem tokrat že 13. študentske konference želimo uspešno izvedbo!

Prof. dr. Nejc Šarabon

Dekan Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem



Organizatorji letošnje Študentske konference s področja zdravstvenih ved so v ospredje postavili ZNANJE. Slovar slovenskega knjižnega jezika znanje določa kot celoto podatkov, ki si jih kdo vtisne v zavest z učenjem, študijem in kot celoto znanih, ugotovljenih podatkov o stvarnosti. Do tu vse jasno, bi lahko rekli. Pa je temu res tako? Zgodovina znanosti nas uči, da v resnici splošne opredelitve znanja ni tako lahko postaviti. Z razvojem in novimi odkritji se nenehno podirajo veljavna znanstvena

dognanja, saj se nova izkažejo za ustreznejša. Vsak študent, vsak resen raziskovalec si kdaj prizna »Več kot vem/znam, bolj mi je jasno, da vem/znam zelo malo!«. Tudi zato so večna vprašanja in dvomi o stvarnosti gonilo znanosti.

Znašli smo se v posebnem obdobju, ki od vseh nas terja premagovanje ovir v hitrem teku. Išče se rešitve za nove izzive, ki smo jim vsakodnevno priča. Posledice svetovne epidemije, ki jo je povzročila nova vrsta korona virusa, ne bodo samo gospodarske. Epidemije in pandemije so v zgodovini vedno imele pomembne družbeno politične posledice, ki so povzročile spopade, zmanjševale državno zmogljivost, spodbudile razseljevanje prebivalstva in povečevale socialno napetost ter diskriminacijo. Predvsem pa se posledice že in se še bodo odrazile na zdravju populacije, kar bo od zaposlenih v zdravstvenih poklicih terjalo nova znanja, nove veščine in nove celostne pristope pri obravnavi pacientov ali uporabnikov zdravstvenih storitev. Skrb za zdravje vključuje različne strokovnjake in prav je, da združite svoje moči že v času študija, tako se boste lažje povezovali tudi kasneje.

Študenti boste na konferenci predstavili vaša najpomembnejša dela s področja zdravstvenih ved, ki so plod vašega raziskovalnega dela, vašega znanja. Raziskovanje in iskanje znanja v času študija razvija pomembne kompetence, ki so temelj in podpora vašemu bodočemu poklicnemu delu.

Raziskovalno-izobraževalne ustanove s prenosom znanja pomagamo oblikovati znanstveno-in družbeno-kritične posameznike — vas, študente. Vaša odgovornost je, da soustvarjate boljšo prihodnost in perspektivnejši družbeni prostor. Ob zaključku študija vas bodrimo, da postanete samozavestni, da verjamete v svoje sposobnosti in osvojeno znanje, a si predvsem želimo, da ostanete zvedavi in se po nova znanja vračate v okviru vseživljenjskega izobraževanja. Le tako bo celotna družba kos novim izzivom.

Želim vam uspešno predstavitev prispevkov in navezovanje novih stikov. Predvsem, ostanete radovedni!

*Prof. dr Ludvik Toplak
Predsednik Alma Mater Europaea – Evropski center Maribor*



Spoštovane študentke in študenti zdravstvenih ved. S posebnim veseljem se odzovem letošnjemu povabilu, da izrečem pozdravno besedo študentom vseh visokošolskih zavodov s področja zdravstvenih ved v Republiki Sloveniji.

Prvič zato, ker smo v Novem Mestu, kjer je Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu že leta 2007 prva prepoznala, da poleg državnih univerz, samostojni visokošolski zavodi pomembno zapolnjujejo potrebe, zlasti izven tradicionalnih univerzitetnih mest, komplementarno obstoječim državnim programom. Takrat je Ministrstvo za zdravje imelo še polno razumevanje, da imajo vsi slovenski študenti pravico do brezplačnega šolanja in enakih možnosti in vsi pacienti pravico do strokovne nege pod enakimi pogoji.

Fakulteta za zdravstvena vede Univerze v Novem Mestu je namreč že v samem začetku prepoznala potrebe regije po izobraževanju zdravstvenih delavcev, za takratne in bodoče potrebe, zato čestitam študentom FZV NM za organizacijo letošnje konference.

Drugič zato, ker študenti organizirate konferenco pod naslovom »Znanje - ključ do celostne obravnave pacienta«, s čimer ste potrdili, da se zavedate, da je človek večdimenzionalno bitje in da je zato potrebno interdisciplinarno znanje kot ključ do celostne obravnave človeka. To pa vključuje biomedicinske vede, kakor tudi tradicionalne oblike zdravljenja, vključno z nego, terapijo in rehabilitacijo povezano z mejnimi interdisciplinarnimi disciplinami kot je gerontologija.

Pandemija Covid-19 nas je vse izzvala k prenovi študijskih programov, k novim tehnologijam izobraževanja in usposabljanja, k celostni obravnavi pacienta ter potrebi po povezavi učenja, znanosti in prakse v procesu izobraževanja. Na enotnem evropskem trgu nas k temu kliče dosledna izvedba principov bolonjskega procesa, kot so »quality, compatibility, mobility, employability« in drugi, v pričakovanju, da bomo tudi v Sloveniji to izvedli na vseh zdravstvenih programih primerljivo z drugimi evropskimi državami. To pa bo omogočilo mobilnost študentov in učiteljev in s tem prenos znanja in dobrih praks na vseh zdravstvenih programih. Trenutna situacija pa nas je tudi vse opomnila, da je potrebno v družbi razvijati humane odnose, posebej še pri ranljivih skupinah, kar so zdravstveni delavci in študenti v humanih zdravstvenih poklicih tudi izkazali vzorno za vse druge. Izkazala se je potreba po zdravstvenih poklicih in razvoju plemenitih odnosov med ljudmi, za kar smo prepričani, da bo tudi družba v celoti prepoznala.

Alma Mater Europaea, v sodelovanju z domačimi in tujimi zdravstvenimi ustanovami, razvija in izvaja zdravstvene programe, zlasti nego in fizioterapijo ter gerontologijo, na vseh treh bolonjskih stopnjah. Vključuje domače in tuje strokovnjake iz prakse, zlasti na tistih področjih in regijah kjer je največje pomanjkanje. Odziva se na konkretne izzive časa, zato je tudi prva v Evropi, že v marcu leta 2020, izdala osebni Priročnik za preprečevanje in zdravljenje Covid-19. In zato smo tudi posebej veseli, da ste študenti prepoznali, da je »Znanje - ključ do celostne obravnave pacienta«.

*Izr. prof. dr. Gorazd Voga
Dekan Visoke zdravstvene šole v Celju*



Letošnja, trinajsta Konferenca študentov zdravstvenih ved s številnimi prispevki študentov zdravstvenih fakultet in visokih šol dokazuje, da so takšna srečanja potrebna in koristna. Vodilna misel na konferenci obravnava znanje kot temelj celostne obravnave pacienta. Takšna strokovna srečanja, čeprav spletna, omogočajo izmenjavo znanja in izkušenj ter pomenijo dragoceno širjenje obzorja, kar je pri celostni obravnavi še kako pomembno. Dobro je spoznavati različne načine reševanja zdravstvenih in negovalnih problemov, a pomembno je tudi, da boste lahko svoje delo primerjali z delom drugih. In še vedno velja, da se vsakdo

prav od vsakega lahko kaj nauči.

Po letu dni zaprtih šol in spletnih sestankov ter predavanj se verjetno vsi zavedamo, da na takšen način sicer lahko posredujemo določeno količino informacij, a je takšno poučevanje nepopolno, saj ne omogoča neposrednega sodelovanja med študenti in predavatelji ter med študenti samimi. Še zlasti to velja za izobraževanje na področju zdravstvenih ved, saj je temelj negovalnega dela neposreden stik s pacienti, z njihovimi svojci in s sodelavci.

Kljub temu je razveseljujoče, da konferenca sploh bo in da bodo predstavljena številna dela študentov izobraževalnih ustanov zdravstvene nege. Čeprav virtualne, pa neposredne predstavitve lastnega dela in odzivi nanje poleg strokovnih informacij omogočajo tudi komunikacijsko dozorevanje predavateljev in razpravljavcev. Zato je še toliko pomembneje, da z vprašanji, mnenji in predlogi aktivno sodelujete pri predstavitev, saj predavanje brez odziva poslušalcev le deloma doseže svoj namen. Strpno, vendar argumentirano razpravljanje na strokovni in organizacijski ravni je dobra podlaga za korektne medsebojne odnose na delovnem mestu.

Zato sem prepričan, da boste tudi po spletni konferenci bogatejši za marsikatero strokovno spoznanje in še bolj večji medsebojnega komuniciranja.

*Prof.dr.(Republika Finska) Danica Železnik
Dekanica Fakultete za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec*



Razvijanje in vrednotenje znanja je temeljno poslanstvo vsakega izobraževalnega zavoda in vsakega visokošolskega učitelja. Za realizacijo različnih pristopov razvijanja in vrednotenja znanja je odgovoren in motiviran visokošolski učitelj z visoko stopnjo profesionalne avtonomnosti in odgovornosti.

Vemo, da je že Aristotel v svoji libertinski etiki zagovarjal obravnavanje vsakega primera posamično, navezujoč na številne Hipokratove ideje o zdravljenju človeka v celotnem smislu. O pomenu in nujnosti celostne obravnave človeka, ki vstopa v zdravstveni sistem smo vas dragi študenti poučevali in opremljali z znanjem, ki ga boste zagotovo znali uporabiti pri svojem profesionalnem delu.

Današnja konferenca z naslovom: »Znanje, ključ do celostne obravnave pacienta« bo govorila prav o tem in prepričana sem, da boste z vašimi prispevki, predstavljenimi na konferenci pomembno pripomogli h kakovostni obravnavi pacientov, ki so vam že in vam še bodo zaupani na vaši karierni poti.

Želim vam lep dan, oplemeniten z novimi znanji in spoznanji.

Osveščenost prebivalcev goriške regije o ukrepanju pri srčnem zastoju

KLJUČNE BESEDE: srčni zastoj, AED, temeljni postopki oživljanja, edukacija

POVZETEK - Uvod: V Sloveniji je incidenca zunajbolnišničnega srčnega zastoja okoli 80 primerov na 100.000 prebivalcev, med katerimi jih večina umre. Več kot dobro polovico nenadno obolelih z zunajbolnišničnim srčnim zastojem oživljajo na terenu. Metode: Namen naloge je bil s pomočjo presečne raziskave med 198 prebivalci goriške regije proučiti osveščenost laikov o nujenju pomoči osebi z nenadnim srčnim zastojem. Cilji raziskave so bili s kvantitativno analizo podatkov ugotoviti osveščenost o nenadnem srčnem zastojem in pripravljenost ukrepati pri srčnem zastojem, poznavanje dostopa in načina uporabe AED ter pripravljenost uporabiti AED. Rezultati: Večina vprašanih je bila dobro osveščena, bolj pravilne odgovore na vprašanja o kardiopulmonalni reanimaciji so podali mlajši in anketiranci, ki so se v zadnjih petih letih udeležili tečaja prve pomoči. Skoraj tri četrtine anketirancev je vedelo, kje se v tistem trenutku nahaja postaja AED in ali je dostopen 24 ur na dan. Razprava: Raziskava kaže, da lahko učinkoviti javni programi usposabljanja za kardiopulmonalno oživljanje povečajo osveščenost in pripravljenost za izvajanje kardiopulmonalnega oživljanja pri splošni populaciji.

KEYWORDS: AED, basic resuscitation procedures, cardiac arrest, education

ABSTRACT- Introduction: In Slovenia, the incidence of out-of-hospital cardiac arrest is around 80 cases per 100,000 population, most of whom die. More than a good half of those diagnosed with out-of-hospital cardiac arrest are resuscitated in the home environment. Methods: The purpose of this paper was to examine the awareness of lay people about helping a person with sudden cardiac arrest using cross-sectional research among 198 inhabitants of the Goriška region. The objective of the study was to determine lay people's awareness of how to deal with cardiac arrest, knowledge of access to AED, how to use an AED and willingness to use an AED. Results: Most respondents showed significant awareness of the topic. More correct answers to questions about cardiopulmonary resuscitation were given by younger people and respondents who have attended a first aid course in the last five years. Nearly three quarters of the respondents knew where the AED station was located and whether it was accessible 24 hours a day. Discussion: Our research shows that effective public cardiopulmonary resuscitation training programs can increase awareness of and readiness to perform cardiopulmonary resuscitation in the general population.

1 Teoretična izhodišča

Incidenca zunaj bolnišničnega srčnega zastoja (angl. »Out of hospital cardiac arrest« – v nadaljevanju OHCA) je v razvitih državah med 19 in 173 zastojev na 100.000 prebivalcev letno. Preživetje obolelih z OHCA je med 2 in 11 %, čeprav bi jih bilo ob takojšnjem ukrepanju mogoče rešiti skoraj polovico (44 %) (Advanced life support [ALS], 2015, str. 7). V Sloveniji je incidenca OHCA okoli 80 primerov na 100.000 prebivalcev, med katerimi jih večina (80–90 %) umre (Markota in Gradišek, 2017). Več kot dobro polovico (66 %) nenadno obolelih z OHCA oživljajo na terenu. V 71 % gre za primarni srčni zastoj, od tega je v 40 % kot prvi zastojni ritem zabeležena VF (Markota in Gradišek, 2017, str. 45). Pred pričami se je srčni zastoj zgodil v 76 % primerov, od tega je le vsakega petega nenadno obolelega oživljal laik (Markota in Gradišek, 2017, str. 45). Koncept, imenovan »veriga preživetja«, zajema 4 člene,

ki morajo biti v primeru OHCA dobro izvedeni in vključujejo zgodnji pristop, zgodnje temeljne postopke oživljanja (v nadaljevnaju TPO), zgodnjo defibrilacijo in zgodnje dodatne postopke oživljanja (Hess in White, 2010). Oseba s srčnim zastojem potrebuje strokovno pravilno pomoč v pravem trenutku in toliko časa, dokler je potrebno. Pri postopkih oživljanja je pomemben odločen, tvegan ali včasih tudi brutalen in vse prej kot čustven poseg, saj je od teh postopkov odvisno, ali bo prizadeti preživel ali umrl (Balažic, 2006, str. 2). Izrednega pomena je, da laiki poznajo verigo preživetja, ki je kot taka osnovni algoritem v primeru reševanja. TPO je pomemben napovednik preživetja pacienta z OHCA in znanje laikov na tem področju lahko od 2- do 3-krat poveča možnosti njegovega preživetja (Baldi in Bertaia, 2015). Način izvedbe TPO določajo smernice Evropskega sveta za reanimacijo (angl. *European resuscitation council* – v nadaljevanju ERC). Ob motnjah ritma, kot sta VF in VTp, je edino učinkovito zdravljenje čimprejšnja defibrilacija (Nishiuchi in Hiraide idr., 2003). Če ni takojšnje pomoči, se ritem VF ali VTp razvije v asistolijo, s čimer vsaka zamujena minuta zniža verjetnost preživetja za dobrih deset odstotkov (ALS, 2015, str. 7).

Leta 2017 je raziskovalna agencija Aragon izvedla raziskavo, s katero so želeli priti do rezultatov, kako Slovenci pomagamo pri srčnem zastoju, koliko Slovencev se odzove, ko so priča srčnemu zastoju, ipd. V raziskavo je bilo vključenih 600 oseb. Izkazalo se je, da smo Slovenci o srčnem zastoju in njegovih znakih ter o načinih oživljanja dobro poučeni, večina anketirancev pa bi se tudi odzvala in pomagala. Od anketiranih bi jih 85 % takoj priskočilo na pomoč družinskemu članu, 52 % pa bi jih pomagalo tudi neznancem. Med anketiranimi jih je dejansko že oživljalo 30 %, 60 % anketiranih je tudi vedelo, da je AED avtomatski eksterni defibrilator, in kar 73 % celo to, kje v bližini njihovega doma se nahaja, 83 % med njimi pa bi se ga dejansko upalo tudi uporabiti (Slovenski reanimacijski svet, 2018).

2 Empirični del

2.1 Namen in cilj

Namen raziskave je bil proučiti osveščenost laikov o nujenju pomoči osebi z nenadnim srčnim zastojem. Za raziskovanje te tematike smo se odločili, ker smo želeli izvedeti, ali bi bilo potrebno načrtovati izobraževanje laikov iz KPO in uporabe AED. Cilji raziskave so bili s kvantitativno analizo podatkov ugotoviti: (a) osveščenost o pravilnem ukrepanju pri srčnem zastoju; (b) pripravljenost za ukrepanje ob srčnem zastoju; (c) poznavanje dostopa in načina uporabe AED; (d) pripravljenost uporabiti AED.

2.2 Raziskovalna metodologija

Odgovore na raziskovalna vprašanja smo pridobili s pomočjo vprašalnika, ki je bil pripravljen namensko na osnovi pregleda literature. Vključeval je vprašanja o ukrepih iz verige preživetja iz dveh instrumentov (Nielsen idr., 2013; Patsaki idr., 2012), ki sta bila prevedena v slovenski jezik. Izbrana vprašalnika nista validirana in sta bila izbrana na podlagi strokovne skladnosti vprašanj z namenom in cilji raziskave.

2.3 Populacija in vzorec

Populacija, na podlagi katere je bil izbran proučevani vzorec, so prebivalci občin Nova Gorica, Šempeter-Vrtojba, Renče-Vogrsko ter Brda. Po podatkih statističnega urada Republike Slovenije (Statistični urad Republike Slovenije, 2020) so imele omenjene občine v letu 2018 skupaj 52.740 prebivalcev. Na tem področju je bilo po podatkih na spletni strani iHelp (2018) na dan 13. 6. 2018 zabeleženih 57 AED naprav. Iz populacije ($n = 52.740$) je bil naključno izbran vzorec 198 anketirancev (0,38 % prebivalcev; natančnost ocene je 6,95). Vsi so bili

starejši od 18 let in v času anketiranja so se nahajali 7 minut stran od javno nameščenega AED. K raziskavi je pristopilo 198 oseb, od tega so bile večinoma ženske (54,5 %, n = 108). Starostna skupina vprašanih je bila raznovrstna: starih 18–24 let je bilo 22,2 % (n = 44), 25–34 let 19,2 % (n = 38), 35–44 let 16,2 % (n = 32), 45–54 let 11,1 % (n = 62). Starejših od 55 let je bilo 31,3 % (n = 62). Po izobrazbeni strukturi prednjači srednješolska izobrazba (55,6 %, n = 110). V zadnjih 5 letih je tečaj z vsebinami temeljnih postopkov oživljanja opravljalo 29,3 % (n = 58) vprašanih. Večina, tj. 68,2 % (n = 135), jih v zadnjih petih letih ni bilo na tečaju prve pomoči, 2,5 % (n = 5) pa jih na to vprašanje ni odgovorilo.

2.4 Analiza podatkov

Statistična analiza podatkov je bila izvedena v programu SPSS 23.0 za Windows. Značilnosti vzorca so prikazane s frekvenco in deleži. Glede na oceno normalnosti porazdelitve podatkov, ki je bila izračunana z uporabo testov Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk, smo v večini ugotovili enakomerno razporejenost. Glede na opravljene analize smo za primerjavo med skupinama uporabili ANOVA test. Stopnja statistične značilnosti je bila upoštevana pri vrednosti 0,05.

3 Rezultati

Večina anketiranih (71,3 %, n = 141) je bila prepričana, da bi srčni zastoj prepoznali, vendar ga v resnici več kot polovica (66,2 %, n = 131) opisala z napačnimi znaki in simptomi. Na vprašanje, kaj je potrebno najprej storiti, bi pravilno postopalo 9,1 % (n = 18), ostalih 85,9 % (n = 170) bi začelo postopek reanimacije napačno (Tabela 1).

Za preverjanje pacientove odzivnosti bi 22,7 % (n = 45) anketirancev takoj poklicalo 112 in počakalo navodila reševalcev. Večina (65,2 %, n = 129) bi jih poškodovanca nežno prijala, stresla za ramena in glasno vprašala: »Ali ste v redu?«, kar je tudi sicer pravilen odgovor. Desetina anketirancev (10,1 %, n = 20) bi vključila AED in sledila njegovim navodilom, obolelega ne bi nihče uščipnil za lica, 1 % (n = 2) bi močil lica. 94,9 % (n = 188) bi ob klicu na 112 dispečerju pravilno posredovalo ime in priimek klicatelja, lokacijo dogodka in podatek o tem, da pacient ne diha. Da je pacient doživel srčni zastoj, bi sporočili 3 % (n = 6), glasovna navodila AED pa bi posredoval 1 % (n = 2).

Tabela 1: Osveščenost o ukrepanju ob nenadnem srčnem zastoju

<i>Spremenljivke</i>	<i>Frekvenca (n = 198)</i>	<i>Odstotek</i>
<i>Ali bi prepoznali srčni zastoj?</i>		
Da, gotovo bi ga prepoznal/-a.	32	16,2
Verjetno bi ga prepoznal/-a.	109	55,1
Malo verjetno je, da bi ga prepoznal/-a.	42	21,2
Ne, gotovo ga ne bi prepoznal/-a.	6	3,0
Ne vem.	7	3,5
Ni odgovora.	2	1,0
<i>Tipični znak srčnega zastoja</i>		
Težko dihanje	10	5,1
Huda bolečina v prsnem košu	84	42,4
Odsotnost dihanja	52	26,3
Vrtoglavica in slabost	5	2,5
Bolečina, ki se širi v levo roko, čeljust in med lopatici	32	16,2
Ni odgovora	15	7,6

<i>Prvi ukrepi</i>		
Sprostim pacientove dihalne poti z zvrčanjem glave in dvigom brade.	36	18,2
Preverim pacientovo odzivnost.	80	40,4
Poskrbim za svojo varnost	18	9,1
Pokličem pomoč iz okolice	14	7,1
Pokličem 112	40	20,2
Ni odgovora	10	5,1
<i>Naslednji ukrep</i>		
Pokličem 112 in počakam navodila reševalcev.	45	22,7
Poškodovanca nežno primem, stresem za ramena in glasno vprašam »Ali ste v redu?«	129	65,2
Vključim AED in sledim njegovim nadaljnjim navodilom.	20	10,1
Mu močim obraz.	2	1,0
Ni odgovora.	2	1,0
<i>Razmerje med stisi prsnega koša in vpihi</i>		
5 stisov prsnega koša/2 vpiha	57	28,8
15 stisov prsnega koša/3 vpihi	51	25,8
30 stisov prsnega koša/2 vpiha	88	44,4
Ni odgovora.	2	1,0
<i>Kako preverimo, ali pacient diha</i>		
Tako, da pred pacientova usta namestimo ogledalo	15	7,6
Tako, da opazujem, ali se pacientov prsni koš dviguje	161	81,3
Tako, da preverim, da dihalna pot ni ovirana	19	9,6
Ni odgovora.	3	1,5

Glede na veljavne smernice bi stise prsnega koša in umetno dihanje v pravilnem zaporedju izvajalo 44,4 % (n = 88) anketirancev. Neznano osebo bi bilo pripravljeno oživljati s stisi prsnega koša 37,4 % (n = 74) anketiranih. Neznani osebi bi umetno dihanje nudilo 24,2 % (n = 48) anketiranih. Večina, 77,3 % (n = 153) anketiranih, bi stise prsnega koša izvajalo počasneje, kot je priporočeno. Na vprašanje, kateri je pravi ukrep ob ocenjevanju dihanja, jih je 66,2 % (n = 131) odgovorilo, da je potrebno sprostiti pacientove dihalne poti z zvrčanjem glave in dvigom brade, 5,6 % (n = 11) anketiranih bi najprej izvedlo 5 rešilnih vdihov, 27,8 % (n = 55) pa bi jih preverilo odzivnost pacienta. AED bi pri pacientu, ki ne diha, uporabilo 89,9 % (n = 178) anketirancev, pri pacientu, ki se duši, bi jih 8,1 % (n = 16) namestilo avtomatski zunanji defibrilator. Pri pacientu, ki bi imel epileptični napad, bi 1,5 % (n = 3) anketirancev uporabilo AED. Pri neznani osebi bi AED gotovo uporabilo 43,9 % (n = 87) anketirancev. Na vprašanje, kje se v bližini anketiranja, bodisi v bližini domačega naslova bodisi trenutnega mesta, kjer je bila anketa izvedena, nahaja najbližji AED, je 72,2 % (n = 143) odgovorilo pravilno, 18,2 % (n = 36) pa tega podatka ni poznalo. Ali je bližnja naprava za oživljanje dostopna 24 ur, je vedelo 75,8 % (n = 159) anketirancev, 23,7 % (n = 47) pa tega podatka ni poznalo. Anketiranci, ki so imeli kakršenkoli zadržek pri vprašanju o oživljanju neznane osebe, so največkrat trdili, da nimajo ustreznega znanja (31,8 %, n = 63), »strah me je, da bi pacienta poškodoval/-a« (23,2 %, n = 46), »ker menim, da ta postopek ni učinkovit« (1 %, n = 2), »ker se nočem dotikati neznanih oseb« (5,1 %, n = 10), »ker se bojim prenosljivih bolezni« (0,5 %, n = 1), »ne vem« (0,5 %, n = 1), pod odgovor »drugo« pa so anketiranci ravno tako pisali, da nimajo dovolj znanja.

Tabela 2 razlaga razliko med anketiranci, ki so se v preteklih 5 letih udeležili tečaja TPO, in tistimi, ki se tečaja niso udeležili in niso obnavljali teh veščin. Tistih, ki se niso udeležili tečaja, je za več kot polovico več od anketirancev, ki so snov s področja prve pomoči poslušali v

zadnjih 5 letih. Glede na številčnost vprašanih iz skupine, ki ni bila na tečaju, bi ob nesrečnem scenariju preživel malo več kot vsak drugi nenadno oboleli.

Tabela 2: Osveščenost glede na udeležbo tečaja TPO

Izbrani odgovori	Pravilni odgovori				F	sp	Sig.
	Udeležili		Niso se udeležili				
	n	%					
%	n	%					
TEČAJ TPO	58	96,6	81	60,0	30,165		0,000
Razmerje med stisi prsnega koša in vpihi	41	70,7	46	34,6	24,760		0,000
AED, kdaj uporabimo	55	94,8	118	88,1	6,504		0,012
AED, uporabiti pri neznani osebi	52	89,6	103	77,4	6,465		0,012
Zastoj srca, prvi ukrep	10	18,2	8	6,3	5,974		0,015
Ocena dihanja	45	77,6	84	62,7	6,084		0,015
Znak srčnega zastoja	13	26,0	36	28,1	4,709		0,031
Hitrost, stisi prsnega koša	17	29,8	25	18,7	3,496	1	0,064
Prepoznavna zastoja srca	46	79,3	91	68,4	2,815		0,095
Kako preveriti odzivnost	51	89,4	120	89,6	2,186		0,141
AED, lokacija	45	80,4	96	73,8	1,793		0,182
AED, dostopnost	45	77,6	92	68,7	1,212		0,272
Umik pred električnim sunkom, zakaj	49	84,5	83	62,4	,328		0,567
Kako preverimo, ali pacient diha	49	87,5	108	80,6	,033		0,857
Obveščanje dispečerja	56	96,6	127	95,5	0,00		0,983

Legenda: Udeležili = tečaj temeljnih postopkov oživljanja, udeležili so se ga v zadnjih petih letih; Niso udeležili = niso se udeležili tečaja temeljnih postopkov oživljanja v zadnjih petih letih; n = število pravih odgovorov; % = odstotek pravih odgovorov; TEČAJ TPO = sestavljena možnost iz 14 vprašanj; F = rezultat enosmernega ANOVA testa; sp = stopinje prostosti; Sig. = statistična pomembnost; AED = avtomatski zunanji defibrilator.

Prvi ukrep bi le malo anketirancev izvedlo pravilno. Iz skupine tečajnikov je to nekaj manj kot petina, iz skupine, ki tečaja ni imela, je ta odstotek 6,3. Sicer je pri tem vprašanju dobrih 40 odstotkov odgovorilo, da je potrebno preveriti odzivnost pri poškodovancu, kar je skladno s trenutno veljavnimi smernicami Evropskega sveta za reanimacijo. Le četrtnina nekdanjih tečajnikov bi napačno ocenjevalo dihanje pri poškodovancu. Pri anketirancih, ki tečaja niso opravljali, je ta delež znatno večji. Obe skupini sta izkazali nizko stopnjo poznavanja znakov srčnega zastoja. Maloštevilni anketiranci bi zares prepoznali srčni zastoj. Kljub vsemu je skupina anketirancev, ki so pred vsaj 5 leti imeli zadnji tečaj TPO, učinkovitejša pri prepoznavi teh znakov.

Ne glede na slabši obisk tečajev prve pomoči večina anketirancev pozna napravo za oživljanje AED. Uporabilo bi jo več kot tri četrtine anketirancev. Po obisku tečaja bi bila uporaba skoraj stoodstotna, obe skupini pa bi v večini AED uporabili tudi pri neznancu. Anketiranci iz skupine tečajnikov dodobra poznajo lokacije naprav za oživljanje. Več težav se je pojavljalo pri skupini, ki v zadnjem času ni opravljala tečaja, ampak podatek o lokaciji AED še vedno pozna več kot polovica anketiranih. Ali so AED na znanih lokacijah dostopni vsak trenutek dneva, ve tri četrtine anketirancev, ki so imeli tečaj, dobri dve tretjini anketirancev pa iz skupine, ki tečaja niso imeli.

Med tistimi, ki so v zadnjih petih letih bili na tečaju TPO, in tistimi, ki niso bili, se je razkrila pomembna razlika v osveščenosti. Slednji so slabo odgovarjali na vprašanja o razmerju med stisi prsnega koša in vpihom, o uporabi AED, prvem ukrepu pri zastoj srca, oceni dihanja in znakih srčnega zastoja.

4 Razprava

Namen raziskave je bil proučiti osveščenost laikov o nujenju pomoči osebi z nenadnim srčnim zastojem. Za ta namen smo poiskali vprašanja s pomočjo dveh tujih vprašalnikov, ki smo ju prevedli. Odgovore smo iskali v 5 občinah, ki mejijo na Mestno občino Nova Gorica. Anketirali smo 198 oseb, ki so bile starejše od 18 let in so se nahajale ali prebivajo v radiusu 7 minut hitre hoje od javno nameščenega AED. Cilji raziskave so bili ugotoviti osveščenost o pravilnem ukrepanju pri srčnem zastoj, pripravljenost za ukrepanje ob srčnem zastoj, poznavanje dostopa in načina uporabe AED in pripravljenost uporabiti AED.

Za ugotavljanje stanja oz. zavesti nenadno obolelega je pomemben pristop k poškodovancu. Ob ponujenem scenariju anketirancem, kjer naj bi nepomičen moški srednjih let ležal ob poti, je le slaba desetina odgovorila, da bi najprej poskrbeli za lastno varnost, malo manj kot polovica jih je odgovorilo, da bi prej preverili pacientovo odzivnost. Po veljavnih smernicah (European, 2020) je sicer prvi ukrep pomoči nepomičnemu preverjanje varnosti pristopa, šele nato sledi ugotavljanje zavesti.

Šestina vprašanih je odgovorila, da bi zagotovo prepoznali srčni zastoj, vendar je nato le dobra četrtnina anketiranih kot znak srčnega zastoja navedla odsotnost dihanja. Ostali so odgovarjali napačno. Kljub vsemu je bila skupina anketirancev, ki so pred vsaj 5 leti imeli zadnji tečaj TPO, učinkovitejša pri prepoznavi teh znakov. Kot so Alfsen, Pallsgard Møller idr. (2015) ugotovili v študiji o omejitvah pri prepoznavi zunaj bolnišničnega srčnega zastoja, so vzroki za napačno interpretacijo lahko čustvena bariera, fizična bariera (oddaljenost od prizadetega) ter poklicna usmerjenost očitca.

V primeru srčnega zastoja bi le slaba polovica anketiranih izvajala stise prsnega koša in umetno dihanje v razmerju 30 : 2, kar narekujejo trenutno veljavne smernice. Le petina pa bi to razmerje izvajalo s pravilno hitrostjo. Točnost izvajanja stisov prsnega koša je izjemno pomembna, saj prehitro ali prepočasi izvedeni stisi srca lahko pomenijo slabo možnost preživetja. Prav tako je pomembna tudi globina stisa prsnega koša, ki je lahko nevarna, če je stis premočan (UT Southwestern Medical Center, 2015; Idris idr., 2020). Dobra tretjina anketiranih je izrazila pripravljenost nudenja stisov prsnega koša popolnoma neznani osebi. Podobno vprašanje se je nanašalo na nudenje umetnega dihanja (usta na usta) pri neznancu. Pričakovano je skoraj $\frac{3}{4}$ anketirancev izražalo dvom ali gotovo odklanjanje tega ukrepa. Odklonilen odnos do nudenja stisov prsnega koša in umetnega dihanja je lahko posledica pomanjkanja znanja, posameznik se ne čuti usposobljenega. V Cochranovem pregledu literature so ugotovili, da je preživetje pacientov več kot mesec dni po odpustu boljše četudi laiki izvajajo samo stise prsnega koša, brez umetnega dihanja. Ugotovili so namreč, da so pavze med stisi prevelike, ko se izvaja tudi umetno dihanje, posebno če oživljanje telefonsko vodi dispečer (Zhan, Yang, Huang, He in Liu, 2017).

Vprašani so skoraj v celoti odgovarjali pravilno o okoliščinah, v katerih bi uporabljali napravo za oživljanje vendar je kar tretjina anketiranih odgovarjala na vprašanje o varni uporabi AED narobe. Le nekaj več kot polovica je odgovorila, da se med analizo srčnega utripa pacienta ne sme nihče dotikati, kar je pravilno, saj lahko pride do t. i. lažno pozitivnega rezultata, kar bi za posledico lahko imelo sekvenco devastantnih ukrepov. Skoraj tri četrtine anketirancev je vedelo, kje se v tistem trenutku nahaja postaja AED, in skoraj vsi so vedeli, da je dostopen 24 ur na dan. Podobno so ugotovili tudi Sasaki in Ishikawa (2015) na Japonskem, kjer je 74 % vprašanih poznalo lokacijo javno nameščenega AED. Poznavanje dostopnosti AED je pozitivno, saj se manifestira v večji samozavesti pri izvajanju oživljanja.

Manj kot polovica vprašanih bi pri neznancu ob srčem zastoj uporabilo AED, vendar je le malo vprašanih kategorično zanikalo uporabo AED. Najpogostejši razlog je bilo pomanjkanje

znanja ali strah. Tudi Panchal idr. (2013) so ugotovili podobno. Anketiranci so izražali strah pred povzročanjem dodatne škode, strah pred okužbami, strah, da jih zgrabi panika (Bobrow, Spaite, Berg idr., 2010). Ena izmed raziskav, ki je bila opravljena na amsterdamski železniški postaji med 1018 naključnimi ljudmi, je pokazala, da je 6 % ljudi ob vprašanju, »kaj bi takoj storil, ko ugotoviš srčni zastoj«, odgovorilo, da karkoli v povezavi z AED. 53 % je poznalo namen AED, vendar je le 34 % vprašanih menilo, da je uporaba AED primerna za vsakogar, 49 % pa, da to napravo lahko uporabljajo samo za to priučene osebe, in 13 %, da je to domena zdravstvenih delavcev (Ryan in Falvey, 2017).

Naša raziskava je bila omejena, le na odgovore na vprašanja z nekim fiktivnim scenarijem, kateri je bil prepuščen percepciji posameznika. Tako so vprašani le ustno izrazili stopnjo osveščenosti, ni bilo možnosti praktičnega prikaza, s pomočjo katerega bi lahko pridobili celotno sliko o znanju.

5 Sklep

Z raziskavo smo želeli ugotoviti osveščenost laikov o pravilnem ukrepanju pri srčnem zastoj.

Opravljena raziskava je pokazala, da so anketiranci, ki so se udeležili tečaja TPO v zadnjih 5 letih, pravilno odgovarjali na več vprašanj kot anketiranci, ki se tečaja niso udeležili. Obe skupini sta izkazali nizko stopnjo poznavanja znakov srčnega zastoja, maloštevilni anketiranci bi zares prepoznali srčni zastoj. Kljub vsemu je skupina anketiranih, ki so pred vsaj 5 leti imeli zadnji tečaj TPO, učinkovitejša pri prepoznavi teh znakov. Pri samem nudenju TPO so se pojavljale omejitve v smislu neznanja, občutek neznanja ali strahu, da bi škodovali, se je izkazoval v precejšnji meri. Skupina anketirancev, ki v zadnjem času ni obiskovala tečaja, je veliko slabše poznala tako lokacijo kot dostopnost naprave za oživljanje, ravno tako bi se težave pojavile, ko bi jo bilo potrebno uporabiti, posebno pri neznani osebi. V primerjavi s skupino, ki se v zadnjih 5 letih ni udeležila tečaja, je skupina z opravljenim tečajem veliko bolje poznala tako način uporabe AED kot njegovo lokacijo in dostopnost. Menimo, da bi vsebine prve pomoči morali vpeljati že v vrtnice in kasneje na osnovnošolski in srednješolski ravni. Te vsebine skozi rast in življenje oseba ponotranji in ji jih ni strah spoznavati, obenem pa kot družba oblikujemo močno socialno strukturo, da so ljudje pripravljeni priskočiti na pomoč, ko je to zares potrebno. V kasnejšem življenjskem obdobju, ko se oseba zaposli, je smiselno, da delovne organizacije organizirajo tečaje za zaposlene. To je sicer dober poizkus uvajanja teh vsebin tako v delovni kot tudi osebni življenjski proces.

LITERATURA

1. Advanced life support (ALS) course manual. (2015). European resuscitation council guidelines 2015. Pridobljeno 13. 2. 2018, s <https://www.erc.edu/courses/advanced-life-support>.
2. Alfsen, D., Møller, T. P., Egerod, I. in Lippert, F. K. (2015). Barriers to recognition of out-of-hospital cardiac arrest during emergency medical calls: a qualitative inductive thematic analysis. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 23 (1), 1–8.
3. Balažic, J. (2006). Pravni in etični vidiki prve pomoči. V S. Al Maved, D. Andoljšek, J. Balažic, S. Battelino, R. Blumauer, ... U. Ahčan, (ur.), *Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije
4. Baldi, E. in Bertaia, D. (2015). School children learn BLS better and in less time than adults. *Resuscitation*, 88, 15–16.
5. Bobrow, B. J., Spaite, D. W., Berg, R. A., Stolz, U., Sanders, A. B., Kern, K. B., ... Ewy, G. A. (2010). Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out of hospital cardiac arrest. *The journal of the American medical association*, 304 (13).

6. European Resuscitation Council. (2020). Guidelines for basic life support. Pridobljeno s https://cprguidelines.eu/sites/573c777f5e61585a053d7ba5/content_entry5f8e9d3b4c848637d1e4d1a5/5f9024184c848608eee4d220/files/Draft_BLS_for_Public_Comment.pdf.
7. Hess, E. P. in White, R. D. (2010). Optimizing survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of cardiovascular electrophysiology*, 21 (5), 590–595.
8. Idris, A. H., Guffey, D., Aufderheide, T. P., Brown, S., Morrison, L. J., Nichols, P., ... Nichol, G. (2012). Relationship between chest compression rates and outcomes from cardiac arrest. *Circulation*, 125 (24), 3004–3012.
9. ihelp. (2018). Defibrilator. Pridobljeno 4. 9. 2018, s https://www.ihelp.si/Defibrilator_AED.php.
10. Kwon, O. Y. (2019). The changes in cardiopulmonary resuscitation guidelines: from 2000 to the present. *Journal of exercise rehabilitation*, 15 (6), 738.
11. Markota, A. (2015). Raziskava EuReCa ONE – Evropski register srčnih zastojev. Pridobljeno 4. 4. 2019, s <https://slors.szum.si/galerija/>.
12. Markota, A. in Gradišek, P. (2017). Ali imamo slovenske podatke o oživljanju? V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2017: zbornik/ 24. mednarodni simpozij o urgentni medicini*, Portorož, 15.–17. junij 2017 (str. 45–51). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
13. Neumar, R. W., Shuster, M., Callaway, W. C., Gent, L. M., Atkins, L. M. in Bhanji, F. (2015). 2015 American heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 138 (12), 315–367.
14. Nielsen, A. M., Isbye, D. L., Lippert, F. K. in Rasmussen, L. S. (2013). Can mass education and a television campaign change the attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in a rural community? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 21, 39.
15. Nishiuchi, T., Hiraide, A., Hayashi, Y., Uejima, T., Morita, H., Yukioka, H., ... Yokota, J. (2003). Incidence and survival rate of bystander-witnessed out-of-hospital cardiac arrest with cardiac etiology in Osaka, Japan: a population-based study according to the Utstein style. *Resuscitation*, 59 (3), 329–335.
16. Panchal, A., Bobrow, B., Spaite, D. W., Berg, R. A. Stolz, U., Vadeboncoeur, F. T., ... Ewy, G. A. (2013). Chest compression-only cardiopulmonary resuscitation performed by lay rescuers for adult out-of-hospital cardiac arrest due to non-cardiac aetiologies. *Resuscitation*, 84 (4), 435–439.
17. Patsaki, A., Pantazopoulos, I., Dontas, I., Passali, C., Papadimitriou, L. in Xanthos, T. (2012). Evaluation of Greek high school teachers' knowledge in basic life support, automated external defibrillation, and foreign body airway obstruction: implications for nursing interventions. *J Emerg Nurs*, 38 (2), 176–181.
18. Ryan, P. in Falvey, E. (2017). Assessment of existing layperson knowledge on the role and use of AEDs in amateur sports clubs: a systematic review of the literature. Pridobljeno 3. 1. 2020, s <http://journals.ed.ac.uk/resmedica/article/view/1470>.
19. Sasaki, M., Ishikawa, H., Kiuchi, T., Sakamoto, T. in Marukawa, S. (2015). Factors affecting layperson confidence in performing resuscitation of out-of-hospital cardiac arrest patients in Japan. *Acute medicine & surgery*, 2 (3), 183–189.
20. Slovenski reanimacijski svet. (2018). Slovenci pripravljani oživljati. Pridobljeno 27. 3. 2019, s <https://slors.szum.si/galerija/>.
21. Sulič, M. (2012). Temeljni in dodatni postopki oživljanja v zdravstveni ustanovi. *Bilten: strokovno in informativno glasilo Društva radioloških inženirjev Slovenije in Zbornice radioloških inženirjev Slovenije*, 29 (1), 14–17.
22. Šerb Šemerl, J. in Fras, Z. (2012). Angina pectoris in srčni infarkt. V S. Maučec - Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec in L. Zaletel Kragelj (ur.), *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah* (str. 209–225). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
23. UT Southwestern Medical Center. (2015). Depth and rate of chest compressions during CPR impact survival in cardiac arrest. Pridobljeno 16. 11. 2020, s <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/02/150205155638.htm>.

24. Zhan, L., Yang, L. J., Huang, Y., He, Q. in Liu, G. J. (2017). Continuous chest compression versus interrupted chest compression for cardiopulmonary resuscitation of non-asphyxial out-of-hospital cardiac arrest. Cochrane database of systematic reviews, (3).

Delovna terapija pri odraslih s prekomerno telesno težo: sistematični pregled literature

KLJUČNE BESEDE: indeks telesne mase, debelost, okupacija, kakovost življenja

POVZETEK - Debelost je velik zdravstveni in družbeno-ekonomski problem. Namen raziskave je bil preučiti, kako se delovni terapevti vključujejo v obravnavo odraslih oseb s prekomerno telesno težo. Izveden je bil sistematični pregled literature. Iskanje relevantnih virov je potekalo v podatkovnih bazah Web of Science, CINAHL, PubMed, Medline in OTseeker. V končno analizo je bilo vključenih 15 znanstvenih člankov. Oblikovanih je bilo pet tem: programi, usmerjeni v okupacije, svetovanje glede zdravega prehranjevanja, omejitve pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, tehnologija in prilagoditve doma ter ukrepi za izboljšanje delovnoterapevtskih intervencij. Delovni terapevti imajo velik potencial na področju obravnave oseb s prekomerno telesno težo, vendar si za cilj pogosto postavijo izgubo teže in ne vključitve v okupacije ali dejavnosti. Treba bi bilo poenotiti terminologijo, pristope in smernice obravnave, kar bi omogočilo kakovostnejše in lažje delo na tem področju

KEYWORDS: body mass index, obesity, occupation, quality of life

ABSTRACT - Obesity is a major health and socio-economic problem. Our objective was to explore the role of occupational therapists in obesity management of adult clients. A systematic literature review was conducted. We searched the following databases: Web of Science, CINAHL, PubMed, Medline and OTseeker. Fifteen scientific articles were included in the final analysis. Five themes were developed: programs orientated towards occupations, education on healthy diet, activity limitations, technology and home adaptations, and measures for improving occupational therapy interventions. Occupational therapists have a great potential in the field of obesity management. However, they often set goals which are orientated towards weight loss instead of engagement in occupations. To support practice in this field, unified terminology, approaches and guidelines should be developed.

1 Uvod

Debelost in prekomerna telesna teža dobivata razsežnosti epidemije, zato predstavljata velik zdravstveni in družbeno-ekonomski problem. Po statističnih podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) je skupno število odraslih s prekomerno telesno težo leta 2019 znašalo 2 milijardi ali skoraj 39 % svetovne populacije (SZO, 2019). Podobno je v Sloveniji, v kateri je bilo leta 2019 38,2 % odraslih prekomerno težkih in 19,9 % debelih (SURs, 2019).

Prekomerna telesna teža in debelost sta opredeljeni kot nenormalno ali prekomerno kopičenje maščob v telesu. Indeks telesne mase nad 25 se šteje za prekomerno telesno težo in nad 30 za debelost (SZO, 2020). Najpogostejši vzrok za debelost sta povečan vnos hrane in zmanjšana telesna aktivnost. Poleg tega ima vlogo tudi dednost, saj imajo ljudje različni bazalni metabolizem. Vplivi okolja se kažejo v prehranskih navadah in socialnem statusu. Na debelost lahko vplivajo tudi psihološki dejavniki, kot so: kronični stres, slaba samopodoba in duševne težave, ki zahtevajo zdravljenje z zdravili, ki povečajo tek. Dejavniki tveganja so tudi kronična obolenja, hormonska stanja in kajenje (Bilban, 2018a; SZO, 2020).

Povišan indeks telesne mase je glavni dejavnik tveganja za nenalezljive bolezni, kot so: srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, mišično-skeletna obolenja (predvsem osteoartritis) in nekatera rakava obolenja (SZO, 2020). Tudi nekateri socioekonomski dejavniki so lahko posredno ali neposredno povezani z debelostjo, kot so na primer: nižja plača in slabša delovna mesta, manjša uporaba zdravstvenih storitev, pristranskost in zaznamovanost pri zaposlovanju (Bilban, 2018b). Debelost ima vpliv tudi na stroške, ki obremenjujejo gospodarski, zdravstveni in socialni sistem. Stroški zdravljenja debelosti so povezani predvsem s preventivnimi in z diagnostičnimi pregledi ter z zdravljenjem obolenj, ki so povezana s prekomerno telesno težo (Bilban, 2018a).

Znotraj delovne terapije se razvijajo nova področja dela. Čeprav večina ljudi uvršča delo delovnega terapevta med storitve zdravstvenih profilov, verjetno ne vedo, da se delovni terapevti lahko vključujejo tudi na področju obravnave oseb s prekomerno telesno težo ali z debelostjo. Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki promovira zdravje in dobro počutje prek vključenosti posameznika v dejavnosti ali okupacije. Okupacije so definirane kot vsakodnevne aktivnosti, ki jih ljudje izvajajo individualno, kot družina ali v skupinah, da si zapolnijo čas ter v življenje vnesejo namen in smisel. Vključujejo stvari, ki jih ljudje potrebujejo, želijo ali se od njih pričakujejo (Svetovno združenje delovnih terapevtov, 2012). Delovni terapevt zagotavlja posamezniku, skupinam in populacijam intervencije za spremembo oziroma optimizacijo zdravja ter izboljšanje kakovosti življenja. Skladno s tem so delovnoterapevtske storitve pogosto sestavni del programov za odpravljanje bolezni in poznejših omejitev, povezanih z debelostjo. Hkrati pa so uporabljene tudi pri obvladovanju telesne teže in se usmerjajo na življenjski slog ter sledijo smernicam zdravega, aktivnega načina življenja (Brewster idr., 2014).

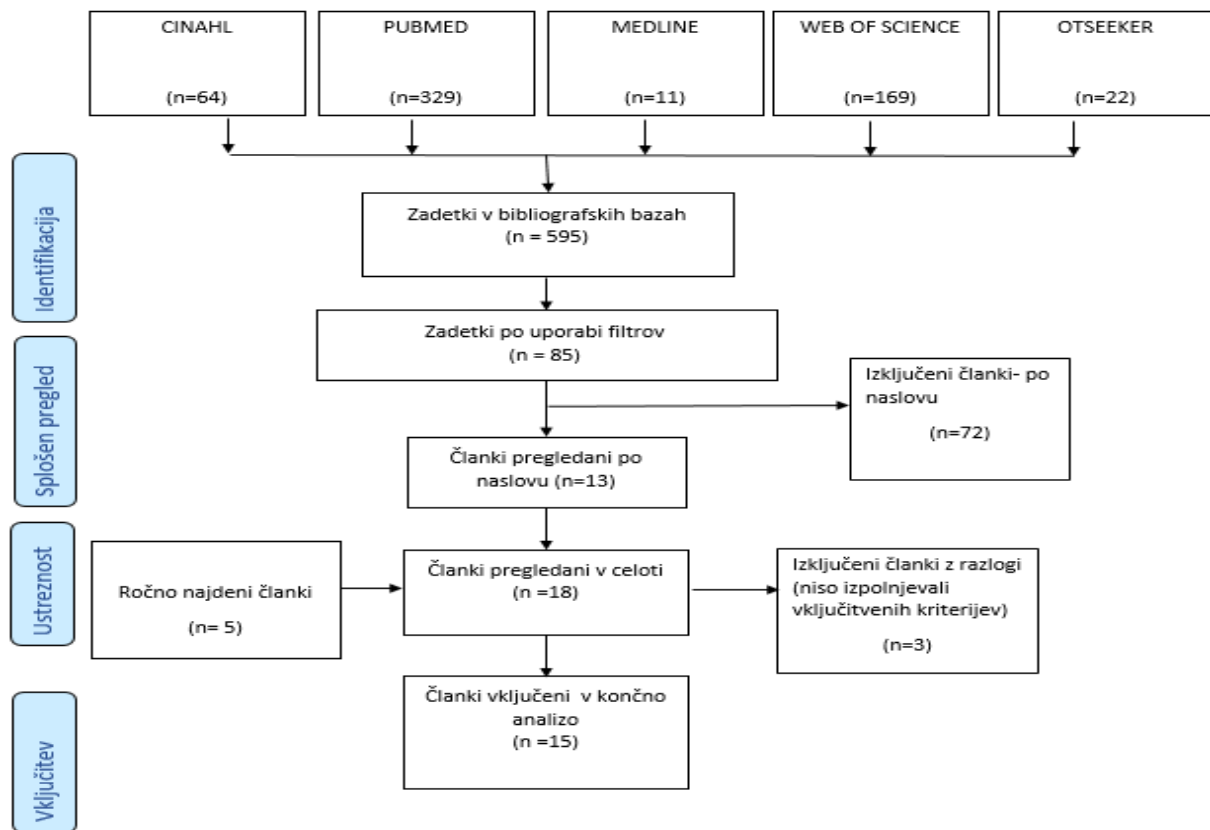
Namen pregleda literature je bil odkriti, kako se delovni terapevti vključujejo v obravnavo odraslih oseb s prekomerno telesno težo. Raziskovalno vprašanje, ki je usmerjalo iskanje literature, je bilo, kaj je do zdaj znanega o vlogi delovne terapije pri odraslih s prekomerno telesno težo.

2 Metode

Izveden je bil sistematični pregled literature glede na smernice Centre for Reviews Dissemination (2009).

V pregled literature smo vključili kvantitativne študije, kvalitativne študije in sistematične preglede literature. Preverili smo literaturo v slovenskem jeziku, vendar ni bilo ustreznih zadetkov, zato smo literaturo iskali samo v angleščini. Omejili smo se na leto objave, in sicer od 2000 do 2020. Iskanje je potekalo v podatkovnih bazah: Web of Science, CINAHL, PubMed, Medline in OTseeker. V angleščini so bile uporabljene naslednje ključne besede: occupational therap* OR OT,adult* OR middle aged OR aged OR older adult in overweight OR obesity OR obese OR unhealthy weight OR high bmi OR morbid weight OR obesity management OR morbid obesity OR bariatric*. Iskalna strategija je prikazana na sliki 1.

Slika 1: Diagram poteka strategije iskanja in izbora literature (diagram PRISMA)



Vir: Lastni vir.

3 Rezultati

3.1 Deskriptivna analiza

V pregled literature je bilo vključenih 15 raziskav, ki so ustrezale vključitvenim merilom, in sicer pet kvalitativnih raziskav, šest kvantitativnih raziskav, dva sistematična pregleda literature ter dve študiji, v katerih je bila uporabljena integracija kvalitativnih in kvantitativnih metod.

Pet člankov se je osredinjalo na obravnavo oseb s prekomerno težo in z motnjo v duševnem zdravju, od tega sta bila dva usmerjena v svetovanje glede zdravega prehranjevanja (Mahony, Haracz in Williams, 2012; Williams, Magin, Sultana in Haracz, 2016), dva sta opisovala uporabo programov za izboljšanje zdravja in kakovosti življenja (Lloyd, Sullivan, Lucas in King, 2003; Okon idr., 2015), eden pa je bil usmerjen v uporabo igralne konzole Nintendo wii fit kot pripomočka za vključevanje redne fizične aktivnosti v posameznikov vsakdan (Bacon, Farnworth in Boyd, 2012). Z uporabo igralne konzole wii fit se je ukvarjal še en članek (Jacobs idr., 2011), ki pa raziskave ni izvajal pri uporabnikih z motnjo v duševnem zdravju. Avtorji so ugotavljali učinkovitost igralne konzole kot pripomočka za izgubo teže pri dodiplomskih študentih. Oba pregleda literature (Nielsen in Christensen, 2018; Forhan in Gill, 2013) sta preučevala, kako se delovni terapevti vključujejo v obravnavo posameznikov s prekomerno težo in učinkovitost intervencij, pri katerih sodelujejo. Eden izmed člankov (Winge idr., 2020) je opisal ponudbo programov za izgubo teže na Danskem, njihovo strukturo ter vsebino in vlogo delovnih terapevtov pri tem. Nossum, Johansen in Kjekken (2018) ter Forhan, Law, Vrkljan in Taylor (2010) so v raziskavah opisali težave in ovire pri izvedbi okupacij, medtem ko je študija Forhan, Law, Vrkljan in Taylor (2011) opisala porabo časa in vključevanje v okupacije ter

dojemanje učinkovitosti, pomembnosti in užitka pri uporabnikih s hudo debelostjo. Ellison, Keasing in Harris (2020) so v članku s perspektive delovnih terapevtov opisali težave, s katerimi se spoprijemajo uporabniki s prekomerno težo, ter mogoče priložnosti in izzive za razvoj delovne terapije na tem področju. Mnenje delovnih terapevtov je raziskoval tudi članek Lang in sodelavcev (2013), ki se je ukvarjal z vlogo terapevtov v obravnavi oseb s prekomerno težo, z odkrivanjem morebitnih intervencij in ugotavljanjem, ali v sklopu izobraževanja terapevti pridobijo ustrezno znanje za obravnavo takšnih uporabnikov. En članek (Lange, Coyle, Todd in Williams, 2018) se je osredinjal na svetovanje glede pripomočkov in prilagoditev doma, medtem ko je drugi (Lang idr., 2013) izrazil potrebo po oblikovanju strategij za prilagoditve doma.

3.2 Tematska analiza

Pri tematski analizi člankov je bilo oblikovanih pet tem, ki so predstavljene v tabeli 1. Glavne teme so bile: 1) programi, usmerjeni v okupacije; 2) svetovanje glede zdravega prehranjevanja; 3) omejitve pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti; 4) uporaba tehnologije in prilagoditve doma; 5) ukrepi za izboljšanje delovnoterapevtskih intervencij.

Tabela 1: Sinteza pregleda po temah

Tema	Opis	Avtorji
Programi, usmerjeni v okupacije	Programi za izboljšanje zdravja so uporabnikom s prekomerno težo pomagali pri vključitvi v nove okupacije, ki so prispevale k zdravemu življenjskemu slogu. Delovni terapevti razvijajo programe, ki so usmerjeni v promocijo fizične aktivnosti, ti pa prispevajo k izboljšanju zdravja in kakovosti življenja. Delovni terapevti so premalo vključeni pri izvajanju tovrstnih programov. S svojim strokovnim znanjem bi lahko oblikovali programe, ki bi obravnavali uporabnikove navade, vključenost okupacije in družbo.	Winge idr. (2020) Lloyd idr. (2003) Okon idr. (2015) Forhan idr. (2010) Lang idr. (2013)
Svetovanje glede zdravega prehranjevanja	Delovni terapevti se kot zdravstveni delavci in strokovnjaki na področju zdravja počutijo odgovorne in primerne za svetovanje glede zdravega prehranjevanja, so pa mnenja, da nimajo dovolj znanja. Svetovanje glede zdrave prehrane naj poteka skozi učenje novih aktivnosti in spretnosti.	Mahony idr. (2012) Williams idr. (2016)
Omejitve pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti	Omejitve se pojavijo pri izvajanju ožjih pa tudi pri širših dnevnih aktivnostih ter na področjih dela in prostočasnih aktivnosti. Poleg omejitev se osebe s prekomerno težo spoprijemajo tudi s stigmo in z zaznamovanostjo v družbi. Osebe pogosto doživljajo okupacijsko deprivacijo, ki vodi v slabšo kakovost življenja, izgubo socialnih stikov in v poslabšanje zdravja.	Nossum idr. (2018) Forhan idr. (2010) Ellison idr. (2020)
Uporaba tehnologije in prilagoditve doma	Delovni terapevti pri obravnavi oseb s prekomerno težo uporabljajo tehnologijo (virtualno resničnost), s katero spodbujajo aktivnost. Wii fit se je pri nekaterih populacijah izkazal kot primeren pripomoček za uvedbo redne fizične aktivnosti v vsakodnevno rutino. Delovni terapevti lahko s podporno tehnologijo uporabniku zagotovijo priložnost za vključevanje in sodelovanje v fizični aktivnosti. Med najpogostejše prilagoditve okolja sodijo ročaji in prilagoditve kopalnice ali stranišča, vendar delovni terapevti redko svetujejo in predpisujejo prilagoditve in pripomočke za domače okolje.	Bacon idr. (2012) Nielsen in Christensen (2018) Ellison idr. (2020) Lange idr. (2018) Lloyd idr. (2003)

Ukrepi za izboljšanje delovno-terapevtskih intervencij	Potrebna bi bila oblikovanje smernic in poenotenje terminologije na področju obravnave uporabnikov s prekomerno težo. Prav tako bi se lahko oblikovale mednarodne ekipe delovnih terapevtov. Ti bi na področju prekomerne telesne teže sodelovali, raziskovali in pripravljali predloge za obravnave, ki bi vključevale uporabo modela PEO(P). Ključnega pomena je oblikovanje celostne obravnave, ki bi upoštevala vse faktorje prekomerne teže in posameznika. Za uspešno izvedbo obravnav bi bila potrebna tesnejše sodelovanje v multidisciplinarnem timu in večje sodelovanje s podjetji, ki proizvajajo pripomočke in opremo za prilagoditve domačega okolja. Smiselna bi bila vključitev področja prekomerne teže v študij in dodatna delovnoterapevtska izobraževanja.	Lange idr. (2018) Forhan in Gill (2013) Lloyd idr. (2003) Ellison idr. (2020) Lang idr. (2013) Forhan idr. (2010) Mahony idr. (2012) Williams idr. (2016)
--	--	--

4 Razprava

Pregled literature je pokazal, da se vedno več oseb s prekomerno telesno težo vključuje v delovnoterapevtske obravnave. Delovni terapevti lahko prek programov za izboljšanje življenjskega sloga uporabnikom pomagajo najti nove okupacije in jih vključiti v njihov vsakdan. Terapevti opazajo, da se vse preveč programov usmerja v urejanje prehrane in izgubo teže, premalo pa so del obravnave uporabnikove navade in vključenost v okupacije (Winge idr., 2020; Forhan idr., 2010; Lang idr., 2013). O tem govorita tudi Reingold in Salles - Jordan (2013), ki pravita, da je treba cilje in delovnoterapevtsko intervencijo oblikovati skupaj z uporabnikom, pri tem pa paziti, da je usmerjena na uporabnikove cilje in na okupacije, katerih izvajanje je oteženo.

Poleg vključevanja v programe za izboljšanje življenjskega sloga delovni terapevti uporabnikom svetujejo tudi glede prehrane. Za to se kot zdravstveni delavci in strokovnjaki na področju zdravja sicer počutijo odgovorne in primerne, ocenjujejo pa, da nimajo dovolj znanja glede zdravega prehranjevanja (Mahony idr., 2012; Williams idr., 2016). Prav tako kot pri programih za izboljšanje življenjskega sloga menijo, da morata svetovanje in vključevanje zdravega prehranjevanja potekati skozi učenje novih aktivnosti in spretnosti (Mahony idr., 2012).

Pregledane raziskave so pokazale, da se uporabniki s prekomerno težo spopadajo z različnimi omejitvami pri izvajanju fizičnih aktivnosti. Nossum in sodelavci (2018) ugotavljajo, da uporabnikom povzročajo težave ožje in širše dnevne aktivnosti (npr. nakupovanje oblačil, igranje z otroki, obisk bazena in pripravljanje obrokov), medtem ko Forhan (2010) dnevnim aktivnostim dodaja še delovne in priložnostne aktivnosti, ki so zaradi vpliva prekomerne teže otežene. Med osebami s prekomerno težo se pojavljajo tudi take, ki jim prekomerna teža ni primarno obolenje – to so velikokrat osebe z motnjo v duševnem zdravju, pri katerih delovni terapevti ugotavljajo, da nimajo zadovoljenih potreb po fizični aktivnosti (Lloyd idr., 2003; Bacon idr., 2012). Zaradi prekomerne teže in njenih posledic (nezmožnost opravljanja nekaterih aktivnosti, sram in strah pojavljanja v družbi) se osebe s prekomerno težo spoprijemajo tudi s stigmatom in z zaznamovanostjo v družbi, kar velikokrat vodi v še večji strah, osamitev in v izolacijo (Ellison idr., 2020; Forhan idr., 2010). Omenjeni raziskavi ugotavljata tudi, da uporabniki s prekomerno težo pogosto doživljajo okupacijsko deprivacijo, ki vodi v slabšo kakovost življenja, izgubo socialnih stikov in dodatno poslabšanje zdravja. Te ugotovitve se ujemajo z ugotovitvami Ameriškega združenja delovnih terapevtov (AOTA, 2018), ki pravi, da

osebe s prekomerno težo niso omejene le pri izvajanju in sodelovanju v okupacijah, ampak se pojavljajo težave tudi pri socialni in okupacijski vlogi.

Del delovnoterapevtskih storitev je lahko tudi tehnologija (AOTA, 2015a). Raziskava Bacon in sodelavcev (2012) je pokazala, da se je konzola Nintendo Wii fit izkazala kot primeren sodobni tehnološki pripomoček. Uporabnikom z motnjo v duševnem zdravju je pomagala uvesti redno izvajanje fizične aktivnosti v njihovo vsakodnevno rutino. Prav tako je pripomoček Wii fit primeren in smiseln za druge osebe s prekomerno težo; tudi njim je služil kot pripomoček za zmanjšanje indeksa telesne mase (Jacobs idr., 2011). Delovni terapevti za spodbujanje aktivnosti in izvajanje telovadbe uporabljajo tudi preostalo tehnologijo. Nielsen in Christensen (2018) omenjata uporabo virtualne resničnosti pri obravnavi oseb s prekomerno težo. Del področja tehnologije pa je tudi podpora tehnologija, ki zajema vsako stvar oziroma del opreme, ki poveča, ohrani ali izboljša funkcionalno zmožnost uporabnika (AOTA, 2015a). Tako tudi na področju prekomerne teže delovni terapevt lahko s podporno tehnologijo uporabniku zagotovi priložnost za vključevanje in sodelovanje v okolju, aktivnostih in v okupacijah (Ellison idr., 2020). Ugotovitve pregleda literature potrjuje tudi članek Reingold in Salles - Jordan (2013), ki pravi da je uporaba tehnologije virtualne resničnosti uspešna tako za povečanje fizične aktivnosti pri osebah z motnjo v duševnem zdravju, kot za vključevanje odraslih in otrok v fizično aktivnost.

Multidisciplinarni pristop je bistvenega pomena za doseganje najboljših rezultatov pri obravnavi prekomerno težkih posameznikov (Brewster idr., 2014). Zato bi bilo potrebno tesnejše sodelovanje z dietetiki in drugimi strokovnjaki v multidisciplinarnem timu (Mahony idr., 2012; Williams idr., 2016; Lang idr., 2013). AOTA (2015b) dodaja, da naj bi v obravnavi osebe s prekomerno težo sodelovali fiziater s področja bariatrije, medicinska sestra, dietetik, socialni delavec, koordinator, farmacevt, fizioterapevt in delovni terapevt. Poleg zdravstvenih strok bi bilo treba povečati sodelovanje tudi z raznimi podjetji, tj. s tistimi, ki proizvajajo pripomočke in opremo za prilagoditve domačega okolja (večkrat namreč pripomočki osebam s prekomerno težo ne ustrezajo), pa tudi z gradbenimi podjetji, ki pri gradnji včasih ne upoštevajo dejavnikov in prilagoditev, ki bi osebam s prekomerno težo omogočili čim kakovostno življenje in izvajanje okupacij (Lange idr., 2018).

Pri iskanju literature smo našli nekaj člankov, ki so bili po naslovu relevantni za našo raziskavo, vendar pa do njih nismo mogli dostopati v celoti, kar bi lahko navedli kot omejitve naše raziskave. Ena izmed omejitev je bilo tudi delo na daljavo, ki je prineslo težje usklajevanje in delo v skupini. Zaradi ukrepov med epidemijo je bila komunikacija med člani skupine otežena – težje se je bilo uskladiti in pregled literature povezati v celoto.

5 Sklep

V pregled vključene raziskave kažejo, da imajo delovni terapevti ogromno potenciala na področju obravnave oseb s prekomerno težo, a so premalo vključeni. Vse prevečkrat si kot cilj postavljajo izgubo telesne teže. Raziskave ugotavljajo, da bi moral biti to le sekundarni cilj, medtem ko bi bila glavna cilja oblikovanje bolj zdravih navad in vključenost v okupacije. Osebam s prekomerno telesno težo, ki imajo omejitve pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti, lahko te pomagamo omiliti tudi s prilagoditvami okolja in predpisovanjem pripomočkov. Delovni terapevti lahko glede tega svetujejo posameznikom, podjetjem in skupnosti.

Obravnava oseb s prekomerno telesno težo je v delovni terapiji precej novo področje dela, ki ga je treba bolje opredeliti in razviti smernice obravnave, delovne terapevte pa dodatno izobraziti in tovrstne vsebine vključiti v študijske programe. Tako bi lahko dosegli kakovostne

in z dokazi podprte obravnave, delovna terapija pa bi postala ena izmed pomembnih strok pri obravnavi oseb s prekomerno telesno težo.

LITERATURA

1. AOTA (2015a). Occupational Therapy's Role with Providing Assistive Technology Devices and Services. Pridobljeno s <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/RDP/assistive-technology.aspx>.
2. AOTA (2015b). Occupational Therapy's Role in Bariatric Care. Pridobljeno s <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/Bariatric%20fact%20sheet.pdf>.
3. AOTA (2018). Managing Obesity in Adults: A Role for Occupational therapy. Pridobljeno s <https://www.aota.org/~/-/media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-November-2018.pdf>.
4. Bacon, N., Farnworth, L. in Boyd, R. (2012). The use of the Wii Fit in forensic mental health: exercise for people at risk of obesity. *British Journal of Occupational Therapy*, 75 (2), 61–68. <https://doi.org/10.4276/030802212X13286281650992>.
5. Bilban, M. (2018a). Debelost – javnozdravstveni problem delovne populacije. *Delo in varnost*, 63, 30–40. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-ZEFFZML7?ty=2018>.
6. Bilban, M. (2018b). Debelost. Nadaljevanje serije člankov o javnozdravstvenem problemu delovne populacije. *Delo in varnost*, 3, 44–49. Pridobljeno s https://www.zvd.si/media/medialibrary/2019/09/Zavod_za_varstvo_pri_delu_RDV_4_2018_Debelost.pdf.
7. Brewster, K. Z., Davis, L. C. in Nowrouzi, B. (2014). The Role of Occupational Therapy in Obesity Management. *University of Toronto Medical Journal*, 91 (1), 33–35.
8. Centre for Reviews Dissemination (2009). *Systematic Reviews: CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care*. York: University of York.
9. Ellison, N., Keesing, S. in Harris, C. (2020). Understanding occupational engagement for individuals with bariatric needs: The perspectives of Australian Occupational Therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67 (5), 417–426. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12657>
10. Forhan, M. A. in Gill, S. (2013). Cross-Border Contributions to Obesity Research and Interventions: A Review of Canadian and American Occupational Therapy Contributions. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(2), 129–141. [https://doi.org/10.1016/S1499-2671\(11\)52147-1](https://doi.org/10.1016/S1499-2671(11)52147-1)
11. Forhan, M. A., Law, M. C., Vrkljan, B. H. in Taylor, V. H. (2010). The experience of participation in everyday occupations for adults with obesity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77 (4), 210–218. doi:10.2182/cjot.2010.77.4.3
12. Forhan, M. A., Law, M., Vrkljan, B. H. in Taylor, V. H. (2011). Participation Profile of Adults with Class III Obesity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31 (3), 135–141. doi:10.3928/15394492-20101025-02
13. Gabrijelčič Blenkuš, M. in Robnik, M. (2016). Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/debelost_pri_om_daljsa_spletna_avg2016_final_01082016.pdf.
14. Jacobs, K., Zhu, L., Dawes, M., Franco, J., Huggins, A., Igari, C. ... Umez - Eronini, A. (2011). Wii health: a preliminary study of the health and wellness benefits of Wii Fit on university students. *British Journal of Occupational Therapy*, 74 (6), 262–268. <https://doi.org/10.4276/030802211X13074383957823>
15. Lang, J., James, C., Ashby, S., Plotnikoff, R., Guest, M., Kable, A. ... Snodgrass, S. (2013). The provision of weight management advice: An investigation into occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60 (6), 387–394. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12073>

16. Lange, L., Coyle, E., Todd, H. in Williams, C. (2018). Evidence-based practice guidelines for prescribing home modifications for clients with bariatric care needs. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65 (2), 107–114. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12443>
17. Lloyd, C., Sullivan, D., Lucas, N. in King, R. (2003). A fitness and lifestyle programme for people with psychotic disorders. *New Zealand journal of occupational therapy*, 50 (1), 18–22.
18. Mahony, G., Haracz, K. in Williams, L. T. (2012). How mental health occupational therapists address issues of diet with their clients: a qualitative study. *Australian journal of occupational therapy*, 59 (4), 294–301. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01028.x>
19. Nielsen, S. S. in Christensen, J. R. (2018). Occupational Therapy for Adults with Overweight and Obesity: Mapping Interventions Involving Occupational Therapists. *Occupational Therapy International*, 2018 (4), 1–17. <https://doi.org/10.1155/2018/7412686>
20. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016). Nacionalni program o prehrani in gibanju 2015–2025. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/nacionalni-program-o-prehrani-in-gibanju-2015-2025>.
21. Nossima, R., Johansena, A. in Kjekken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25 (2), 136–144. <http://dx.doi.org/10.1080/11038128.2017.1279211>
22. Okon, S., Webb, D., Zehnder, E., Kobylski, M., Morrow, C., Reid, V. in Schultz - Keil, E. (2015). Health and Wellness Outcomes for members in a Psychosocial Rehabilitation Clubhouse Participating in a Healthy Lifestyle Design Program. *Occupational therapy in mental health*, 31 (1), 62–81. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2014.1001012>
23. Reingold, F. S. in Salles - Jordan, K. (2013). Obesity and occupational therapy. *The American journal of occupational therapy*, 67 (6), 39–46. doi:10.5014/ajot.2013.67S39
24. Statistični urad Republike Slovenije – SiStat. (2019). Kazalniki 2. cilja trajnostnega razvoja (SDG): Odprava lakote, Slovenija, letno (2019). Pridobljeno s <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/Data/3283803S.px/table/tableViewLayout2/>.
25. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). (2020). Obesity and overweight. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
26. Svetovno združenje delovnih terapevtov (2012). About Occupational Therapy. Pridobljeno s About Occupational Therapy | WFOT
27. Williams, L., Magin, P., Sultana, J. in Haracz, K. (2016). The role of occupational therapists in the provision of dietary interventions for people with severe mental illness: Results from a national survey. *British journal of occupational therapy*, 79 (7), 442–449. <https://doi.org/10.1177/0308022615620680>
28. Winge, C., Ilvig, P. M., Jonsson, H., Fritz, H., Lee, K. in Christensen, J. R. (2020). Obesity treatment: a role for occupational therapists?. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 1–8. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1712472>

Pomen etike v praksi fizioterapije

KLJUČNE BESEDE: etika, etične dileme, fizioterapija, kodeks etike

POVZETEK - Teoretična izhodišča: Kodeks etike s svojimi načeli služi fizioterapevtom za oblikovanje etičnih vrednot, ki so vodilo v vsakodnevem poklicnem delu. Namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti poznavanje in prisotnost moralno-etičnih vrednot pri slovenskih fizioterapevtih in prikazati, v kolikšni meri so upoštevane pri njihovem strokovnem delu. **Metode:** Uporabljen je bil neeksperimentalni raziskovalni dizajn z anketnim vprašalnikom zaprtega tipa, razvitim za potrebe naše raziskave. Anketa je bila izvedena med slovenskimi fizioterapevti, zaposlenimi na različnih področjih delovanja. **Rezultati:** Kodeks etike fizioterapevtov pozna 75 % anketiranih, približno toliko se jih pri svojem delu srečuje z etičnimi dilemami, največ pa se jih z njimi srečuje enkrat mesečno (33 %). Anketirani fizioterapevti so v 92 % kot najbolj pomembni ocenili dve trditvi, povezani s pravilno presojo in kakovostjo fizioterapevske obravnave. **Razprava:** Z raziskavo smo prišli do podatkov, da se anketiranci z etičnimi dilemami, v primerjavi z navedbami iz tuje literature, srečujejo redkeje. Glede na dobljen rezultat bi bilo smiselno poglobiti znanje s področja etike v fizioterapiji, saj lahko, zaradi pomanjkljivega znanja, etičnih dilem v praksi ne prepoznamo.

KEY WORDS: Ethics, ethical dilemmas, physiotherapy, Code of ethics

ABSTRACT - Theoretical background: The Code of Ethics, with its principles, serves physiotherapists to create ethical values that guide their daily professional work. The purpose of the research task was to determine the knowledge and presence of moral and ethical values in Slovenian physiotherapists and to show the extent to which they are taken into account in their professional work. **Methods:** A non-experimental research design with a closed-ended questionnaire developed for the purposes of our research was used. The survey was conducted among Slovenian physiotherapists employed in various fields of activity. **Results:** 75 % of respondents know the Code of Ethics of Physiotherapists, about as many of them encounter ethical dilemmas in their work, and most of them encounter them once a month (33 %). In 92 % of the surveyed physiotherapists, two statements related to the correct assessment and quality of physiotherapeutic treatment were assessed as the most important. **Discussion:** With our research, we came to the data that respondents encounter ethical dilemmas less frequently compared to statements from foreign literature. Based on the obtained result, it would be sensible to deepen the knowledge in the field of ethics in physiotherapy, because, due to the lack of knowledge, we cannot recognize ethical dilemmas in practice.

1 Uvod

Fizioterapija se srečuje tako globalno kakor na lokalnem nivoju z vedno bolj zapletenim zdravstvenim varstvom, ki se mu je treba nenehno prilagajati in slediti spremembam, ki so postale izrazita stalnica v času bolezni Covid 19. Zato nekatera sodobna in osvežena znanja iz področja etike in zakonodaje dajejo področju fizioterapije dodano vrednost, prav tako pa etične veščine in etično znanje na višji ravni, ki jih izvajalci fizioterapije potrebujejo za prepoznavanje etičnih problemov in dilem za učinkovito in samozavestno obravnavo pacientov.

Etika je znotraj fizioterapije izjemno pomembna, saj morajo fizioterapevti prepoznati etične probleme in dileme, dobro presojati in odločati na podlagi svojih vrednot, pri tem pa upoštevati zakone, ki jih urejajo. Za kompetentno in integritetno (celovitost, skladnost, pristnost, poštenost, verodostojnost) izvajanje fizioterapije morajo imeti fizioterapevti, tako kot vsi

zdravstveni delavci, predpise in usmeritve znotraj poklica in tukaj se Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije podčrtuje, saj predstavlja okvir za pomoč pri vprašanjih, ki bi se lahko pojavila.

Ni presenetljivo, da se lahko zdravstveni delavci, ki ne poznajo etičnega kodeksa, soočajo z večjim tveganjem, da bodo vpleteni v situacije, ki bi lahko privedle do disciplinskih obtožb ali sodnih sporov zaradi zlorabe.

Etika je filozofska disciplina, ki obravnava merila človeškega hotenja in ravnanja glede na dobro in zlo (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2014). Izhodišče vsake etike je, kot navaja Oberš (2014, 7), tisto, čemur pravimo moralna drža človeka. Sama beseda ima več pomenov, vsi pa so povezani s pravili, ki vplivajo na naše vedenje. Filozofsko gledano je etika sistem dejanj, ki jih vodijo principi in pravila, ki vplivajo na vedenje posameznika in dovoljujejo, zahtevajo in prepovedujejo. Hkrati etika tudi določa moralnost in išče opravičila za moralne odločitve ljudi (Jug, 2015).

Med drugim etika obravnava tudi čustvovanje, poglede na svet in vrednote (Naka in Kvas, 2004). V zdravstvu etika postavlja v ospredje skrb za pacienta in enake možnosti za vse. To področje enakosti ureja tudi zdravstvena zakonodaja (Mlinšek, 2012).

1.1 Etika in morala

Temelj človekove moralnosti je dobrota, ki ji sledijo vrednote, kot so pravičnost, poštenost, obzirnost, ljubeznivost ipd. Kakovostna obravnava pacienta postaja vse pomembnejša na vseh področjih. Pacienta postavlja v ospredje in od zdravstvenih delavcev pričakuje, da pri svojem delu delujejo po najboljših močeh do pacienta ter v pacientovo največjo korist. Delo zdravstvenih delavcev na neki način opredeljujejo oz. vodijo veljavni kodeksi in zakoni, ki jih morajo poznati ter pri opravljanju dela tudi spoštovati in upoštevati.

Ovijač (2012) pravi, da je etika temelj delovanja vsakega zdravstvenega delavca, ki se pri delu srečuje z različnimi etičnimi problemi, ter da pacienti pričakujejo, da z njimi delajo ljudje, ki so sposobni empatije, etičnega uvida, razmisleka in delovanja.

Bistveni so standardi vedenja, ki jih določata osebna in profesionalna etika. Osebna etika so osebne moralne vrednote, ki jih posameznik izbere kot vodilo v svojem življenju in zaznamujejo njegov pristop k moralnemu vedenju ter njegove odnose z drugimi. Ta je lahko skladna s profesionalno etiko. Profesionalna etika pomeni za neko skupino ljudi dogovorjene standarde vedenja, ki so opisani v kodeksu profesionalne etike. Etika vpliva na moralna vedenja in prepričanja določene skupine ter na način presoje moralnih principov (Jug, 2015).

Zaradi vrednot, ki so individualne in odvisne od več vplivov, je treba izpostaviti skupni imenovalec in vsem skupinam izpostaviti osnovne in najpomembnejše moralne vrednote ter jih opredeliti kot etična načela v profesionalnih kodeksih. Uporaba etičnih načel je v praksi zelo pomembna v vseh zdravstveno-varstvenih sistemih po svetu. Etična načela so vodilo, ki nas vodijo pri sprejemanju etičnih odločitev in moralnem vedenju, vendar ne predstavljajo nezmotljive ali absolutne resnice. Etična načela so torej izhodiščna točka in usmerjajo naše razmišljanje pri reševanju etičnih dilem, odločitev pa je na koncu vedno odvisna od vsakega posameznika (Naka in Kvas, 2004). Etična načela so vodilo pri sprejemanju moralno-etičnih odločitev, vendar ne predstavljajo nezmotljive resnice. Pomagajo lahko pri razmišljanju in reševanju moralno etičnih dilem, končna odločitev pa je odvisna od vsakega posameznika (Prebil, Mohar in Fink, 2011).

Etična vprašanja na področju rehabilitacije se v preteklosti niso pogosto preučevala. Zaradi staranja prebivalstva pa so se spremenila tudi etična vprašanja, ki se ne nanašajo več le na akutno medicinsko obravnavo, temveč tudi na vedno večjo težnjo družbe k temu, da se pacient

v svoje okolje vrne na najvišji možni ravni funkcioniranja (Stein, 2012). Zaradi tega prihaja do vedno več etičnih vprašanj in podobne problematike tudi v rehabilitacijskem procesu.

Kot navaja Blackmer (2000), s staranjem populacije in ciljem po doseganju največje možne stopnje funkcioniranja oseb se posveča vedno več pozornosti tudi etičnim dilemam v fizikalni in rehabilitacijski medicini. Za reševanje etičnih problemov je pogosto potrebno etično posvetovanje. Kaj to pomeni? Pomeni ponuditi strokovni odgovor na eno ali več specifičnih etičnih vprašanj (tj. vprašanja o tem, katere odločitve so pravilne ali katere ukrepe je treba sprejeti, kadar obstaja negotovost ali konflikt o vrednotah). Etično posvetovanje se lahko zahteva za pomoč posamezniku pri reševanju notranjih negotovosti ali konfliktov ali za reševanje negotovosti ali konfliktov med več stranmi ali med njimi. Jones (2010) trdi, da je nujno odpravljanje razlik, do katerih prihaja v zdravstvu zaradi rase, etnične pripadnosti ali socialno-ekonomskega statusa. Postavlja tezo, da je obstoj takšnih zdravstvenih razlik moralna napaka, ki jo je treba obravnavati. Pojavljajo se številna vprašanja, na katera ni enostavnega odgovora.

Hudon, Drolet in Williams - Jones (2015) so zaznali najpogosteje obravnavane etične dileme s področja nasprotja interesov, samonapotitve in pomanjkanja časa, ki ima vpliv na kakovost obravnave. Kot navajata Puh in Hlebš (2015) je 10 od 25 etičnih vprašanj oz. dilem sodilo v kategorijo poslovnih in ekonomskih vprašanj, v povezavi z zasebnim sektorjem fizioterapije. Hudon, Drolet in Williams - Jones (2015) so zapisali, da se mora fizioterapevtska stroka odzivati na etična vprašanja in izzive in izdali priporočila za uspešno spopadanje z etičnimi dilemami.

1.2 Etika na področju fizioterapije

Fizioterapija se je v zadnjih letih razvila do te mere, da je zdaj zdravstvena stroka, ki ponuja ocenjevanje, diagnozo in zdravljenje številnih stanj, od športnih poškodb do rehabilitacije za večje poškodbe in bolezni. Po navedbah Svetovne konfederacije za fizikalno terapijo »Fizikalna terapija zagotavlja storitve ljudem in prebivalstvu za razvoj ohranjanja in obnavljanja maksimalnih gibalnih in funkcionalnih sposobnosti skozi celotno življenjsko dobo«. Pri tem igra etika izjemno pomembno vlogo, saj nekatere vidne značilnosti fizioterapije sprožajo zanimive in do neke mere nove probleme v etiki.

Kako ustrezna je fizioterapija za neozdravljivo bolnega z omejenimi sredstvi, je še vedno diskutabilna. Odločitev o ponudbi fizioterapevtskih storitev je lahko odvisna od prvega stika z izvajalcem zdravstvenega varstva in njegove stopnje zavedanja o nastajajočem področju fizioterapije v paliativni oskrbi. Nekateri člani zdravstvene ekipe namreč menijo, da take storitve niso nujno potrebne za neozdravljivo bolnega. Obstaja velika verjetnost, da bi se, če bi bila fizioterapija uvedena prej, ohranila kardiopulmonalna funkcija in mišična integriteta, ki sta potrebni za čim večjo funkcionalno sposobnost. Načelo neprimernosti mora motivirati zdravstvene delavce, da zagotovijo, da se zapleti, ki jih je mogoče preprečiti, ne morejo razviti pri neozdravljivo bolnih. Sodobni fizioterapevt skuša z etično-moralnim kodeksom usmerjati svoje vedenje in ravnanje, saj se pri svojem delu srečuje z ljudmi, z različnimi moralnimi prepričanji, življenjskimi naravnostmi, religijo in raso. Pri tem spoštuje temeljne etične vrednote kot so: dobronamernost, neškodljivost, bolnikova samostojnost, pravičnost, resnicoljubnost in zaupnost.

Fizioterapevti se pri svojem delu srečujejo z različnimi ljudmi in njihovimi potrebami. Pri tem se jim nemalokrat pojavljajo številna etična vprašanja in dileme. Barnitt in Partridge (1997) sta v svoji raziskavi med anketiranimi fizioterapevti ugotovila naslednja področja etičnih dilem: ne preprečevanje škode, pomanjkanje spoštovanja do pacientovega vidika, fizioterapevtovega

mnenja ali vidikov drugih oseb, pomanjkanje poštenosti oziroma enakih pravic ter dolžnosti fizioterapevta (Barnitt in Patridge, 1997 v Puh in Hlebš, 2017).

Naraščajoča avtonomija fizioterapevtov povečuje potrebe po formalnih etičnih premislekih pri delu fizioterapevtov, ki pa morajo biti tudi sposobni prepoznati, preučiti in oceniti etična vprašanja v vsakodnevni praksi (Praestegaard in Gard, 2013). Pri kliničnem odločanju je vsakodnevno potrebno etično sklepanje (angl. ethical reasoning), kjer gre za razumevanje etičnih in praktičnih dilem, ki zadevajo izvedbo in cilje terapije ter tudi posledice dejanj za razrešitev dileme (Edwards, Braunack - Mayer in Jones, 2005).

Zaradi večanja avtonomije fizioterapevtov pa se posledično povečuje tudi fizioterapevtova odgovornost. Pri svojem delu se fizioterapevti spoprijemajo z etičnimi dilemami in vprašanji zaradi katerih morajo pogosto sprejemati etične odločitve (Puh in Hlebš, 2017). Pred etične dileme so pogosto postavljeni tudi zdravstveni delavci, ki sodelujejo v rehabilitaciji pacienta, v kateri ima pacient s svojimi željami pri postavljanju ciljev glavno vlogo, vendar se njegovi cilji pogosto razlikujejo od tistih, ki jih postavi rehabilitacijski tim (Kos, 2018). Da bi se tem primerom izognili, je treba razviti strategije, ki bodo omogočile obvladovanje čustvenih težav v različnih situacijah (Mauk, 2011).

Leta 2004 je Christine Carpenter poročala o treh področjih etičnih dilem, s katerimi so se soočali fizioterapevti. To so bile: dileme v povezavi z dokazi podprto prakso, vprašanja v zvezi z interdisciplinarnim sodelovanjem in dileme, ki moralno obremenjujejo fizioterapevte. V tem obdobju naj bi fizioterapevti pogosto ne prepoznali etičnih dilem, s katerimi so se v praksi srečevali ter so v tem obdobju o etičnih vprašanjih v literaturi zelo redko pisali (Carpenter in Richardson, 2008).

Narejenih je bilo več raziskav s področja prijavljanja kršitve etičnega vedenja kolega fizioterapevta, ki s svojim dejanjem oškoduje pacienta. Izraelske študente fizioterapije so anketirali in ugotovili, da bi jih 90 % bilo pripravljenih ugotovljene nepravilnosti poročati zdravstveni organizaciji, medtem ko je bil odstotek nižji pri prijavljanju ugotovljenih nepravilnosti drugim organom, kot so policija ali mediji (Mansbach, Bachner in Melzer, 2010).

Finley (1994) piše o tem, da so fizioterapevti dolžni delovati v najboljšo korist pacienta ne glede na to, ali prejmejo »brezplačna podarjena« darila. Fizioterapevtova naloga je po njenem mnenju, da prejemnik darila vedno temeljito razmisli o motivu za prejeto darilo. Etično dilemo prepozna v tem, ko darila ali druge ponudbe vplivajo na objektivnost strokovnega dela in presoje.

Kulju, Suhonen in Leino - Kilpi (2013) so v raziskavi, ki so jo izvedli na Finskem, ugotovili, da se fizioterapevti pri svojem delu tedensko srečujejo z etičnimi dilemami in vprašanji. Poudarili so zaskrbljenost glede etičnih vprašanj s področja financ, enakosti in pravičnosti, strokovnosti ter neetičnega ravnanja fizioterapevtov in sorodnih poklicev.

Etična načela so vodilo pri sprejemanju moralno-etičnih odločitev, vendar ne predstavljajo nezmotljive resnice. Pomagajo lahko pri razmišljanju in reševanju moralno etičnih dilem, končna odločitev pa je odvisna od vsakega posameznika (Prebil, Mohar in Fink, 2011).

Z večanjem avtonomije fizioterapevtov (Združenje fizioterapevtov Slovenije, 2017) se povečuje tudi njihova odgovornost in strokovnost pri delu, ki ga opravljajo. Del tega predstavlja tudi zaveza za prepoznavo in spoprijemanje z etičnimi vprašanji in dilemami, ki se pojavljajo v njihovi praksi. Fizioterapevti morajo zato vsakodnevno sprejemati etične odločitve, spoprijemanja z etičnimi dilemami pa jim olajšajo etična načela kodeksa fizioterapevtov. Dolžnost spoštovanja načel enakosti zdravstvenim delavcem zapoveduje tudi Zakon o pacientovih pravicah (2008, 3. člen).

Jones (2010) trdi, da je nujno odpravljanje razlik do katerih prihaja v zdravstvu zaradi rase, etnične pripadnosti ali socialno-ekonomskega statusa. Postavlja tezo, da je obstoj takšnih zdravstvenih razlik moralna napaka, ki jo je potrebno obravnavati.

Namen prispevka je predstaviti pomen etike za fizioterapevte v praksi.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodologiji. Uporabljen je bil neeksperimentalni raziskovalni dizajn. Sekundarni podatki so bili pridobljeni iz baz podatkov: PubMed, Science Direkt, Google Scholar in EBSCO, primarni podatki pa s pomočjo anketnega vprašalnika. Primerjava podatkov je potekala s pomočjo komparativne metode. Podatke, zbrane z anketiranjem, smo analizirali in prikazali s pomočjo tabel in grafov.

2.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik je bil razvit za potrebe raziskave in je vključeval sedemnajst vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke o anketirancih (spol, starost, stopnjo izobrazbe, delovno dobo na področju fizioterapije, področje dela in trenutno zaposlitev – področje fizioterapije), drugi sklop vprašanj se je navezoval na poznavanje Kodeksa etike fizioterapevtov in splošno zavedanje o moralno-etičnih dilemah na delovnem mestu fizioterapevta. Vsa vprašanja (razen 15. vprašanja) so bila zaprtega tipa, dva pa sta vključevala vprašanje, kjer so anketiranci odgovarjali s pomočjo intervalne lestvice. Veljavnost vprašalnika smo zagotovili s tem, da smo anketni vprašalnik predhodno poskusno uporabili ter izpopolnili. Zanesljivost smo zagotovili z natančno, jasno in enopomensko zastavljenimi navodili, ki so jih prejeli udeleženci raziskave ob reševanju na spletu.

2.3 Opis vzorca

Raziskava temelji na neslučajnostnem priložnostnem vzorcu 106 zaposlenih fizioterapevtov iz različnih delovnih področij, od tega 95 žensk in 11 moških. Največji delež anketirancev predstavlja skupina z visokošolsko strokovno izobrazbo. V starostni skupini največji delež predstavlja skupina od 25 do 30 let. Največ anketiranih fizioterapevtov deluje na področju ortopedije (50 %), 11 % na področju fizioterapije starostnikov, 8 % na področju neurofizioterapije, 28 % na ostalih področjih fizioterapije, v različnih ambulantah, kjer se omenjena področja delovanja prepletajo.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Izvedeno je bilo anketno zbiranje podatkov po spletu s pomočjo odprtokodne aplikacija 1KA. Po zaključeni spletni anketi smo pregledali anketne vprašalnike, ki so bili ustrezno v celoti rešeni ter za nadaljnjo analizo uporabili pridobljene grafe in rezultate s spletne strani 1KA. Sledila je interpretacija rezultatov ter poglobljena analiza. Rezultate smo primerjali z obstoječo literaturo ter na koncu še povzeli zaključek raziskovalnega dela.

Pred začetkom izpolnjevanja anketnega vprašalnika so bili anketiranci seznanjeni z namenom raziskave, anonimnostjo, prostovoljstvom ter o zaupnosti pridobljenih podatkov.

3 Rezultati

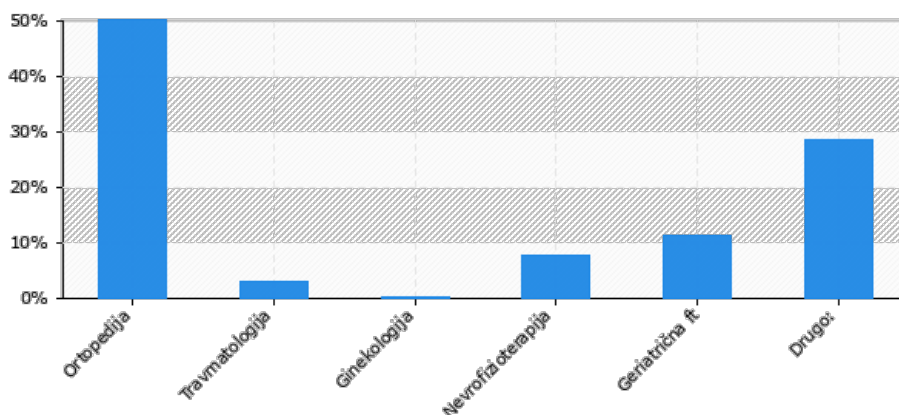
V raziskavi je sodelovalo 106 anketirancev, fizioterapevtov, ki so bili zaposleni na različnih delovnih mestih in različnih strokovnih področjih, v različnih zavodih.

Analiza podatkov nam je podala naslednje rezultate.

V raziskavi je sodelovalo 95 žensk in 11 moških. Največji delež anketirancev predstavlja skupina z visokošolsko strokovno izobrazbo. V starostni skupini največji delež predstavlja skupina od 25 do 30 let. Največ anketiranih fizioterapevtov deluje na področju ortopedije (50 %), 11 % na področju fizioterapije starostnikov, 8 % na področju nefrofizioterapije, 28 % na ostalih področjih fizioterapije, v različnih ambulantah, kjer se omenjena področja delovanja prepletajo.

Večina anketirancev (84 %) je imela visoko strokovno izobrazbo (1. stopnja), 6 % višješolsko, 15 % podiplomsko (2. stopnja), 1 anketiranka pa podiplomsko izobrazbo (3. stopnja). V povprečju so imeli 10 let delovne dobe, najmanj 1 leto in največ 37 let. Največ anketirancev (40 %) je pripadalo skupini od 0 do 4 let delovne dobe. Največ anketirancev (55 %) je bilo zaposlenih v ambulantni fizioterapiji, 18 % v hospitalu, ostali (17 %) pa v svojem delu kombinirajo ambulantno in hospitalno (oddelčno) fizioterapijo.

Graf 1: Področje dela – fizioterapija



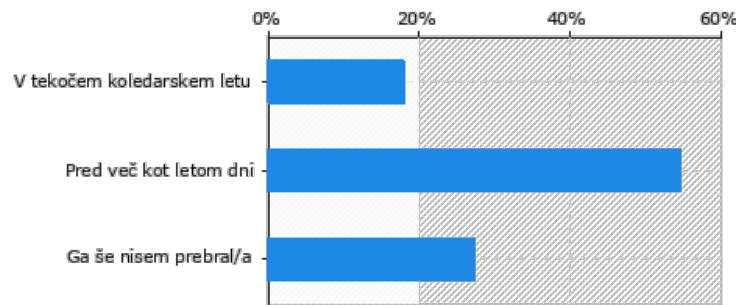
Vir: Lastni vir.

Kot je razvidno iz grafa 1, je največ anketiranih fizioterapevtov delovalo na področju ortopedije (50 %), 11 % na področju fizioterapije starostnikov, 8 % na področju nefrofizioterapije, 28 % pa na drugih področjih fizioterapije, največ v različnih ambulantah, kjer se omenjena področja delovanja prepletajo.

Na vprašanje, ali anketiranci poznajo Kodeks etike fizioterapevtov, je 80 anketirancev (75 %) odgovorilo pritrdilno, 26 anketirancev (25 %) pa kodeksa ni poznalo.

Od 80 anketirancev, ki je kodeks etike poznalo, je na vprašanje, o številu načel omenjenega kodeksa, pravilno odgovorilo 46 (58 %) fizioterapevtov, napačno pa 34 (42 %).

Graf 2: Zadnje branje kodeksa

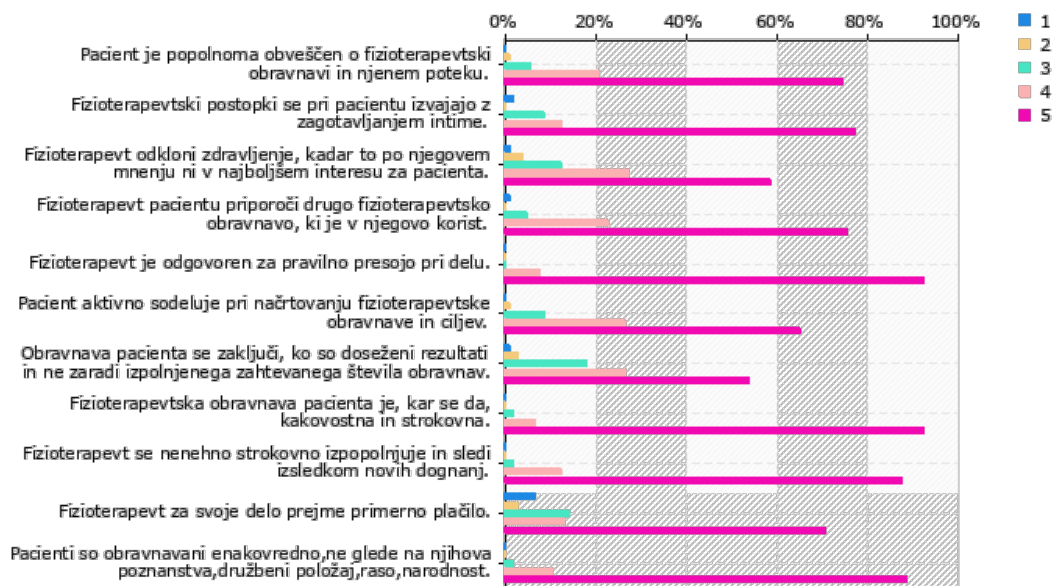


Vir: Lastni vir.

Kodeks etike fizioterapevtov je prebralo 77 (73 %) anketirancev, 19 (18 %) v zadnjem letu, 58 (55 %) pa pred več kot letom dni. 29 (27 %) anketirancev kodeksa še nikoli ni prebralo, kar je razvidno iz grafa 2.

Z etičnimi dilemami se pri svojem delu srečuje 77 (73 %) vseh anketirancev.

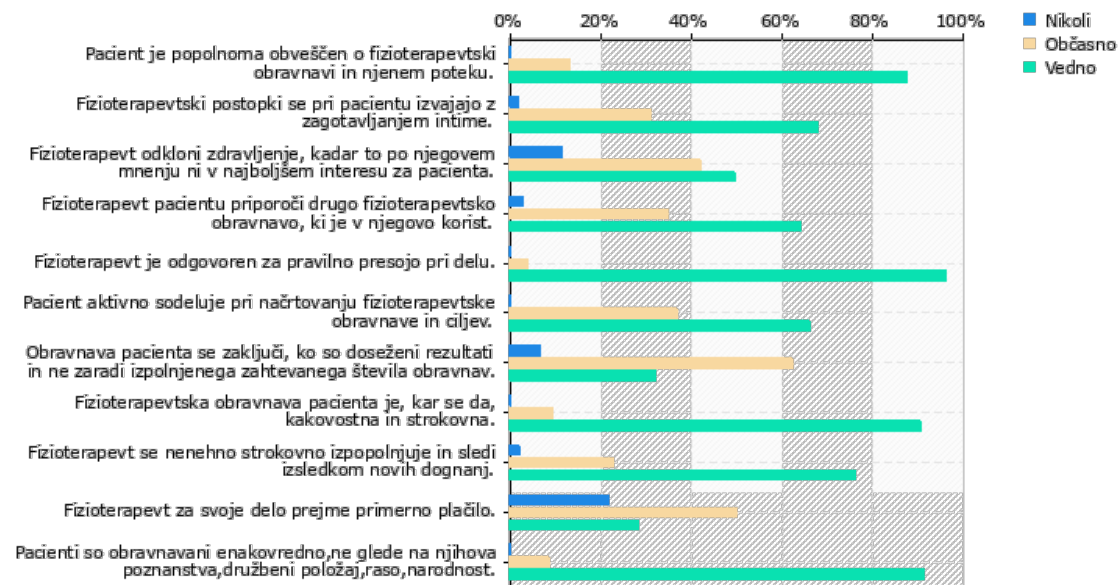
Graf 3: Ocena pomembnosti trditev



Vir: Lastni vir.

Iz grafa 3 je razvidno, da se 92 % anketirancev strinja s trditvama, da je fizioterapevt odgovoren za pravilno presojo pri delu in da mora biti fizioterapevtska obravnava pacienta kar se da kakovostna in strokovna. 89 % anketirancev je z »zelo pomembno« označilo trditev, da so pacienti obravnavani enakovredno, ne glede na njihova poznanstva, družbeni položaj, raso in narodnost, 87 % pa se zdi zelo pomembno fizioterapevtovo nenehno strokovno izpopolnjevanje.

Graf 4: Upoštevanje etičnih načel



Vir: Lastni vir.

Graf 4 prikazuje, kako pogosto anketiranci pri svojem delu upoštevajo posamezna načela kodeksa etike.

Kar 96 % anketirancev se je strinjalo s trditvijo, da je fizioterapevt vedno odgovoren za pravilno presojo pri delu, 91 % pa, da je obravnava pacienta vedno kakovostna in strokovna. 92 % jih vedno, 8 % pa občasno enakovredno obravnava paciente, ne glede na njihova poznanstva, družbeni položaj, raso in narodnost. 87 % anketiranim se zdi pomembno, da je pacient vedno popolnoma obveščen o fizioterapevtski obravnavi in njenem poteku, 67 % pa, da pacient vedno tudi aktivno sodeluje pri načrtovanju obravnave in določanju ciljev. 76 % vprašanih se redno strokovno izpopolnjuje in sledi izsledkom novih dognanj, 23 % jih to počne občasno. Le 62 % fizioterapevtov pacientu priporoči drugo obravnavo, ko je ta v njegovo korist, in samo 47 % fizioterapevtov odkloni zdravljenje, kadar to po njihovem mnenju ni najbolje za pacienta ter 31 % anketiranih meni, da naj se obravnava zaključi, ko so doseženi rezultati in ne ob izpolnjenem številu obravnav. Le 22 % anketiranih fizioterapevtov meni, da za svoje delo ne prejemajo primerne plačila.

Pri vprašanju, kako pogosto se pri obravnavi pacientov anketirani srečujejo z etično dilemo, je 27 % odgovorilo nikoli, dnevno 7 %, 10 % se z etično dilemo sreča tedensko, 33 % mesečno in redko 23 % anketirancev.

Najpogostejše etične težave, s katerimi se anketiranci srečujejo, se največkrat, v kar 53 %, nanašajo na finančna vprašanja, pogosto pa tudi na strokovnost (47 %) ter enakost in pravičnost (34 %). 2 anketiranci na to vprašanje nista odgovorila. Tri najpogostejše etične dileme, s katerimi se srečujejo anketiranci, so dolžina fizioterapevtske obravnave in razpoložljiv čas za obravnavo pacienta, plačilo fizioterapevta za opravljeno delo ter enakovredna obravnava pacientov.

Kar 56 (53 %) anketirancev bi bilo pripravljenih prijaviti svojega kolega in poročati nadrejenim o kršitvi kodeksa etike, ki bi mu bili priča. 47 (44 %) tega ne bi storilo. 3 anketiranci na to vprašanje niso želeli odgovoriti.

4 Razprava

Cilj raziskave je bil ugotoviti upoštevanje etike in njenih načel v praksi fizioterapije. Predpostavljali smo, da Kodeks etike fizioterapije Slovenije poznajo prav vsi anketirani in delujejo v skladu z etičnimi načeli, česar z raziskavo nismo potrdili, saj 27 % fizioterapevtov kodeksa nikoli ni prebralo, kar nas je zelo presenetilo. Pri preverjanju poznavanja števila etičnih načel v Kodeksu etike fizioterapevtov Slovenije je 58 % fizioterapevtov izbralo pravilni odgovor, da ima kodeks etike 8 etičnih načel, 42 % pa se jih je odločilo za enega izmed napačnih odgovorov. 55 % vprašanih je kodeks nazadnje prebralo pred več kot letom dni, 27 % pa kodeksa sploh še nikoli ni prebralo.

Dobili smo odgovor, da se večina (73 %) vprašanih fizioterapevtov pri svojem delu srečuje z etičnimi dilemami in vprašanji, največ pa se jih z etičnimi dilemami srečuje enkrat mesečno (33 %), kar je redkeje, kot poroča raziskava s Finske, kjer so avtorice raziskave Kulju, Suhonen in Leino - Kilpi (2013) ugotovile, da se fizioterapevti pri svojem delu z etičnimi dilemami večinoma srečujejo tedensko. Glede na dobljen rezultat bi bilo smiselno poglobiti znanje s področja etike v fizioterapiji, saj kot pravita Carpenter in Richardson (2008), lahko zaradi pomanjkljivega znanja, etičnih dilem v praksi tudi ne prepoznamo. Potrebo po dodatnem znanju s področja etike kaže tudi podatek, da četrtnina anketirancev Kodeksa etike fizioterapevtov Slovenije sploh ne pozna.

Zanimalo nas je tudi, katera načela kodeksa etike fizioterapevtov se fizioterapevtom v Sloveniji zdijo najbolj pomembna. Ugotovili smo, da so anketirani fizioterapevti kot najbolj pomembni ocenili dve trditvi, in sicer »fizioterapevt je odgovoren za pravilno presojo pri delu« ter trditev »fizioterapevska obravnava pacienta je, kar se da, kakovostna in strokovna.« Pri obeh navedenih trditvah je 92 % anketiranih izbralo odgovor, ki pravi, da je navedena trditev po njihovem subjektivnem mnenju zelo pomembna. 89 % vprašanih meni, da je zelo pomembna tudi enakovredna obravnava pacienta, ne glede na njihova poznanstva, družbeni položaj, raso, narodnost ... Visoko ocenjen delež pomembnosti je zbrala tudi trditev, da se »fizioterapevt nenehno strokovno izpopolnjuje in sledi izsledkom novih dognanj«, saj jo je kot zelo pomembno izbralo 87 % anketiranih. Kot najmanj pomembno so anketirani ocenili trditev, da je fizioterapevt za svoje delo ustrezno plačan.

Anketiranci pri svojem delu vedno upoštevajo zavedanje, da so oni kot fizioterapevti odgovorni za pravilno presojo pri delu, kar se da kakovostno in strokovno obravnavo pacienta, za obveščenost pacienta o popolni fizioterapevtski obravnavi in njenem poteku ter enakovredno obravnavo pacienta, ne glede na njegova poznanstva, družbeni položaj, raso, narodnost ... Ugotovili smo, da zaradi različnih razlogov vsi ne delujejo vedno tako, kot bi morali, saj 10 % vprašanih nikoli ne odkloni zdravljenja pacienta, kadar to po njihovem mnenju ni v interesu za pacienta. Pomanjkljivost v etičnem delovanju na področju fizioterapije smo opazili tudi pri zaključevanju obravnave, saj 62 % obravnavo pacienta zaključí, ko so doseženi rezultati in ne samo zaradi doseženega zahtevanega števila obravnav. Iz rezultatov ponovno razberemo, da 22 % fizioterapevtov meni, da za svoje delo nikoli niso ustrezno plačani.

Kulju, Suhonen in Leino - Kilpi (2013) so zapisali, da se fizioterapevti najpogosteje srečujejo z etičnimi težavami v obliki finančnih vprašanj, kar je potrdila tudi naša raziskava, saj se 53 % anketiranih srečuje z etičnimi težavami na področju finančnih vprašanj, sledijo etična vprašanja s področja strokovnosti v 47 %. Anketirani fizioterapevti so sami poudarili etične dileme, s katerimi se srečujejo, kjer se je največkrat ponovila etična dilema s področja dolžine fizioterapevtske obravnave in razpoložljivega časa za obravnavo pacienta. Ustrezno dolžino fizioterapevtske obravnave navajajo kot problematično tudi Hudon, Drolet, Williams - Jones (2015), saj navajajo, da ima ta vpliv na kakovost pacientove obravnave. Zaskrbljujoč je

fizioterapevtske obravnave navajajo kot problematično tudi Hudon, Drolet, Williams - Jones (2015), saj navajajo, da ima ta vpliv na kakovost pacientove obravnave. Zaskrbljujoč je podatek, da samo 31 % vprašanih fizioterapevtov dejansko zaključi fizioterapevtsko obravnavo pacienta, ko je dosežen željen cilj ali zeleno končno stanje. Ugotovili smo etično vprašanje na področju plačila fizioterapevta, ki ga prejme za svoje delo. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije namreč v 6. etičnem načelu pravi, da fizioterapevt »prejme pravično in pošteno plačilo za svoje delo«. Tretja najpogosteje izpostavljena etična dilema pa je bila enakovredna obravnava pacientov, za katero Jones (2010) meni, da je treba te moralne napake obravnavati ter odpravljati razlike, do katerih prihaja zaradi rase, etnične pripadnosti ali socialno-ekonomskega statusa. V raziskavi smo ugotovili, da je velika večina anketiranih fizioterapevtov (92 %) pri svojem delu vedno pozorna na to, da so vsi pacienti obravnavani enakovredno, ne glede na njihova poznanstva, družbeni status, premoženje raso itn. Ta podatek je zelo spodbuden.

Za razliko od študije, v kateri so anketirali izraelske študente fizioterapije, kjer so ugotovili, da bi jih 90 % bilo pripravljeno poročati ugotovljene nepravilnosti zdravstveni organizaciji (Mansbach, Bachner in Melzer, 2010), so rezultati naše raziskave pokazali neenotnost med vprašanimi, saj bi 53 % anketirancev prijavilo svojega kolega nadrejenim, 44 % pa tega ne bi storilo. Pri izraelskih študentih je bil odstotek verjetnosti prijave drugim organom višji, v naši raziskavi se je le 31 % anketiranih odločilo, da kolega, ki bi storil etično nepravilnost, ne bi prijavili višjim organom, kot so policija, strokovna organizacija ali mediji.

Ko naletimo na etično dilemo, je situacija lahko stresna za vse sodelujoče. Spopadanje z etičnimi vprašanji pogosto zahteva veliko izkušenj zdravstvenih delavcev. Pri spopadanju in reševanju dilem imajo lahko negativni vpliv negotov izid rehabilitacije, čustvene reakcije prizadetih in tudi socialni pritiski (Barnitt in Partridge, 1997 v Lukšič Gorjanc, 2017).

Kot pravijo Edwards, Braunack - Mayer in Jones (2005) in Richardson (2015) pa poznavanje etičnih teorij strokovnjakom na različnih področjih pomaga, da etična vprašanja bolje prepoznajo in ovrednotijo.

5 Sklep

Raziskave smo se lotili predvsem zato, ker je etika na področju fizioterapije v slovenskem prostoru zelo slabo raziskana in podobnih raziskav ni objavljenih. Glede na dobljene rezultate lahko trdimo, da bi bilo smiselno poglobiti znanje s področja etike v fizioterapiji, morebiti bi bilo smiselno razmisliti o obveznih vsebinah za podaljšanje licence. O etiki, etičnih dilemah in reševanju etičnih problemov bi bilo treba tudi več govoriti, pisati in iskati možne rešitve posameznih situacij.

Slabost naše raziskave je majhen vzorec, zato rezultatov ne moremo posplošili, zagotovo pa je raziskava pomembno pripomogla k zavedanju o pomenu etike na področju fizioterapije. Smiselno bi bilo izvesti podobno raziskavo na večjem vzorcu in razširjenem vprašalniku.

LITERATURA

1. Blackmer, J. (2000). Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 32 (2), 51–55.
2. Carpenter, C. in Richardson, B. (2008). Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Physical Therapy Reviews*, 13 (5), 366–374.
3. Edwards, I., Braunack - Mayer, A. in Jones, M. (2005). Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in physiotherapy. *Physiotherapy*, 91 (4), 229–236.

4. Finley, C. (1994). Gift-giving or influence peddling: can you tell the difference?. *Physical therapy*, 74 (2), 143–147.
5. Hudon, A., Drolet, M. J. in Williams - Jones, B. (2015). Ethical issues raised by private practice physiotherapy are more diverse than first meets the eye: recommendations from a literature review. *Physiother Can*, 67 (2), 124–132.
6. Jones, C. M. (2010). The moral problem of health disparities. *American journal of public health*, 100 (S1), S47–S51.
7. Jug, D. (2015). Etičnost razmišljanja in etika skrbi v zdravstveni negi. *Revija za Univerzalno Odličnost*, 4 (2), 47–55.
8. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije 2002. Uradni list Republike Slovenije št. 6.
9. Kos, N. (2018). Etične dileme pri določanju ciljev v rehabilitaciji. *Rehabilitacija*, 17 (1), 29–32.
10. Kulju, K., Suhonen, R. in Leino - Kilpi, H. (2013). Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: a descriptive study. *Nursing Ethics*, 20 (5), 568–577.
11. Lukšič Gorjanc, M. (2015). Etične dileme pri obravnavi v zdravilišču. 16 (1), 83. https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2017_S1_p081-083.pdf (8. 4. 2021).
12. Mauk, K. L. (2011). Ethical perspectives on self-neglect among older adults. *Rehabil Nurs.*, 36 (2), 60–65.
13. Mansbach, A., Bachner, Y. G. in Melzer, I. (2010). Physical therapy students' willingness to report misconduct to protect the patient's interests. *Journal of medical ethics*, 36 (12), 802–805.
14. Mlinšek, A. (2012). Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za Univerzalno Odličnost*, 1 (1), 20–29.
15. Naka, S. in Kvas, A. (2004). Razvoj vrednot in načelo pravičnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (4), 305–312.
16. Ovijač, D. (2012). Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (4), 297–301.
17. Praestegaard, J. in Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy—Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy theory and practice*, 29 (2), 96–112.
18. Prebil, A., Mohar, P. in Fink, A. (2011). *Etika in zakonodaja v zdravstvu, učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer založba, d. o. o.
19. Puh, U., Zupanc, A. in Hlebš, S. (2015). Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso-merila pričakovane kakovosti. *Rehabilitacija*, 14, 25–32.
20. Puh, U. in Hlebš, S. (2017). Etične dileme in vprašanja v fizioterapiji. *Rehabilitacija*, 16 (1), 26–35.
21. Richardson, R. W. (2015). Ethical issues in physical therapy. *Curr Rev Musculoskelet Med.*, 8 (2), 118–121.
22. Söderhamn, U. H., Tofte, K. in Åshild, S. (2015). Evaluation of ethical reflections in community healthcare: A mixed-methods study. *Nursing Ethics* 22 (2). Dosegljivo na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014524762> (7. 4. 2021).
23. SSKJ: <https://fran.si/iskanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=etika> (1. 11. 2020).
24. Stein, J. (2012). Ethical issues in inpatient rehabilitation length of stay determination. *Top Stroke Rehabil.*, 19 (1), 86–92.
25. Zakon o pacientovih pravicah (2008). Uradni list Republika Slovenija št. 15.

Telesna pripravljenost pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19

KLJUČNE BESEDE: gibanje, otroci, študentje, telesna pripravljenost, covid-19

POVZETEK - V času epidemije je možnost telesne dejavnosti in ukvarjanja s športom omejena, kar lahko vpliva na zmanjšano telesno pripravljenost oseb. Telesna pripravljenost se navezuje na z zdravjem povezano telesno pripravljenost, ki obsega kardiorespiratorno funkcijo, telesno zgradbo, mišično zmogljivost in gibljivost ter z gibalno učinkovitostjo povezano telesno pripravljenost, ki med drugim obsega ravnotežje in koordinacijo. V raziskavo so bili vključeni otroci med 8. in 13. letom starosti ter študenti med 19. in 24. letom starosti. Ciljna populacija je bila izbrana na podlagi tega, da sta obe starostni skupini še vključeni v šolski sistem. Zaradi nastale situacije s covidom-19 se je šolanje preselilo v domače okolje. Otroci in študentje se tako zaradi pomanjkanja časa, zmanjšanja možnosti za izvajanje telesnih dejavnosti oz. aktivnosti, nedostopnosti pripomočkov za vadbo v domačem okolju in nizke motivacije gibajo manj. Namen raziskave je bil ugotoviti raven telesne pripravljenosti pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19.

KEYWORDS: movement, children, students, physical fitness, COVID-19

ABSTRACT - In the time of COVID-19 epidemic, there is less opportunity for physical activity, which can have negative consequences for well being and physical preparation. There is a strong correlation between good physical conditioning and health. Poor physical shape can influence cardiovascular system, muscular strength, flexibility, coordination and balance. The conducted research included subjects from 8 to 13 years of age and students age 19 to 24 years old. Subjects were chosen based on the fact that both groups are included in the public educational system in Slovenia. Because of COVID-19, both research groups were homeschooled. Kids and students decreased their time of physical activity, because they had less opportunity to be physically active, did not have the right equipment and were less motivated. The purpose of this study is to evaluate physical preparation of subjects 8 to 13 and subjects 19 to 24 years of age during COVID-19 epidemic.

1 Teoretična izhodišča

Čas epidemije covid-19 je prinesel spremembe na mnogih področjih in eno od teh je tudi telesna aktivnost. Možnosti ukvarjanja s športom na športnih igriščih je bila zaradi zaprtja igrišč onemogočena, razne organizirane vadbe so bile prekinjene, fitnesi in vadbene centri pa so zaprli svoja vrata. Prav tako je bilo gibanje omejeno na občine, kar je marsikoga prikrajšalo športnih aktivnosti, ki so jih prej opravljali v drugih občinah ali celo regijah. Ljudem je motivacija zelo upadla. Nekateri so se situaciji prilagodili in si našli različne aktivnosti, s katerimi so si zapolnili dan, pri mnogih pa temu ni bilo tako. Poleg vsega naštetega pa se je tudi šolanje preselilo v domače okolje, kar je ljudi sililo v še več sedenja v domačih, velikokrat neergonomskih pisarnah oziroma v neprimernih delovnih prostorih. Našteta dejstva bi lahko bila vzrok za zmanjšanje telesne aktivnosti in posledično telesne pripravljenosti pri otrocih in študentih, saj sta obe starostni skupini vključeni v šolski izobraževalni sistem in obliko izobraževanja na daljavo.

2 Pomen zadostnega gibanja pri otrocih in mladih odraslih in vpliv covid-19

Razlogov za redno telesno aktivnost pri otrocih in mladih odraslih je zelo veliko. Glavni razlog je vpliv na zdravje. Starci in drugi v Letnem poročilu o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2016/2017 (2017) navajajo, da je pri preiskovancih v zadnjem desetletju moč opaziti obolenja, povezana s pomanjkanjem gibanja, ki so sicer značilna za starejšo generacijo. To so na primer sladkorna bolezen, osteoporoza, povišan krvni tlak, povišan LDL holesterol in drugo (Starc idr., 2017). Klak, Geber, Kirov idr. (1999) pa navajajo, da so pri svojih preiskovancih, ki so bili prav tako kot v zgoraj omenjeni raziskavi otroci in mladi odrasli, opazili povečane motnje spanja. Opazna je tudi prisotnost anksioznosti, depresije ter drugih psiholoških motenj (Hassmen, Koivula in Uutela, 2000, str. 17–25) in slabša koncentracija med učenjem (Chaddock - Heyman, Hillman, Cohen in Kramer, 2014, str. 25–80). Otrokov razvoj poteka na gibalni, spoznavni, čustveni in socialni ravni. Povedano drugače, gre za celosten razvoj otroka, ki se ne tiče le samih športnih aktivnosti. S tem, ko medsebojno vplivamo na vsa ta področja razvoja otroka, pridobivamo in poglobljamo njegova znanja in spretnosti ter razvijamo gibalne sposobnosti (Kociper, 2007). V letih med 1990 in 2000 se je povečal delež prekomerno debelih otrok, posebno pri otrocih med 8. in 13. letom. Prav v teh letih je bil najbolj močno povišan delež prekomerno debelih pri deklicah, pri fantih pa so bila to leta med 9. in 14. letom. Okoli 20. leta starosti se je pri deklicah opazil trend drastičnega zmanjšanja telesne teže, kar je najbrž tudi posledica želje po ugajanju okolici, odraščanja ipd. (Strel, Kovač, Rogelj, Leskovšek, Jurak, Starc idr., 2003). Ta trend je po letu 2010 nehal naraščati oziroma je celo upadel. V zadnjem letu, ko so bili otroci izpostavljeni omejitvi gibanja, je odstotek prekomerne debelosti pri otrocih spet zelo poskočil. Pri več kot polovici otrok je prišlo do negativnega trenda, torej se je pri njih delež podkožnega maščevja povečal (SLOfit, 2020). Vsako obdobje v človeškem razvoju prinaša spremembe na področju razvoja. V drugi in tretji stopnji, ki zajemata otroke med 6. in 15. letom, pride do sprememb v hitrem razvoju možganske skorje, kar se kaže kot hiter razvoj koordinacije gibanja in uspešnejše učenje gibalnih vzorcev (Mišigoj - Duraković, 1999). Nastaja tudi široka baza raznovrstnih gibalnih izkušenj. Pojavlja se odklanjanje športne aktivnosti, gibalni vzorci se porušijo in prihaja do stagnacije v gibalnem razvoju. Gre sicer za normalen pojav, ki ga otroci včasih težko »dojamejo« (Horvat, 1994; Dolenc, 2001). V tretji fazi pride v ospredje predvsem tudi osebnostni razvoj, kamor sodi tudi posameznikov interes in odnos do gibalne aktivnosti. To je tudi najbolj primerno obdobje, da se otrok specializira za specifične športe (Dolenc, 2001).

2.1 Predklon na klopici

Predklon na klopici nam daje podatek o gibljivosti spodnjega dela hrbtenice in kolčnih sklepov ter prožnosti zadnjih stegenskih mišic in mišic ledvene hrbtenice. Nizke vrednosti te merske naloge lahko kažejo na prekratke zadnje stegenske mišice, kar predstavlja povišano tveganje za poškodbe pri sunkovitih gibih nog ter nezmožnost izvajanja gibanj nog s celotno amplitudo, ali na zmanjšano gibljivost spodnjega dela hrbtenice. Grobo merilo ustrezne gibljivosti nog in spodnjega dela hrbtenice je sposobnost, da smo se ob stegnjenih nogah sposobni s prsti rok dotakniti prstov nog. Rezultat lahko izboljšamo z izvajanjem razteznih vaj (SLOfit, b. d.). Za izvedbo testa potrebujemo klop, ki je visoka 40 cm, na to klop pa pritrdimo 80 cm dolgo leseno merilo, ki sega do tal. Testiranec izvede predklon in pri tem kar se da globoko potisne deščico, ki jo merilec drži ob lesenem merilu. Ocenjevalec mora biti pozoren, da ima testiranec ves čas iztegnjene noge v kolenih. Naloge ne sme izvajati s sunkom ali zamahom, v končnem položaju mora ostati vsaj 2 sekundi. Testiranec test ponovi dvakrat, upošteva se boljši rezultat (Tušek in Bratkovič, 2019).

2.2 Trojni enonožni skok

Testi skoka se pogosto uporabljajo za oceno dinamične mišične stabilnosti, živčno-mišičnega nadzora in moči spodnjega uda zaradi praktičnosti, minimalne potrebe po opremi in časa izvedbe. Testi so dobro presejalno orodje za ugotavljanje, katere osebe bodo v prihodnosti imele težave s poškodbami kolena. Test trojnega skoka, niti na splošno testi skoka niso primerni kot edino ocenjevalno orodje za določanje vrnitve v športno aktivnost. To se vedno ugotavlja na podlagi več različnih funkcijskih testov in meritev, ki obsegajo teste mišične moči, vzdržljivosti in gibljivosti (Samide in Živic, 2020, str. 67). Preizkus se izvede tako, da se opravi tri zaporedne enonožne skoke, ne da bi vmes izgubili ravnotežje. Pristanek mora biti trd in stabilen, predvsem mora testiranec ostati na eni nogi še vsaj 2 sekundi po končanih skokih. Razdalja se meri od startne črte do pete pristajalne noge. Cilj, ki ga želimo, da ga testiranec doseže, je vsaj 90-odstotna enakost med rezultatom testa leve in desne noge, saj to kaže na bistveno manjšo možnost za nastanek nove poškodbe. Trojni enonožni skok se uporablja tudi pri osebah po poškodbi sprednje križne vezi (ACL) v primeru konzervativnega ali operativnega zdravljenja. Poleg kvantitativne ocene skoka bi bilo potrebno podati tudi oceno kakovosti mehanike vzleta in pristanka. Vendar se ta test ne uporablja za samostojno oceno pri vrnitvi v šport, zato ne moremo z gotovostjo reči, da možnosti za poškodbo kljub zelo dobro opravljenemu testu ni (Sawle, Freeman in Marsden, 2017).

2.3 Globoki počep

Globoki počep ima mnogo pozitivnih učinkov na telo. Vpliv ima na mobilnost gležnja. Omenjena motnja v funkcionalnosti gležnja je pogosto posledica pronacije stopala, slabe drže, tekaškega kolena ipd. Posledično pride do slabše prožnosti mišic meč in ahilove tetive. Globoki počep zahteva, da imamo pete v stalnem, dobrem stiku s podlago. Obremenjeni so tudi fleksorji kolka, ki so pomembni za vzdrževanje pravilnega položaja medenice (Bishop, Edwards in Turner, 2016). Osebe, ki imajo šibke obkolčne mišice, prepoznamo po značilni hoji navznoter. Globoki počep vpliva tudi na lajšanje bolečine v križu, ker izboljša položaj medenice – zvrne se nazaj, kar pomeni, da se hrbtenica »podaljša«. Globoki počep je najbolj znan po tem, da si z njim zelo učinkovito krepimo mišico gluteus maximus. Po navadi se pri tej vaji uporablja tudi uteži (Sikošek, 2020). V primeru, da ima testiranec slabo ravnotežje, bo ob izvajanju testa letga izgubil in padel na tla. Testiranec začne stoje z nogami približno v širini ramen s palico nad glavo, medtem ko ima komolce iztegnjene (slika 1). Nato se spusti čim globlje v počep, pri tem poskuša ohraniti pokončen trup, pete na tleh in palico potisnjeno nad glavo. Spuščen položaj ohrani eno sekundo, preden se vrne v začetni položaj. Če ocena 3 ni bila dosežena (slika 3), testiranec nadaljuje z enakim testom s palico pod peto. Če testiranec uspešno opravi gib, prejme oceno 2 (slika 2). Če testiranec globokega počepa ne more izvesti, dobi oceno 1. Presojanje vedno opravi isti ocenjevalec. Udeleženci imajo na voljo tri poskuse, zabeleži pa se njihov najboljši poskus (Sever, b. d.).

Slika 1: Izhodiščni položaj Slika 2: Ocena 2



Vir: Osebni arhiv.



Vir: Osebni arhiv.

Slika 3: Ocena 3

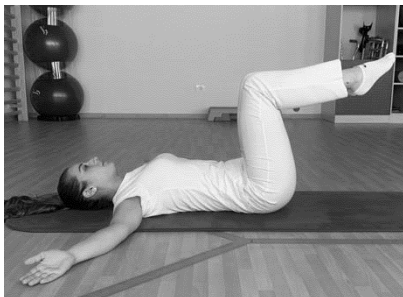


Vir: Osebni arhiv.

2.4 Rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice

Test je namenjen predvsem ugotavljanju prožnosti mišic rotatorjev trupa ter mišic ledvene hrbtenice, saj nam te omogočajo kontrolirano in nadzorovano gibanje. Slabo izveden test lahko kaže na večje tveganje za razvoj bolečine v lumbalni hrbtenici in večjo podvrženost raznim poškodbam, ki bi lahko nastale ob sunkovitih rotacijskih gibih ali obremenitvah, na katere okolno mišičje in vretenca ne bi bili pripravljena. Če slednji test redno izvajamo kot terapevtsko vajo, lahko z njo dosežemo izboljšano gibljivost v ledveni hrbtenici in sakroiliakalnem sklepu. Hkrati lahko krepimo mišice spodnjega dela hrbta, prsne hrbtenice, prsnega koša in m. gluteus maximus. Pomembno je poudariti, da kadar se test izvaja ob prisotnosti bolečine v križu, razteg vedno izvajamo v smeri bolečine. Medtem zadnjične mišice raztezamo v nasprotni smeri. Torej ob nagibu nog v desno bomo raztegovali leve gluteuse (Physiorehab, b. d.). Za primarne rotatorje ledvene hrbtenice veljajo m. erector spinae in m. semispinalis. Za sekundarne pa m. multifidus, m. psoas major in m. quadratus lumborum. Test za preverjanje rotacijske gibljivosti smo izvedli tako, da je testiranec legel na hrbet. Roke je odročil, kolke in kolena pokrčil na 90° (slika 4). Nato je v tem položaju začel počasi zvrčati noge najprej v eno stran, pri tem pa smo opazovali, ali se je nasprotna rama dvignila od podlage in ali se je s koleni dotaknil tal. Položaj je obdržal 2–5 sekund in se potem vrnil v izhodiščni položaj. Enako je bil test izveden za drugo stran. Minimalna ocena, ki jo je testiranec lahko dobil, je bila 1. Ta bi bila dodeljena testirancu, ki zaradi kroničnih bolečin v hrbtenici testa sploh ne bi mogel izvesti. Pri oceni 2 se je testirancu ob rotaciji nasprotna rama dvignila od podlage, prav tako s koleni ni uspel priti do tal (slika 5). Najvišja ocena je bila 3. To oceno so dobili testiranci, ki so se brez težav s koleni dotaknili tal, prav tako je nasprotna rama ostala v stiku s podlago (slika 6) (Sever, b. d.). Pri izvajanju testa testirancu ne pomagamo s pasivnim gibom, saj je potrebno upoštevati, da je cilj gibanje nadzorovati in ga ne povečevati. To je kritična točka, ki mora biti testirancu pojasnjena (Gray, 2017).

Slika 4: Izhodiščni položaj



Vir: Osebni arhiv.

Slika 5: Ocena 2



Vir: Osebni arhiv.

Slika 6: Ocena 3



Vir: Osebni arhiv.

2.5 Rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice

Test rotacijske stabilnosti vključuje zapleteno gibanje, ki zahteva pravilno živčno-mišično koordinacijo in prenos energije iz enega dela telesa v drugega skozi trup. Vključen je v sistem sedmih funkcionalnih testov (FMS – The Functional Movement Screen). FMS je orodje, ki se uporablja za ugotavljanje asimetrije, ki ima za posledico funkcionalne pomanjkljivosti gibanja (Cook, Burton, Hoogenboom in Voight, 2014). Namen tega je opazovati stabilnost medenice, jedra oz. trupa in ramenskega obroča v več ravninah, medtem ko hkrati izvajamo gibanje zgornjih in spodnjih okončin. Sposobnost izvedbe testa rotacijske stabilnosti zahteva asimetrično stabilnost trupa v sagitalni in horizontalni ravnini med asimetričnim gibanjem zgornjih in spodnjih okončin. Številne funkcionalne dejavnosti zahtevajo, da stabilizatorji trupa asimetrično prenašajo silo iz spodnjih okončin na zgornje okončine in obratno. Tek, igranje nogometa, premikanje in prenašanje težke opreme ali predmetov so primeri tovrstnega prenosa

energije. Če trup nima ustrezne stabilnosti med temi aktivnostmi, bo kinetična energija razpršena, kar bo povzročilo slabo zmogljivost, večja pa bo tudi možnost poškodb (Cook in Burton, b. d.). Pogosto se srečujemo s slabo izvedenimi testi rotacijske stabilnosti. Omejene zmogljivosti med testom lahko pripišemo slabi refleksni stabilizaciji trupa in jedra. Slabo izvedbo testa lahko povzroči slaba stabilnost lopatice in kolka, omejena gibljivost kolen, hrbtenice in ramen pa lahko zmanjša sposobnost izvajanja celotnega vzorca, kar vodi k slabemu rezultatu (Rippel, 2015). Sposobnost rotacijske stabilnosti nam omogoča ustrezno in uspešno soočanje z zunanjimi silami. Pri testu ohranjamo ravnotežje in stabilen položaj, hkrati pa uspešno in natančno koordiniramo gibanje rok in nog. Prvi poskus so testiranci izvedli na vseh štirih (slika 7), kjer so se poskušali križno dotakniti kolena s komolcem (slika 8) in pri tem ne izgubiti ravnotežja. Potem so iz enakega izhodiščnega položaja iztegnili roko in nasprotno nogo (slika 9). Oceno 1 je testiranec prejel, če zaradi kronične bolečine ali poškodbe testa ni mogel izvesti. Če je pri gibu izgubljal ravnotežje, je prejel oceno 2. Če je test suvereno izvedel na obeh straneh, brez večje izgube ravnotežja, je dobil oceno 3. Kdor je prvi poskus uspešno opravil, je potem poskusil test opraviti še tako, da so bili v stiku s tlemi le dlani in stopala (slika 10). Ponovno se je moral križno dotakniti kolena s komolcem (slika 11) ter nato roko in nogo iztegniti (slika 12). Če je pri tem izgubljal ravnotežje, vajo na eni izmed strani izvedel precej slabše ali če noge ni zmožal držati vodoravno, je dobil oceno 4. V primeru, da je bil gib suvereno izveden, brez izgube ravnotežja, na obeh straneh in je tudi nogo uspešno zadržal v iztegnjenem položaju, pa je prejel oceno 5 (Sever, b. d.).

Slika 7: Izhodiščni položaj *Slika 8: Dotik koleno-komolec* *Slika 9: Iztegnjen položaj*



Vir: Osebni arhiv.



Vir: Osebni arhiv.



Vir: Osebni arhiv.

Slika 10: Izhodiščni položaj *Slika 11: Dotik koleno-komolec* *Slika 12: Iztegnjen položaj*



Vir: Osebni arhiv.



Vir: Osebni arhiv.



Vir: Osebni arhiv.

Namen raziskave je ugotoviti raven telesne pripravljenosti pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19 in tudi primerjava le-teh. Cilji raziskave so bili:

- s pregledom znanstvenih objav ugotoviti in proučiti problematiko upada telesne pripravljenosti pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19;
- ugotoviti raven telesne pripravljenosti otrok in študentov v času epidemije covid-19;
- primerjati raven telesne pripravljenosti med študenti in otroki ter
- oblikovati napotke za boljšo telesno pripravljenost.

3 Metode

Uporabili smo deskriptivno metodo zbiranja podatkov s tehniko merjenja gibljivosti z ocenjevalnimi testi.

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za ugotavljanje telesne pripravljenosti so testiranci izvedli 5 funkcijskih testov. Z izvedbo teh smo pri testirancih preverjali raztegljivost zadnjih stegenskih mišic, živčno-mišični nadzor in moč spodnjega uda, prožnost mišic rotatorjev trupa in mišic ledvene hrbtenice ter stabilnost medenice, trupa in ramenskega obroča. Izbrane funkcijske teste so izvajali otroci med 9. in 12. letom starosti ter študentje med 19. in 24. letom starosti, ki so bili vključeni v raziskavo. Otroci so teste opravili 12. 3. 2021 v šolski telovadnici in na igrišču Osnovne šole Trebnje, študentje študijske smeri Fizioterapija pa so teste izvedli 19., 23. in 25. 3. 2021 v telovadnih prostorih Univerze v Novem mestu na Rozmanovi ulici 18.

3.2 Opis instrumenta

Za ugotavljanje telesne pripravljenosti je bilo izbranih 5 funkcijskih testov, in sicer: globoki počep, trojni enonožni skok, predklon na klopci, test rotacijske stabilnosti ledvene hrbtenice in test rotacijske gibljivosti ledvene hrbtenice.

3.3 Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 36 otrok v starosti od 9 do 12 let, in sicer 22 fantov in 14 deklet, ter 37 študentov, starih med 19 in 24 let, in sicer 10 moških in 27 žensk. Starostni skupini sta bili izbrani na podlagi tega, da sta obe še vključeni v šolski izobraževalni sistem. Vsi otroci so obiskovali Osnovno šolo Trebnje, študentje pa so končali srednje splošno izobraževanje ali pa srednje strokovno in poklicno izobraževanje.

4 Rezultati – otroci

4.1 Predklon na klopci

S pregledovanjem rezultatov testiranja populacije osnovnih in srednjih šol iz šolskega leta 2014/2015 smo ugotovili, da je pri fantih v starostni skupini od 9 do 12 let v šolskem letu 2014/2015 dosežena povprečna vrednost pri predklonu 41,4 cm. Pri testiranju predklona pri fantih iste starostne skupine po 5-mesečnem neizvajanju športne vzgoje pa so ti dosegli povprečno vrednost $39,9 \pm 6$ cm. Pri dekletih za razliko od šolskega leta 2014/2015, ko je bila povprečna dosežena vrednost 46,9 cm, beležimo minimalen negativni trend. Dekleta so pri našem testiranju dosegla vrednost $46,7 \pm 6$ cm. S tem testom smo ugotavljali prožnost mišic ledvene hrbtenice in zadnjih stegenskih mišic. Glede na slabše rezultate predvidevamo, da gre za upad gibljivosti zaradi prekomernega sedenja in premalo gibanja (Starc, Strel, Kovač, Leskošek in Jurak, 2015).

4.2 Trojni enonožni test

Trojni enonožni test je test za oceno dinamične mišične stabilnosti, s katerim preverjamo moč spodnjih udov in stabilizatorjev trupa ter moč sprednje križne vezi. Ugotovili smo, da so imeli merjenci težave z ustavitvijo na koncu tretjega skoka. Predvidevamo, da je razlog za to slabo ravnotežje. Povprečni rezultat pri dekletih za desno nogo je $323,8 \pm 63$ cm, za levo nogo pa $319,4 \pm 60$ cm. Pri fantih je povprečni rezultat za desno nogo $363,1 \pm 70$ cm, za levo nogo pa $354,5 \pm 75$ cm. Prav tako tudi tukaj ne beležimo velikega odklona med udoma.

4.3 Globoki počep

Pri testu globokega počepa smo preverjali mobilnost gležnja, prožnost fleksorjev kolka, poravnavo ledvene hrbtenice in prožnost mišic prsne hrbtenice, rok in vratu. Samo 4,55 % testiranih fantov ni zmoglo narediti počepa, saj so pri tem izgubili ravnotežje. Tudi rok niso dvignili nad glavo. 45,45 % fantov je doseglo oceno dva. To pomeni, da so zmoгли narediti globoki počep, vendar s podlago pod peto. Večini je veliko težav predstavljal dvig rok nad glavo, kar so kompenzirali s tem, da so se usločili v prsni in vratni hrbtenici. 50 % fantov je doseglo oceno 3, kar pomeni, da so globoki počep izvedli brez težav. Vsa dekleta so zmoгла izvesti globoki počep. Od tega jih je 42,87 % naredilo globoki počep s podlago pod peto, ostala pa so počep izvedla brez pomoči. Pri več kot polovici otrok smo opazili, da sta se kolena v fazi počepa približevali, namesto oddaljevali. Predvidevamo, da je to posledica šibkih mišic kolka (m. gluteus minimus) in stegna (m. vastus medialis, m. semimembranosus, m. semitendinosus). V fazi spuščanja so stopala pogosto elevirali oziroma jih zvrčali navznoter. Težave pri dvigu rok nad glavo predstavljajo povečano togost v večini ali vseh naštetih mišicah: m. trapezius, m. latissimus dorsi, m. serratus anterior, m. rhomboideus major, m. rhomboideus minor, m. levator scapulae, m. coracobrachialis, m. pectoralis major, m. deltoideus in m. biceps brachii.

Tabela 1: Rezultati testa – globoki počep

Globoki počep (ocene)	Dekleta (%)	Fantje (%)
1	0	4,55
2	42,87	45,45
3	57,13	50,50

4.4 Rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice

Test so opravili vsi testirani. 85,71 % testirank je rotacijo izvedlo, vendar se je pri tem rama dvignila od podlage, s kolena pa se niso dotaknile tal. Ta dekleta ob rotaciji trupa niso uspela zadržati kolen skupaj, kar bi lahko kazalo na povečan tonus abduktorjev kolka. Le 14,29 % testirank je test izvedlo popolno. Rameni sta ostali v stiku s podlago in koleno se je dotaknilo tal. Pri tem so ves čas ohranjale kot 90° v kolkih in kolenih. Predvidevamo, da slabo izveden test pri dekletih kaže na slabo gibljivost, predvsem v rotatorjih ledvene hrbtenice in trebušnih mišicah (m. obliquus externus abdominis, m. obliquus internus abdominis, m. transversus abdominis, m. quadratus lumborum). Delno bi na slabšo izvedbo testa lahko vplivala tudi zmanjšana gibljivost v m. pectoralis major, sprednjih vlaknih m. deltoideus, m. supraspinatus, m. subscapularis, abduktorjih kolka in hamstringih. Pri fantih je bil odklon manjši kot pri dekletih. 63,64 % fantov je test opravilo z oceno 2 in 36,36 % fantov z oceno 3.

Tabela 2: Rezultati testa – rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice

Rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice (ocene)	Dekleta (%)	Fantje (%)
1	0	0
2	85,71	63,64
3	14,29	36,36

4.5 Rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice

Test rotacijske stabilnosti ledvene hrbtenice je edini test, pri katerem smo za ocenjevanje uporabljali petstopenjsko lestvico. Vsi otroci so test lahko opravili. Le 7,14 % deklet in 4,55 % dečkov je test opravilo z oceno 2. To pomeni, da so se križno uspeli dotakniti kolen s komolcem, vendar so pri tem izgubljali ravnotežje. Oceno 3 je dobilo 21,43 % deklet in 27,27 % fantov, ki so gib lahko opravili brez izgube ravnotežja. Kompenziran položaj lahko kaže na slabe stabilizatorje trupa, mišic rok ter oblopatičnih mišic. Boljša moč stabilizatorjev trupa in rok se

je pokazala pri otrocih, ki so dosegli oceni 4 in 5. Oceno 4 je dobilo 50 % deklet in 40,91 % fantov. Pri tem gibu se opazi večja nestabilnost kot pri oceni 5, ki jo je doseglo 27,27 % fantov in 21,43 % deklet.

Tabela 3: Rezultati testa – rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice

<i>Rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice (ocene)</i>	<i>Dekleta (%)</i>	<i>Fantje (%)</i>
1	0	0
2	7,14	4,55
3	21,43	27,27
4	50,00	40,91
5	21,43	27,27

5 Rezultati – študenti

5.1 Predklon na klopici

S pregledom rezultatov testiranja iz šolskega leta 2014/2015 populacije osnovnih in srednjih šol smo ugotovili, da je pri fantih, ki so stari 19 let, povprečen rezultat pri predklonu na klopici 45,4 cm. Takrat so pri njih beležili 1,3-odstotni upad funkcionalnih sposobnosti v primerjavi s predhodnim letom. Pri naših meritvah so fantje dosegli povprečno vrednost $51,3 \pm 6$ cm. Ob primerjavi podatkov iz šolskega leta 2014/2015 ugotavljamo močan pozitiven trend pri naših testirancih, saj so dosegli skoraj 6 cm višjo vrednost. Primerjani podatki iz šolskega leta 2014/2015 so del splošne raziskave Fakultete za šport, kjer so primerjali rezultate ŠVK (Športnovzgojni karton) med slovenskimi osnovnimi in srednjimi šolami. Rezultati naših testirancev kažejo na dobro prožnost zadnjih stegenskih mišic in mišic lumbalne hrbtenice pri fleksiji trupa. V šolskem letu 2014/2015 so dekleta dosegla povprečno vrednost 51 cm, naše testiranke pa so dosegle vrednost $49,9 \pm 9$ cm. V šolskem letu 2014/2015 so beležili 0,3-odstotni upad sposobnosti, torej približno centimeter slabši rezultat naših testirank ta negativni trend še potrdi (Starc, Strel, Kovač, Leskošek in Jurak, 2015).

5.2 Trojni enonožni test

Pri tem testu smo ocenjevali sposobnost razvijanja hitre moči, hitrosti, ravnotežja in enonožne kontrole na razdalji, ki jo je posameznik dosegel (Knežević, 2016). Dekleta so pri testiranju za desno nogo dosegla povprečno vrednost $374,9 \pm 60$ cm, za levo nogo pa $375,6 \pm 75$ cm, kar predstavlja med obema udoma 0,7 cm razlike. To pomeni, da gre za več kot 90-odstotno usklajenost med spodnjima udoma. S primerjavo med udoma ocenjujemo simetrijo udov (Knežević, 2016). Med izvajanjem testiranja smo tako kot pri otrocih tudi pri študentih opazili, da med izvajanjem testa in tudi pri zadržanju položaja na koncu tretjega skoka težko ohranjajo ravnotežje. Sklepamo, da gre za slabšo moč mišic nog in tudi malo slabši odziv. Pri fantih so bili rezultati boljši, kar je najverjetneje odraz višje telesne višine in posledično daljših spodnjih udov. Povprečni rezultat pri fantih za desno nogo je $564,5 \pm 80$ cm, za levo nogo pa $557,4 \pm 85$ cm. Hamilton, Shultz, Schmitz in Perrin (2008, str. 144–151) v študiji z naslovom Razdalja trojnega enonožnega skoka kot veljaven napovednik moči spodnjih okončin navajajo povezavo med razdaljo pri trojnem enonožnem testu, višino navpičnega skoka in izokinetično močjo hamstringov in kvadricepsa. V raziskavo je bilo vključenih 20 atletov in 20 atletinj, starosti 20 let $\pm 1,4$ leta.

5.3 Globoki počep

90 % fantov je doseglo oceno 3, kar pomeni, da so globoki počep s palico izvedli z rokami nad glavo, ravnim hrbtom in prišli do globokega počepa. Pri tem niso izgubili ravnotežja, težo so ohranili na celih stopalih. Le eden je dosegel vrednost 2, ker je izvedel globoki počep s pomočjo podlage pod petami. Težave je imel tudi z izravnavo hrbta. Nihče ni dosegel ocene 1. 66,67 % deklet je doseglo vrednost 3 in 33,33 % vrednost 2. Nobeno ni dobilo ocene 1. Dekleta so v večini imele težave z izravnavo hrbta in rok med izvajanjem giba, kar bi lahko kazalo na zakrčenost prsnih, oblopatičnih ali lumbalnih mišic. Težave so se pokazale tudi pri končnem položaju globokega počepa, saj so ga težko dosegle.

Tabela 4: Rezultati testa – globoki počep

<i>Globoki počep (ocene)</i>	<i>Dekleta (%)</i>	<i>Fantje (%)</i>
1	0	0
2	33,33	10,00
3	66,67	90,00

5.4 Rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice

37,04 % deklet je doseglo vrednost 2. Pri izvedbi so vsi imeli podobne težave kot otroci, in sicer z dotikom kolen s tlemi in posledično dvigom rame od tal. Niso pa imeli težav s stikom kolen med izvedbo giba, kar je bilo pri otrocih zelo pogosto. 62,69 % testirank je doseglo vrednost 3, kar kaže na splošno boljšo gibljivost ledvene hrbtenice, kot so jo dosegli fantje. Le 20 % fantov doseglo vrednost 3. Vsi ostali so dosegli oceno 2.

Tabela 5: Rezultati testa – rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice

<i>Rotacijska gibljivost ledvene hrbtenice (ocene)</i>	<i>Dekleta (%)</i>	<i>Fantje (%)</i>
1	0	0
2	37,04	80,00
3	62,96	20,00

5.5 Rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice

Vsi fantje so test izvedli s položajem dvignjenih kolen od tal. 50 % teh je dobilo oceno 4, saj v položaju niso bili povsem stabilni oziroma je bila ena stran bolj dominantna. Ostali so dosegli oceno 5. Torej na splošno lahko rečemo, da so dosegli zelo dober rezultat, kar kaže na dobro stabilizacijo trupa in jedra. Pri dekletih so bili rezultati malo slabši. 3,7 % deklet je doseglo vrednost 2, kar pomeni, da so prišla do izhodiščnega položaja, vendar zaradi prekomerne telesne teže ni prišlo do dotika med komolcem in kolonom nasprotne noge. Oceno 3 je doseglo 11,11 % deklet, 66,57 % deklet pa je doseglo oceno 4. 18,52 % testirank je doseglo vrednost 5, kar kaže na brezhibno izvedbo. Torej roko in nogo brez težav iztegnejo in jo dvignejo od tal, nato pa pride do stika kolena in komolca nasprotne roke in ob tem neprekinjeno ohranjajo stabilen položaj.

Tabela 6: Rezultati testa – rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice

<i>Rotacijska stabilnost ledvene hrbtenice (ocene)</i>	<i>Dekleta (%)</i>	<i>Fantje (%)</i>
1	0	0
2	3,70	0
3	11,11	0
4	66,67	50,00
5	18,52	50,00

6 Razprava

S pomočjo funkcionalnih testov smo pri otrocih in študentih opazovali stopnjo telesne pripravljenosti v času epidemije covid-19. Eno od raziskovalnih vprašanj, ki smo si ga postavili, je bilo, kakšna je telesna pripravljenost pri otrocih in študentih v času epidemije covid-19. Pri predklonu na klopici smo opazili upad sposobnosti, razen pri študentih. Ti so dosegli skoraj 6 cm boljši rezultat kot testiranci iz analize SLOfit, ki so jo izvedli na Fakulteti za šport, z naslovom Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/2015. Pri trojnem enonožnem skoku smo pri vseh testirancih opazili več kot 90-odstotno enakost med rezultati obeh spodnjih udov, kar nakazuje minimalno možnost za nastanek poškodb. Že samo z navadnim počepom je imelo težave samo 2,78 % otrok, vendar jih skoraj polovica ni zmoгла izvesti globokega počepa brez pomoči. Za razliko od otrok so vsi študentje izvedli počep in tudi rezultat je bil boljši. Pri globokem počepu je pomoč potrebovalo le 27,02 % vseh študentov. Najbolje so se pri testu rotacijske gibljivosti ledvene hrbtenice odrezale študentke. 62,96 % jih je doseglo oceno 3. Pri vseh ostalih, torej pri otrocih in študentih, je prevladovala ocena 2. Tudi pri testu rotacijske stabilnosti ledvene hrbtenice so se bolje odrezali študenti in študentke. Pri njih sta bili najpogostejši oceni 4 in 5, medtem ko je imelo pri slednjem testu veliko otrok težave.

Postavili smo dve hipotezi. Prva hipoteza pravi, da med otroki in študenti obstaja šibka telesna pripravljenost v času epidemije covid-19. To hipotezo smo le delno potrdili, saj se velik upad telesne pripravljenosti opazi le pri otrocih, medtem ko so pri študentih odkloni minimalni. Pri drugi hipotezi smo preverjali, ali so se pri funkcijskih testih otroci v splošnem bolje odrezali kot študentje. To hipotezo smo ovrgli, saj so se študentje bistveno bolje izkazali kot otroci. Za potrditev smo pridobili tudi mnenje obeh učiteljic osnovnošolskih otrok, ki pravita, da je upad sposobnosti zelo izrazit in opazen.

Glavna omejitev naše raziskave je zagotovo to, da smo testiranja izvajali v času epidemije covid-19, kar nam je vzelo več časa, predvsem pa smo morali omejiti število testiranih. Zaradi omenjenih razmer so bili naši testiranci le iz ene osnovne šole in ene fakultete, zato rezultatov ne morem posploševati. Literaturo smo povzemali po člankih, ki so vsebovali večino ključnih besed ali pa vse, bili objavljeni v določenem časovnem obdobju in bili brezplačno dostopni v celotnem obsegu. Potrebno je pričeti s spodbujanjem otrok k aktivnemu preživljanju prostega časa, pri čemer imajo zelo pomembno vlogo predvsem učitelji. Ti bi skozi učni proces otroke lahko spodbudili k izvajanju aktivnih izzivov. Eden od teh je na primer izziv, kdo naredi največ korakov v enem tednu. Najbolj aktivnega otroka se nagradi z malenkostjo. Predvsem pa je pomembno tudi aktivno vključevanje staršev v razvoj otrokovih gibalnih sposobnosti, k čemur bi jih lahko spodbudili učitelji športne vzgoje, saj so ti na tem področju strokovno podkovani. Zelo pomembna pa je tudi časovna omejitev pri preživljanju časa pred zasloni (TV, telefon, tablice ...). Največja sprememba pri študentih pa je bila ta, da se je celoten izobraževalni sistem prestavil na splet. Posledično študentje pred zasloni preživijo veliko več ur, kar lahko delno izboljšajo s prakticanjem aktivnih odmorov (5-minutne raztezne vaje, vaje za moč ...). Velik

vpliv na aktivnost študentov pa ima tudi zaprtje fitnessov, vadbenih centrov in igrišč. Pa tudi prepoved zbiranja na javnih površinah. To bi lahko reševali z nakupom on-line vadbenih programov, ki so vodeni s strani strokovnjakov. Ti bi jim nudili dodatno motivacijo za telesno aktivnost doma. Ob redni telesni aktivnosti pa je nujno potrebna tudi skrb za bioritem, ustrezno prehrano in izogibanje alkoholu, kajenju ter drugim škodljivim razvadam.

7 Sklep

Z izvedbo petih funkcijskih testov smo poskušali ugotoviti raven telesne pripravljenosti otrok in študentov v času epidemije covid-19. Z izvedbo raziskave smo ugotovili negativne odklone v primerjavi z rezultati meritev v letih 2014 in 2015, izvedenih v okviru spremljanja telesnega in gibalnega razvoja otrok SLOfit – športnovzgojni karton. Ugotovili smo tudi minimalen negativni trend pri otrocih in študentkah pri izvedbi testa predklona. Pri znatnem številu otrok pa smo glede na izvedbo testa rotacijske stabilnosti dobljene rezultate povezali s slabšo močjo mišic stabilizatorjev trupa, rok ter oblopatičnih mišic. Čeprav je bilo zmanjšanje gibalne učinkovitosti minimalno, smo uspešno dokazali upad telesne pripravljenosti pri otrocih in študentih. Izvedena raziskava bi lahko v prihodnje bila smernica oz. osnova tako posameznim šolam kot tudi staršem doma pri določanju in izvajanju ukrepov po epidemiji covid-19 v smeri izboljšanja gibalne učinkovitosti otrok in študentov. Za nadaljnje raziskovanje bi bilo zanimivo spremljati, ali bodo izvajani ukrepi uspešno pripomogli k povrnitvi telesne pripravljenosti otrok in študentov v normalne okvire statističnih povprečij meritev, izvajanih v sklopu športnovzgojnega kartona, ter predvsem kateri ukrepi bodo k tem pripomogli najbolj. Torej, ali bo telovadba oz. telesna aktivnost v šolah oz. fakultetah kot do sedaj dovolj, da se bo telesna pripravljenost otrok in študentov v zadovoljivem času povrnila na raven pred epidemijo covid-19 ali pa bo za izboljšanje stanja, ugotovljenega v sklopu naše raziskave, potrebno poseči po bolj inovativnih pristopih in metodah za izboljšanje telesne pripravljenosti.

LITERATURA

1. Bishop, C., Edwards, M. in Turner, A. (2016). Screening movement dysfunction using the overhead squat. Pridobljeno, s https://www.researchgate.net/publication/309194176_Screening_movement_dysfunctions_using_the_overhead_squat.
2. Chaddock - Heyman, L., Hillman, C. H., Cohen, N. J. in Kramer, A. F. (2014). III. The importance of physical activity and aerobic fitness for cognitive control and memory in children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79 (4), 25–50.
3. Cook, G. in Burton, L. (b. d.). Pridobljeno, s <http://www.advanced-fitness-concepts.com/fms.pdf>.
4. Cook, G., Burton, L., Hoogenboom, B. J. in Voight, M. (2014). Functional movement screening: The use of fundamental movements as an assessment of function-part 2. *IJSPT (International journal of sports physical therapy)*. Pridobljeno s <https://europepmc.org/article/PMC/4127517#free-full-text>.
5. Dolenc, M. (2001). Analiza povezanosti nekaterih motoričnih in psiholoških razsežnosti otrok, starih 7 do 11 let (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za šport.
6. Functional Movement Screen (FMS). (b. d.). Pridobljeno s [https://physiopedia.com/Functional_Movement_Screen_\(FMS\)?utm_source=physiopedia&utm_medium=search&utm_campaign=ongoing_internal](https://physiopedia.com/Functional_Movement_Screen_(FMS)?utm_source=physiopedia&utm_medium=search&utm_campaign=ongoing_internal).
7. Gray, J. (2017). Trunk Rotation Exercise Progression. Pridobljeno s <https://myrehabconnection.com/simple-trunk-rotation-exercise-progression/>.
8. Hamilton, R. T., Shultz, J. S., Schmitz, R. J. in Perrin, D. H. (2008). Triple-hop Distance as a Valid Predictor of Lower Limb Strength and Power. *J Athl Train.* 43 (2), 144–151. doi: 10.4085/1062-6050-43.2.144
9. Hassmen, P., Koivula, N. in Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive medicine*, 30 (1), 17–25.

10. Kalak, N., Gerber, M., Kirov, R., Mikoteit, T., Yordanova, J., Pühse, U., Brand, S. idr. (2012). Daily morning running for 3 weeks improved sleep and psychological functioning in healthy adolescents compared with controls. *Journal of Adolescent Health*, 51 (6), 615–622.
11. Knežević, D. (2016). Objektivni testi za vrnitev v tekmovalno trenažni proces po poškodbi sprednje križne vezi (Bachelor's thesis). Ljubljana: Fakulteta za šport. Pridobljeno s <https://www.fsp.uni-lj.si/cobiss/diplome/Diploma22063640KnezevicDarko.pdf>.
12. Kociper, P. (2007). Posredovanje povratnih informacij o otrokovem telesnem in gibalnem razvoju. Univerza v Ljubljani. Fakulteta za šport. Pridobljeno s <https://www.fsp.uni-lj.si/COBISS/Diplome/Diploma22052120KociperPetra.pdf>.
13. Mišigoj - Duraković, M. in Medved, R. (2003). Rast in zorenje. V M. Kovač, M. Mišigoj - Duraković in J. Strel (ur.), *Telesna vadba in zdravje* (str. 74–84). Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani, Kineziološka fakulteta Univerze v Zagrebu, Zavod za šport Slovenije.
14. Rippel, S. (2015). FMS Basics: Rotary Stability. Pridobljeno s <https://www.rippeffectfitness.net/2015/08/30/fms-basics-rotary-stability/>.
15. Samide, K. in Živic, Ž. (2020). Kolenski sklep. Sodobni vidiki zdravljenja. Zbirka protokolov rehabilitacije. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, 67, 69.
16. Sawle, L., Freeman, J. in Marsden, J. (2017). Intra-rater reliability of the multiple single leg hop-stabilization test and relationships with age, leg dominance and training. *IJSPT (International journal of sports physical therapy)*. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5380861/>.
17. Sever, J. (b. d.). Ocena funkcionalnih gibalnih sposobnosti. Pridobljeno s <https://www.premik.si/zmajckove-sposobnosti/opis-testov/ocena-funkcionalnih-gibalnih-sposobnost>.
18. Sikošek, V. (b. d.). 5 koristnih nasvetov, zakaj izvajati globoki počep. Pridobljeno s <https://www.vitja.si/content/5-koristnih-nasvetov-zakaj-izvajati-globoki-po%C4%8Dep>.
19. SLOfit (b. d.). Merske naloge ŠVK v osnovni in srednji šoli. Pridobljeno s <https://www.slofit.org/solar/merske-naloge>.
20. Slovenska tiskovna agencija (2020). Predstavitev meritev v okviru spremljanja telesnega in gibalnega razvoja otrok. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=-kwxZ8D8pCg>.
21. Starc, G., Strel, J., Kovač, M., Leskošek, B. in Jurak, G. (2015). SLOfit 2015 – Analiza telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2014/2015. Ljubljana: Fakulteta za šport. Pridobljeno s https://www.slofit.org/Portals/0/Letna-porocila/Porocilo_SLOfit_14-15.pdf.
22. Starc, G., Strel, J., Kovač, M., Leskošek, B., Sorić, M. in Jurak, G. (2017). SLOfit 2017 – Letno poročilo o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2016/2017. Univerza v Ljubljani: Fakulteta za šport.
23. Strel, J., Kovač, M., Rogelj, A., Leskovšek, B., Jurak, G., Starc, G. idr. (2003). Ovrednotenje spremljave gibalnega in telesnega razvoja otrok in mladine v šolskem letu 2001–2002 in primerjava nekaterih parametrov športnovzgojnega kartona s šolskim letom 2000–2001 ter obdobjem 1990–2000. Ljubljana: Zavod za šport Slovenije.
24. Tušek, N. in Bratkovič, V. (2019). Analiza športno-vzgojnega kartona in prehranske navade v 3. in 6. razredu OŠ Slovenska Bistrica (Raziskovalna naloga). Slovenska Bistrica: Osnovna šola Slovenska Bistrica.
25. Youngstedt, S. D., Kripke, D. F. in Elliott, J. A. (1999). Is sleep disturbed by vigorous late-night exercise?. *Medicine and science in sports and exercise*, 31 (6), 864–869.

Nujna medicinska pomoč in vloga dispečerskega centra zdravstva

KLJUČNE BESEDE: nujna medicinska pomoč, dispečerska služba zdravstva, dispečer, triaža

POVZETEK - *Uvod:* V raziskavi smo ugotavljali spremembe v aktivacijah splošne nujne medicinske pomoči po začetku delovanja dispečerskega centra zdravstva ter analizirali aktivacije nujne medicinske pomoči od oktobra 2019 in jih primerjali z istim obdobjem leta 2018, ko dispečerski center zdravstva še ni deloval. *Metoda:* S pomočjo retrospektivne raziskave smo v empiričnem delu uporabili metodo pregleda medicinske dokumentacije, kjer je bilo pregledanih 171 poročil o reševalnem prevozu opravljenih v službi nujne medicinske pomoči Lenart. Raziskava je bila opravljena v predvidenem trimesečnem obdobju, za primerjavo pa je bilo uporabljeno enako časovno obdobje iz leta 2018. *Rezultati:* Pregled medicinske dokumentacije ter obdelava podatkov sta pokazala, da ekipa NRV Lenart mesečno opravi več kot 50 intervencij s prioriteto 70; da se je po začetku dela DCZ Maribor število intervencij NMP Lenart povečalo; da je ekipa NRV zaradi intervencij s stopnjo prioritete 70 dnevno v povprečju odsotna 2 uri in 8 minut; da je bilo od 171 intervencij s stopnjo prioritete 70 opravljenih v trimesečnem obdobju 26 (15 %) intervencij s končno lokacijo NMP Lenart ter da je bolnišnično zdravljenje potrebno v okviru 50 % intervencij. *Razprava in zaključek:* V raziskavi smo ugotovili povečanje števila intervencij NMP Lenart po začetku delovanja dispečerskega centra zdravstva, zato je spremljanje števila intervencij pomembno, saj lahko le na tak način načrtujemo potrebe po številu usposobljenih ekip. Pridobljeni podatki so temelj prihodnjih raziskav o kakovosti dela in kvaliteti zagotavljanja neprekinjene nujne medicinske pomoči.

KEYWORDS: emergency medical service, medical dispatch service, dispatcher, triage

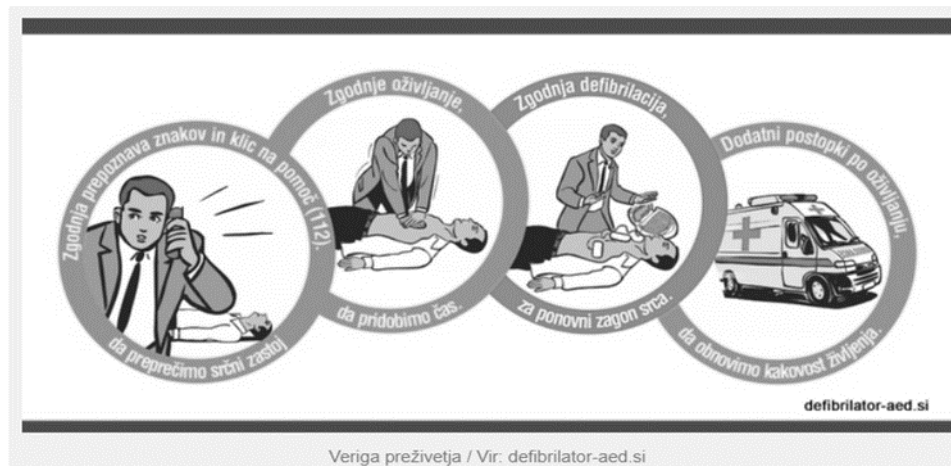
ABSTRACT - *Introduction:* In the research, we present changes in activations of the Emergency Medical Service (EMS) after the start-up of the Medical Dispatch Centre (MDC). We analysed the activations of EMS Lenart over a period from October to December 2019 and compared them to the activations from October to December 2018, when the MDC had not yet gone into operation. *Method:* In the empirical part we have used a retrospective research, a method of medical documentation review. We have reviewed 150 reports of ambulance transport services conducted by EMS Lenart in the three-month period. For comparison we have reviewed the same time period in the year 2018. *Results:* Medical documentation review and data analysis have shown that the EMS Lenart team conducts more than 50 interventions per month; that after the start-up of MDC Maribor the number of interventions of EMS Lenart increased; that the EMS team is absent 2 hours and 8 minutes daily on average because of the interventions with priority level 70; that of 171 interventions with priority level 70, 26 (15 %) had EMS Lenart as their final location, and that in more than 50 % of all interventions hospital treatment was necessary. *Discussion and conclusion:* In the research we have demonstrated an increase in the number of interventions of EMS Lenart after the start-up of the MDC. The obtained data forms the foundation for future research into intervention service quality. Monitoring the number of medical interventions is important for planning the number of EMS teams for the future. It is also the foundation for future research regarding EMS team satisfaction and the quality of the continuous emergency medical care provided.

1 Nujna medicinska pomoč v Sloveniji

Nujna medicinska pomoč je v Sloveniji organizirana na takšen način, da so vsem prebivalcem Republike Slovenije zagotovljeni vedno dostopna nujna medicinska pomoč (v nadaljevanju

NMP), nujni reševalni prevozi in oskrba z nujnimi zdravili, čimprej in čim bliže njihovem nastanku in med transportom (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 6. člen.). Namen NMP in ustanovitev dispečerskih centrov zdravstva je skrajšati čas od nastanka nujnega stanja do prihoda ekipe h kritično oboleli osebi. Najnevarnejše življenjsko ogrožajoče stanje je zunajbolnišnični srčni zastoj, ki zahteva hitro in učinkovito nudenje nujne medicinske pomoči (Fink, 2015, str. 4). Veriga preživetja je sestavljena iz štirih členov, in sicer iz zgodnjega prepoznavanja in obveščanja, zgodnjega kardiopulmonalnega oživljanja, zgodnje defibrilacije in zgodnjega nadaljnjega postopka oživljanja (Koželj, 2017, str. 11).

Slika 1: Veriga preživetja



Z vzpostavitev dispečerskih centrov sta se tako okrepila drugi in tretji člen verige preživetja, saj je glavni namen dispečerskega centra skrajšati dostopni čas ekipe nujne medicinske pomoči do kritično obolele osebe (Fink, 2015, str. 4–5). Dispečerski sistem nujne medicinske pomoči je prvi, s katerim pridejo v stik tisti, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč, in je prvi člen v verigi preživetja. Če svoje naloge ne opravi dobro (z zamudo sprejme klic, ne prepozna vodilnega problema, ne oceni pravilne stopnje nujnosti, ne pridobi potrebnih in točnih podatkov, aktivira neustrezno ekipo, ne daje kličočim navodil, kako naj ukrepajo do prihoda ekipe nujne medicinske pomoči na kraj dogodka), je celotna nujna intervencija že na začetku obsojena na nepotrebne zaplete in slabši izid. Učinkovit sistem NMP ne more delovati brez učinkovitega dispečerskega sistema, saj je brez njega slep in gluhi (Mohor, 2005).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako delo dispečerskega centra zdravstva Maribor vpliva na delovanje nujne medicinske pomoči, ki je organizirana v sklopu ZD Lenart. Obenem smo želeli izvedeti število pripeljanih oseb v Splošno nujno medicinsko pomoč (SNMP) Lenart ter bolnišnico.

1.1 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

RV 1: Koliko intervencij s stopnjo prioritete 70 opravi NRV Lenart mesečno?

RV 2: V kolikšnem obsegu se je spremenilo število intervencij NMP Lenart po začetku delovanja DCZ Maribor?

RV 3: Koliko časa je ekipa NRV odsotna zaradi intervencij s stopnjo prioritete 70?

RV 4: Koliko intervencij s prioriteto 70 ima končno lokacijo SNMP Lenart?

RV 5: Koliko intervencij s prioriteto 70 potrebuje bolnišnično zdravljenje?

Hipoteza 1: Ekipa NRV Lenart mesečno opravi 50 intervencij s stopnjo prioritete 70.

Hipoteza 1: Ekipa NRV Lenart mesečno opravi 50 intervencij s stopnjo prioritete 70.

Hipoteza 2: Po začetku dela DCZ Maribor se je število intervencij NMP Lenart povečalo za več kot 25 %.

Hipoteza 3: Ekipa NRV Lenart v 24-urnem delovniku na terenu intervenira 5 ur.

Hipoteza 4: SNMP Lenart je tarčna lokacija za 40 % bolnikov, ki so bili označeni s prioriteto 70.

Hipoteza 5: Več kot 50 % bolnikov, ki so bili označeni s prioriteto 70, je prepeljano na bolnišnično zdravljenje.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili retrospektivno metodo raziskovanja in analizo dokumentov.

2.2 Opis instrumenta

Pregled medicinske dokumentacije – pregled poročil o reševalnih prevozih, izvedenih v službi NMP Lenart v predvidenem obdobju treh mesecev. Primerjali smo jih z enakim časovnim obdobjem v letu 2018, ki je bilo obdobje pred uvedbo dispečerskega sistema. Izvedli smo pregled medicinske dokumentacije in tako analizirali aktivacije nujne medicinske pomoči Lenart v okviru delovanja dispečerskega centra zdravstva Maribor. Raziskovalni instrument je bilo poročilo o reševalnem prevozu, iz katerega smo pridobili potrebne informacije od začetka intervencije do vrnitve na izhodišče ter o končni lokaciji bolnika, obravnavanega z nujnim reševalnim vozilom zdravstvenega doma Lenart.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi smo pregledali 171 poročil o reševalnih prevozih, ki so bili izvedeni od oktobra do konca decembra 2019. Izključili smo protokole nujnih intervencij bolnikov, ki potrebujejo psihiatrično NMP, saj gre za posebno entiteto bolezenskih stanj, kjer ne gre za ogroženost, ki jo lahko merimo s standardnimi protokoli, in pri kateri je skladno z zakonodajo o duševnem zdravju potrebna prisotnost zdravnika.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Do podatkov smo prišli s pomočjo pregleda medicinske dokumentacije, in sicer smo pregledali poročila o reševalnih prevozih, opravljenih v službi nujne medicinske pomoči Lenart v obdobju treh mesecev (oktober, november, december 2019). Za ugotovitev spremembe števila skupnih intervencij, opravljenih v SNMP Lenart, smo iz statistike izpisali skupno število opravljenih intervencij v letu 2018, ki sta bili 202, v letu 2019 pa jih je bilo 270. Podatke iz medicinske dokumentacije oz. poročila o reševalnih prevozih smo vpisovali v pripravljene preglednice oz. tabele ter jih tako na pregleden način predstavili. Rezultate pregleda medicinske dokumentacije smo statistično obdelali in jih predstavili v obliki tabel in grafov. Pridobljene podatke smo obdelali tako, da smo s pomočjo pregleda poročil o reševalnih prevozih pridobili potrebne informacije za določitev števila intervencij. Prav tako smo pridobili čas trajanja od začetka intervencije do vrnitve na izhodišče. Preden smo začeli pridobivati podatke iz zdravstvene dokumentacije, smo pridobili soglasje zdravstvenega doma Lenart in Dispečerskega centra Maribor. Podatki so bili uporabljeni zgolj v znanstvenoraziskovalne namene.

3 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati po pregledu medicinske dokumentacije.

Tabela 1: Število vseh intervencij v oktobru, novembru in decembru 2019

	<i>Število intervencij</i>	<i>Odstotek intervencij</i>
Oktober 2019	49	29 %
November 2019	59	34 %
December 2019	63	37 %
Skupaj	171	100 %

Vir: Lastni vir, 2020.

Tabela 1 prikazuje število vseh intervencij s stopnjo prioritete 70 NMP Lenart v oktobru, novembru in decembru v letu 2019. Kot je razvidno, je bilo oktobra 2019 opravljenih 49 (29 %) intervencij, v mesecu novembru 59 (34 %) in v mesecu decembru 63 (37 %) intervencij s stopnjo prioritete 70. Skupno je bilo v oktobru, novembru in decembru 2019 izvedenih 171 intervencij z aktivacijo 70.

Tabela 2: Končne lokacije intervencij v oktobru, novembru in decembru 2019

<i>Končna lokacija</i>	<i>Število intervencij</i>	<i>Odstotek intervencij</i>
UKC Maribor	110	64 %
SNMP Lenart	26	15 %
Ostane na mestu	35	21 %
Skupaj	171	100 %

Vir: Lastni vir, 2020.

Tabela 2 prikazuje končno lokacijo vseh intervencij s stopnjo prioritete 70 v oktobru, novembru in decembru 2019. Od 171 intervencij z aktivacijo 70 jih je bilo 110 (64 %) s končno lokacijo UKC Maribor, 26 (15 %) s končno lokacijo SNMP Lenart, 35 (21 %) pa jih je ostalo na mestu.

Tabela 3: Čas trajanja intervencij v oktobru, novembru in decembru 2019

<i>Čas trajanja intervencije in vrnitev na izhodišče (20 min)</i>	
Vseh ur	2208 ur
NRV odsotno	191 ur in 30 min
Dnevno NRV odsoten povprečno	2 uri in 8 min
Skupaj	92 dni

Vir: Lastni vir, 2020.

Tabela 3 prikazuje čas trajanja vseh intervencij s stopnjo prioritete 70 v oktobru, novembru in decembru 2019. Skupni čas trajanja proučevanih intervencij so torej trije meseci (oktober, november in december), kar znese 92 dni. V tem času je bilo vseh ur intervencij 2208. Odsotnost NRV je skupaj trajala 191 ur in 30 min. Dnevno je bilo NRV odsotno 2 uri in 8 minut.

Tabela 4: Skupno število vseh intervencij NMP Lenart v oktobru, novembru, decembru 2018 in 2019

	Vse intervencije 2018		Vse intervencije 2019	
	f	%	f	%
Oktober	64	32 %	78	29 %
November	64	32 %	88	32 %
December	74	36 %	104	39 %
Skupaj	202	100 %	270	100 %

Vir: Lastni vir, 2020.

Tabela 4 prikazuje skupno število vseh intervencij NMP Lenart v oktobru, novembru, decembru 2018 in 2019. V vseh treh mesecih v letu 2018 sta bili skupno 202 intervenciji, medtem ko jih je bilo v enakem obdobju v letu 2019 že 270, torej 68 več kot leto prej. Podatki po posameznih mesecih prav tako kažejo na rast intervencij, medtem ko v odstotkih po posameznih mesecih v rasti ni večjih razlik.

4 Razprava

V raziskavi smo analizirali intervencije ekipe NRV (nujnega reševalnega vozila) v sestavi diplomirani zdravstvenik in zdravstveni tehnik – reševalec NMP Lenart. Najprej smo želeli ugotoviti, koliko intervencij s stopnjo prioritete 70 opravi ekipa NRV Lenart na mesečni ravni. Podatek je pomemben z vidika verodostojnosti rezultatov, saj le na podlagi večjega vzorca lahko pridobljene informacije posplošujemo. V raziskavi smo dokazali, da NRV Lenart na mesečni ravni opravi povprečno 57 intervencij s stopnjo aktivacije 70, kar pomeni, da je vzorec zadosten za analizo in tudi primerljiv s sosednjimi enotami NMP enakega ranga.

Naše prvo raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Koliko intervencij s stopnjo prioritete 70 opravi NRV Lenart mesečno?«

Kot kažejo podatki, ekipa NRV Lenart mesečno opravi več kot 50 intervencij, zato prvo hipotezo, da »ekipa NRV Lenart mesečno opravi 50 intervencij s stopnjo prioritete 70«, potrdimo.

Drugo raziskovalno vprašanje se je glasilo: »V kolikšnem obsegu se je spremenilo število intervencij NMP Lenart po začetku delovanja DCZ Maribor?«

Iz tabele 10 je razvidno, da sta bili v vseh treh mesecih (oktober, november, december) v letu 2018 skupno 202 intervenciji, medtem ko je v enakem obdobju v letu 2019 teh bilo že 270, torej 68 več kot leto prej, kar je 34 % več. Tako potrjujemo drugo hipotezo, da se je »po začetku dela DCZ Maribor število intervencij NMP Lenart povečalo za več kot 25 %«.

Tretje raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Koliko časa je ekipa NRV odsotna zaradi intervencij s stopnjo prioritete 70?«

Ugotovili smo, da je NRV v trimesečnem obdobju odsoten 191 ur in 30 min, medtem ko je dnevno NRV odsoten povprečno 2 uri in 8 min. Na podlagi teh podatkov torej tretjo hipotezo, da »ekipa NRV Lenart v 24-urnem delovniku na terenu intervenira 5 ur«, zavrnemo.

Četrto raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Koliko intervencij s prioriteto 70 ima končno lokacijo SNMP Lenart?«

Od 171 intervencij s stopnjo prioritete 70, opravljenih v trimesečnem obdobju, je bilo 26 (15 %) intervencij s končno lokacijo SNMP Lenart. Na podlagi podatkov iz tabele 5 tako zavračamo

četrto hipotezo, da je »SNMP Lenart tarčna lokacija za 40 % bolnikov, ki so bili označeni s prioriteto 70«.

Peto raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Koliko intervencij s prioriteto 70 potrebuje bolnišnično zdravljenje?«

Od 171 intervencij z aktivacijo 70 jih je bilo 110 (64 %) s končno lokacijo UKC Maribor. V mesecu oktobru 2019 je bilo takšnih kar 74 % intervencij. Kot je torej razvidno iz tabele 2, se je več kot 50 % intervencij končalo z bolnišničnim zdravljenjem in zato potrjujemo zadnjo hipotezo, da je »več kot 50 % bolnikov, ki so bili označeni s prioriteto 70, prepeljana na bolnišnično zdravljenje«.

5 Sklep

V raziskovalnem delu smo analizirati aktivacije nujne medicinske pomoči Lenart s stopnjo prioritete 70. Ugotavljali smo, koliko intervencij s stopnjo prioritete 70 opravi NRV Lenart; koliko časa je ekipa NRV odsotna zaradi intervencij s stopnjo prioritete 70; koliko intervencij s prioriteto 70 ima končno lokacijo v ambulanti NMP Lenart in koliko jih potrebuje bolnišnično zdravljenje.

Dispečerski center zdravstva Maribor torej pokriva teritorialno pristojnost NMP Lenart. Kot kažejo podatki, se večji delež intervencij konča v UKC Maribor. Zanimivo bi bilo ugotavljati čas od klica do prihoda ekipe NMP na kraj dogodka. Glede izboljšanja samega poteka intervencij bi bilo zanimivo izvesti raziskavo med ekipami v nujnem reševalnem vozilu in povprašati zdravstvene reševalce in diplomirane zdravstvenike ter zdravstvene dispečerje glede morebitnih izboljšav. Raziskava je pomembna tudi zaradi kakovosti dela, saj je temelj bodočih raziskav o potrebah števila ekip na terenu, usposobljenosti kadra ter števila samih vozil. Pri intervencijah so ključni čas in seveda dobra organizacija ter komunikacija. Slednji hkrati pomenita prihranek časa, lahko pa tudi izgubo časa in nepopravljivo škodo za življenje in zdravje ljudi. Seveda pa je ključna tudi ustrezna oskrba. Pomemben je strokovni kader z ustreznimi kompetencami, predvsem pa zadosten kader. Pomanjkanje le-tega lahko pomeni slabšo kakovost dela, tudi izgubo življenj.

LITERATURA

1. Fink, A. (2015). Dispečerska služba zdravstva: učbenik za usposabljanje zdravstvenih dispečerjev. Ljubljana: Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje.
2. Koželj, A. (2017). Spremembe in poudarki novih smernic izvajanja temeljnih postopkov oživljanja in uporabe AED. V J. Prestor (ur.), Strokovni seminar Znanja, veščine in kompetence reševalcev, Zreče, 15. in 16. april 2016 (str. 8–15). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu.
3. Mohor, M. (2005). Pomen dispečerske službe v zdravstvu. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), Urgentna medicina – izbrana poglavja (str. 363–365). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
4. Veriga preživetja. Pridobljeno 2. 10. 2020, s <http://prvapomoc.splet.arnes.si/tpo/pristop-doponesrecenca/>.
5. Zakon o zdravstveni dejavnosti (neuradno prečiščeno besedilo). (2005). Uradni list RS, št. 23 (10. 3. 2005). Pridobljeno 2. 10. 2020, s <https://zakonodaja.com/zakon/zzdej/6-clen>.

Kritično vrednotenje spletnih izobraževalnih posnetkov - prebrizgavanje urinskega katetra

KLJUČNE BESEDE: intervencija, zdravstvena nega, kritično razmišljanje, kakovost

POVZETEK - Teoretična izhodišča: Študenti zdravstvene nege se z intervencijo prebrizgavanja urinskega katetra v kliničnem okolju redko srečajo in informacije o pravilni izvedbi so skope. Zanimalo nas je, kako kakovostni so spletni izobraževalni posnetki, zato smo analizirali vsebine dostopne na YouTubu. Metoda: Pregledali smo slovensko in tuje baze podatkov s ključnimi besedami: urinski kateter, izpiranje, urinary catheter, irrigation, članke s polnim besedilom v obdobju 10. let, ter poiskali posnetke s pomočjo istih ključnih besed. V pregled smo vključili 5 videoposnetkov z odprto irigacijo in jih pregledali 3x. Vsak posnetek smo kritično ovrednotili na 9 področjih, ki smo jih opredelili po pregledu literature. Rezultati: Največja razhajanja glede ustrezne prakse: identifikacija, higiena rok, priprava površine in pripomočkov, zagotavljanje sterilnosti. Našli smo neprimerno vedenje kot posedanje na pacientovi postelji in odlaganje odpadkov na posteljo. Razprava: Videoposnetki so študentom lahko pomemben pripomoček, morajo pa biti spremljani s komentarji kompetentnega mentorja, oz. morajo študenti uporabiti veliko mero kritičnosti in predhodnega teoretičnega znanja, da se izognejo neprimernim praksam.

KEY WORDS: intervention, nursing, critical thinking, quality

ABSTRACT - Theoretical background: Nursing students rarely encounter urinary catheter irrigation intervention in a clinical setting and information on proper implementation is scarce. We were interested in the quality of online educational videos, so we analyzed the content available on YouTube. Method: We searched Slovenian and foreign databases with keywords: urinary catheter, irrigation, full-text articles from the period of 10 years, and searched for videos using the same keywords. We included 5 videos with open irrigation in the review, all were reviewed 3x. Each video was critically evaluated in 9 areas identified after reviewing the literature. Results: The biggest differences in terms of good practice: identification, hand hygiene, surface and material preparation, sterility. We also found inappropriate behavior such as sitting on the patient's bed and dumping waste on the bed. Discussion: Videos can be an important tool for students, but they must be accompanied by comments from a competent mentor, or students must use a great deal of critical thinking and prior theoretical knowledge to avoid inappropriate practices.

1 Teoretična izhodišča

Intervencija prebrizgavanja urinskega katetra se ne izvaja pogosto in niti ni rutinsko priporočena z strani urologov, v literaturi je opisana kot del postopkov, na primer po uroloških operacijah, ob zamažitvi urinskega katetra ali kot preprečevanje uroinfekcij (Moussa, 2021), čeprav najdemo tudi vire, ki priporočajo čim manj prebrizgavanja z namenom preprečevanja s katetrom povezanih okužb urotrakta (Clayton, 2017). Na podlagi trenutnih razpoložljivih dokazov (Dean in Ostaszkiwicz, 2019) naj bi posamezniki s stalnim urinskim katetrom (oz. medicinske sestre, ki skrbijo zanje) spremljali stanje katetra, da lahko že v naprej predvidevajo težave kot npr. zamašitev. Tekočine za prebrizgavanje katetra nimajo jasnih in nedvoumnih dokazov o varnosti, tveganjih ali koristih. Medicinske sestre naj bi najprej ocenile vse dejavnike, ki prispevajo k zamažitvi urinskega katetra, kot so njegov položaj, pacientova konstipacija, zdravila in zadosten vnos tekočine. Vzdrževanje urinskega katetra vključuje uporabo ustrezne higiene rok, varovanje katetra, uporabo zaprtega drenažnega sistema,

aseptično pridobivanje vzorcev, zamenjavo sistema, če pride do suma kontaminacije in izogibanje prebrizgavanju z namenom preprečevanja okužbe (Nicolle, 2014; Saint idr., 2016). Če je kljub vsemu prebrizgavanje urinskega katetra potrebno, je postopek izveden aseptično, oz. kot ugotavljajo Pomfret, Bayait, Mackenzie, Wells, in Winde (2003) se izvajanje prebrizgavanja urinskega katetra nekje opisuje kot aseptična metoda in nekje kot čista metoda dela s sterilnim materialom. Redno prebrizgavanje urinskega katetra ni priporočljivo, saj moti biofilm, zato med prebrizgavanjem lahko vbrizgavamo bakterije nazaj v mehur, zaradi odpiranja zaprtega sistema se poveča tveganje za okužbo. Najboljša praksa je, da se vsakič zamenja kateter (Alberta Health Services, 2019). Evans in Godfrey (2000) ugotavljata, da kar 40–50 % pacientov s stalnimi urinskimi katetri trpi zaradi zamašitve le teh. Zamašitev urinskega katetra se zgodi iz različnih razlogov. Pri nekaterih pacientih so zamašitve urinskih katetrov pogoste, pri nekaterih se niti ne pojavljajo. Pacienta se opazuje in kadar se opazi: pomanjkanje urina v urinski vrečki, močno bolečo potrebo po uriniranju, uhajanje urina ob katetru in kadar pritisk na mehur kaže, da je le ta poln, takrat sklepamo, da se je urinski kateter zamašil. Razlogi so različni, eden od teh je inkrustacija, ki jo pogosto povzroči kopičenje *Proteus mirabilis*, bakterije, ki proizvaja ureazo, le ta pa nastanek biofilma na površini katetra, kar spodbuja proizvodnjo magnezijevega fosfata in kristale kalcija v alkalnem urinu. Ti kristali se pritrdijo na lumen katetra, kar povzroči blokado lumnov (Fenely, Hopley in Wells, 2015). Zamašitev lahko povzroči tudi povečan negativni tlak, ki ga ustvarja prosti drenažni tok urina, kar lahko privede do tega, da se sluznične stene mehurja prisesajo v luknje katetra, kar povzroči motnje pri odvajanja urina in ima za posledico zamašitev (Feneley idr., 2015).

S pomočjo literature (Weber, Purvis, VanDenBergh in Stevens, 2017; University of Wisconsin Hospitals and Clinics (UWH), 2019; Dhir, 2020) smo pripravili glavne točke, ki jih mora pravilno izvedena intervencija vsebovati (ne vseh korakov intervencije, temveč glavne poudarke, ki jih mora študent upoštevati za pravilno izvedbo postopka). Pred pričetkom intervencije se pacientu predstavimo in razložimo postopek ter razloge za njegovo izvedbo. Najprej seveda preverimo, da smo stopili v kontakt s pravim pacientom, zato na dva načina preverimo njegovo identiteto (Bahun in Lavtižar, 2013), ter pridobimo njegovo ustno soglasje in sodelovanje. Opisujemo postopek, ki močno posega v pacientovo zasebnost in dostojanstvo, zato se je pomembno tega zavedati in nalogo izvesti občutljivo in na premišljen način ter pacientu zagotoviti zasebnost. Po usmeritvah Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization (WHO), 2009) skrbimo za higieno rok (razkuževanje) ter razkuževanje delovne površine (Dancer, 2004). Samo intervencijo se izvaja v skladu s pravili za aseptično tehniko. Poudarek je na uporabi sterilnih rokavic, razkuževanju stika med urinskim katetrom in drenažno cevjo urinske vrečke z upoštevanjem kontaktnega časa in rokovanje z materialom na način, ki zagotavlja sterilnost.

Študenti zdravstvene nege se z intervencijo prebrizgavanja urinskega katetra v kliničnem okolju redko srečajo in informacije o tem, kako jo pravilno izvesti, so skope. Ker nas je zanimalo, kako kakovostni so spletni izobraževalni posnetki na to temo, smo izbrali in analizirali vsebine dostopne na YouTubeu.

2 Empirični del

Za potrebe pridobivanja teoretičnih osnov smo pregledali baze podatkov Cobiss, CINAHL, Wiley online, Google učenjak in PUBMED. Uporabili smo ključne besede: urinski kateter, prebrizgavanje, izpiranje, urinski mehur, bladder, urinary catheter, irrigation, z omejitvenimi kriteriji: obdobje 2010 do 2020, dostopno celotno besedilo. Na YouTubeu smo iskali posnetke s pomočjo istih ključnih besed. V pregled smo vključili 5 videoposnetkov z prikazom odprte irigacije. Vse videoposnetke smo pregledali 3x z namenom, da ne bi spregledali kakšne

podrobnosti in nato prebrali komentarje na posnetke. Vsak posnetek smo kritično ovrednotili glede pravilnosti/primernosti na devetih izbranih področjih, ki smo jih opredelili po pregledu literature.

3 Rezultati

V Tabeli 1 so prikazani rezultati pregledov spletnih posnetkov na temo prebrizgavanje urinskega katetra/irigacija mehurja. Opredeljenih je devet parametrov, ki smo jih identificirali kot pomembne, ter posebnosti oz. poudarki glede same izvedbe postopka, ki so se nam zdeli izstopajoči. Ugotovili smo, da so največja razhajanja glede ustrezne prakse, kot jo prepoznamo iz literature in vsebine posnetkov na področju: identifikacije pacienta, higijene rok, priprave delovne površine in pripomočkov ter zagotavljanja sterilnosti postopka.

Tabela 1: Rezultati kritičnega pregleda spletnih posnetkov

Posnetek	Higienska priprava delovne površine	Priprava pripomočkov	Identifikacija pacienta	Osebna predstavitev pacientu in predstavitev intervencije	Zagotavljanje intimnosti in varnosti	Higiena rok izvajalca	Rokovanje z materialom med intervencijo	Rokovanje z odpadki	Izvedba postopka / poudarki
Swansea Bay NHS TV, (2016) Posnetek je namenjen poučevanju zdravstvenega osebja. Izvedba na lutki.	Ne omeni, ne prikaže (-)	Uporabi sterilne pripomočke (+)	Ni identifikacije pacienta (-)	Omeni osebno predstavitev in pridobivanje soglasja (+)	Prikaz na lutki, intimnost zagotovljena (+)	Primerno omenja higieno rok (+)	Postopek izvaja sterilno (+/-)	Ni prikazano, omeni posebno vrečko za odpadke (+/-)	S sterilnimi rokavicami se dotika nesterilnih delov (-). Postopek razkuževanja vhoda v urinski kateter ni v skladu z priporočili. (-) Poraba materiala je velika (npr. 3 pari sterilnih rokavic). (-)
Burton, (2016) Demonstracija zaprtega in odprtega sistema prebrizgavanja urinskega katetra. Izvedba na lutki.	Ne omeni, ne prikaže (-)	Je ne prikaže (-)	Je ni (-)	Ne razloži (-)	Je ni (-)	Niti enkrat ne razkuži rok, ne uporablja rokavic (-)	Ni razkužila vstopišča urinskega katetra ali česar koli drugega (-)	Ni prikazano (-)	Dela brez zaščite postelje, cev urinske vrečke najprej odloži na pacientovo posteljo, nato jo prime z kolena, tako da je konekt v zraku. (-) Na kateter natakne staro (onesteriljeno) urinsko vrečko. (-) Z že pripravljeno brizgalko (ne pokaže kako jo je pripravila) na silo vbrizga 50 ml fiziološke raztopine v UK in jo nato na silo aspirira. V primeru pravega pacienta z polnim mehurjem bi bilo to nevarno, oz. najmanj neprijetno (-). Med posegom sedi na pacientovi postelji (-)
Lundin (2013) Izvedba na lutki.	Ne omeni, ne prikaže (-)	Uporabi sterilne pripomočke (+)	Omeni identifikacijo pacienta (+)	Omeni predstavitev in razlago postopka (+)	Omeni uporabo zaves, genitalije lutke ves čas razgaljene (-)	Rok si ne razkuži, niti ne omenja (-)	Uporablja sterilni material, čista metoda dela (-)	Vrečka za odpadke je na postelji pacienta (-)	Uporablja nesterilne preiskovalne rokavice. Vsebino mehurja izlije v sterilno ledvičko - ni nadzora nad izločeno tekočino. (-) Ni niti omenjene niti izvedene higijene rok niti delovne površine. (-) Alkoholni robček s katerim razkuži stičišče katetra odvzame na delovno površino. (-)
Ootmash, (2020) Prikazanih več različnih tehnik, mi ocenjujemo	Ne omeni, ne prikaže (-)	Uporabi sterilne pripomočke (+)	preveri dokumentacijo, vpraša po podatkih, preveri zapetnico (+)	Pacientu se predstavi in mu v celoti razloži postopek (+)	Je zagotovljena (+)	Pomanjkljiva higiena rok (+/-)	Postopek izvaja sterilno (+/-)	Alkoholni robček s katerim razkuži stičišče katetra	Uporablja sterilne rokavice (obleče jih manj primerno) (+/-) Pravilna in temeljita identifikacija pacienta, (+) predstavitev medicinske sestre in

zadnjo, odprto prebrizgavan je urinskega katetra. Pravi pacient.								odvrže na posteljo (-)	razumljivo razložen postopek (+). Omeni prilagoditev višine postelje izvajalcu. (+) Pomanjkljiva higiena rok in razkuževanje delovnih površin. (+/-) Dobro opiše dokumentiranje po postopku. (+)
Manual Bladder Irrigation Tutorial, (2020) Izvedba le z materialom.	Ne omeni, ne prikaže (-)	Ni jasno kakšni so pripomočki, veliko improvizacije (-)	Preveri identiteto pacienta (+)	Se predstavi razloži postopek (+)	Ni omenjena, material je pokrit v smislu intimnosti (+/-)	Neustrezno razkuži roke, uporabi nesterilne rokavice (-)	Postopek se ne izvaja sterilno (-)	Odpadke odlaga zraven pripomočkov (-)	Slab prikaz uporabe delovne površine, odlaganje pripomočkov, na posteljo, pomanjkljiva higiena rok (-) Slabša kakovost posnetka, ne vidi se celotnih postopkov, zvok je slab (-)

Legenda: (+) – ocenili kot pozitivno prakso, (-) – ocenili kot negativno prakso

4 Razprava

Ugotavljamo, da je pri izvajanju te intervencije v literaturi zelo veliko odstopanj, to je zaznati tudi med pregledom izobraževalnih posnetkov dostopnih na Youtubeu. Intervencija je nekje opisana in prikazana kot strogo aseptična (Swansea Bay NHS TV, 2016) in uporabijo celo tri pare sterilnih rokavic, intervencijo bi lahko pravilno izvedli z bolj spretnim rokovanjem in manjšo porabo materiala. Drugje po drugi strani uporabijo čisto metodo dela s sterilnim materialom. V posnetku (<https://www.youtube.com/watch?v=pxsiUyCk2Eg>), ki smo ga kasneje iz tega pregleda izključili, kot tekočino za izpiranje mehurja omenjajo kar vodo iz pipe, oz. ne uporabijo rokavic (Burton, 2016). Na vseh posnetkih smo opazili, da je higiena rok zelo pomanjkljiva. Razvidno je, da si roke pomanjkljivo razkužujejo, če si jih sploh, četudi so smernice Svetovne zdravstvene organizacije na tem področju že dolgo časa vodilo in jasno opredeljujejo kateri postopki za higieno rok so potrebni in na kakšen način se izvajajo (WHO, 2009). V večini primerov je razvidno, da izvajalci slabo poskrbijo za pripravo delovne površine, ki jo razkužijo le v enem posnetku. Kot študenti zdravstvene nege smo bili natančno izobraženi in usposobljeni glede pomena doslednega izvajanja higiene rok in razkuževanja delovnih površin (Ahec in Kramar, 2013) in smo te pomanjkljivosti hitro opazili. Naslednja stvar, ki smo jo opazili na posnetkih je, da pri polovici posnetkov niso preverili identitete pacienta, torej imena in priimka, datuma rojstva in zapestnice s podatki (Bahun in Lavtižar, 2013), kar je v zdravstveni obravnavi izredno pomembno ne glede ali gre za hospitalno ali ambulantno obravnavo. Našli smo neprimerno vedenje, za katerega menimo, da se v zdravstveni negi v Sloveniji praktično ne more primeriti. Tako vedenje je na primer posedanje na pacientovi postelji med intervencijo in odlaganje odpadkov na posteljo med intervencijo. Napačne prakse, ki smo jih videli na videoposnetkih prebrizgavanja urinskega katetra, imajo lahko resne posledice, tako za prakso v zdravstveni negi, ker lahko študenta zavedejo v izvajanje nevarnih praks, kot za varnost pacientov v domačem okolju.

5 Sklep

Videoposnetki so študentom pri učenju intervencij lahko izredno pomemben pripomoček. Lahko jih uporabijo za ponavljanje in utrjevanje znanja in so še posebej dragoceni za tiste študente, ki se lažje učijo s pomočjo vizualnih podob. Ugotavljamo, da je kvaliteta izvedenih postopkov, ki smo jih pregledali slaba, ter da imajo tudi najboljši posnetki še vedno pomanjkljivosti. Te pomanjkljivosti lahko izhajajo iz slabšega strokovnega znanja, nevednosti snemanja strokovnih intervencij, deloma iz različnih praks, ki so očitne glede na izvor posnetkov. Ugotavljamo, da mora biti uporaba videoposnetkov opremljena z natančnimi

komentarji kompetentnega mentorja, ki opozori na pomanjkljivosti in prednosti, oz. morajo študenti pri učenju uporabiti veliko mero kritičnosti in predhodnega teoretičnega znanja, da se izogone škodljivim in neprimernim praksam, ki jih izobraževalni posnetki lahko vsebujejo.

LITERATURA

1. Ahec, L. in Kramar, Z. (2013). Higiena rok. V S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savić, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savić (ur.), *Izbrane intervencije zdravstvene nege – teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego* (str. 24–31). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
2. Alberta Health Services (2019). Flushing and Irrigation of Catheters. Pridobljeno s <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/klink/et-klink-ckv-general-catheter-care-flushing-and-irrigation.pdf>.
3. Bahun, M. in Lavtižar, J. (2013). Identifikacija pacienta. V S. Pivač, S. Kalender Smajlović, A. Černoga, K. Skinder Savić, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savić (ur.), *Izbrane intervencije zdravstvene nege – teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego* (str. 62–56). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
4. Burton, T. (2016). Open and Closed Irrigation. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=fOcK2nG95cY>.
5. Clayton, J. L. (2017). Indwelling Urinary Catheters: A Pathway to Health Care–Associated Infections. *AORN Journal*, 105, 446–452.
6. Dancer, S. J. (2004). How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospitals. *Journal of Hospital Infection*, 56, 10–15.
7. Dean, J. in Ostaszkiwicz, J. (2019). Current evidence about catheter maintenance solutions for management of catheter blockage in long-term urinary catheterisation. *Australian and New Zealand Continence Journal*, 25, 74.
8. Dhir, R. (2020). How to irrigate a Foley catheter. Pridobljeno s <https://www.wikihow.com/Irrigate-a-Foley-Catheter>.
9. Evans, A. in Godfrey, H. (2000). Bladder washouts in the management of long term catheters. *British Journal of Community Nursing*, 19, 900–906.
10. Fenely, R. C. L., Hopley, I. B. in Wells, P. N. T. (2015). Urinary catheters: history, current status, adverse events and research agenda. Pridobljeno s <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/03091902.2015.1085600>.
11. Lundin, P. (2013). Urinary catheter irrigation. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=ZzRHqNZV3nY>.
12. Manual Bladder Irrigation Tutorial (2020). Improvised equipment to teach the procedure during quarantine. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=8zuam8kouXI>.
13. Moussa, M., Chakra, M. A., Papatsoris, A. G., Dellis, A., Dabboucy, B. in Fares, Y. (2021). Bladder irrigation with povidoneiodine prevent recurrent urinary tract infections in neurogenic bladder patients on clean intermittent catheterization. *Neurourology and Urodynamics*, 40, 672–679.
14. Nicolle, L. E. (2014). Catheter associated urinary tract infections. *Antimicrobial resistance and infection control*, 3, 1–8.
15. Pomfret, I., Bayait, F., Mackenzie, R., Wells, M. in Winder, A. (2004). Using bladder instillations to manage indwelling catheters. *British Journal of Community Nursing*, 13, 261–267.
16. Qotmosh, A. Z. (2020). Irrigating a Urinary Catheter. Pridobljeno s https://www.youtube.com/watch?v=5ouJVUc5qog&has_verified=1.
17. Saint, S., Greene, M. T., Krein, S. L., Rogers, M. A., Ratz, D., Fowler, K. E. idr. (2016). A program to prevent catheter-associated urinary tract infection in acute care. *New England Journal of Medicine*, 374, 2111–2119.
18. Swansea Bay NHS TV (2016). How to flush catheter. Pridobljeno s <https://www.youtube.com/watch?v=mPbLhOcDvdE>.
19. University of Wisconsin Hospitals and Clinics (UWH) (2019). Catheter Irrigation. Pridobljeno s <https://www.uwhealth.org/healthfacts/genitourinary/7771.pdf>.

20. Weber, J., Purvis, S., VanDenBergh, S. in Stevens, L. M. (2017). Standardizing Practice for Intermittent Irrigation of Indwelling Urinary Catheters. *Journal of nursing care quality*, 32, 202–206.
21. World Health Organization (WHO) (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.

Paliativna oskrba v dolgotrajni oskrbi

KLJUČNE BESEDE: dolgotrajna oskrba, paliativna oskrba, oskrba na domu, etične dileme

POVZETEK - Paliativna oskrba je pri nas še vedno na začetku svoje razvojne poti. Seznanjenost javnosti in pogosto tudi zdravstvenega osebja z njo je slaba, medtem pa je potreba po paliativni oskrbi vse večja zaradi naraščajočega števila neozdravljivih kroničnih bolezni. Raziskava je temeljila na kvalitativni paradigmi raziskovanja, metodi utemeljene teorije. S kodiranjem smo določili glavne kategorije, podkategorije in kode. Pridobivanje podatkov je potekalo s tehniko intervjuja. Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, v katerega smo vključili tri medicinske sestre iz pilotnega projekta dolgotrajna oskrba v Celju. Ugotovili smo, da se medicinske sestre v dolgotrajni oskrbi pogosto srečujejo s pacienti, ki so neozdravljivo bolni, zato bi bilo v prihodnosti treba načrtovati izobraževanja na področju paliativne oskrbe, s čimer bi povečali motiviranost in zadovoljstvo zaposlenih za delo ter omogočili pacientom oskrbo v skladu s stroko. Prav tako bi bilo treba paliativno oskrbo približati svojcem in jih aktivno vključiti v dvig kakovosti življenja, umiranje, smrt in žalovanje. Če bi ljudje vsebino bolje poznali, bi jo namreč tudi lažje vključevali v vsakodnevno življenje.

KEYWORDS: long-time care, palliative care, home care, ethical dilemmas

ABSTRACT - Palliative care in Slovenia is still at the beginning of its development path. The awareness of the public and often even of the healthcare workers of this field is poor, whereas the need for palliative care steadily increases due to the increasing number of incurable chronic diseases. The research was based on a qualitative research paradigm, the method of grounded theory. By coding, we determined the main categories, sub-categories and codes. Data collection was performed by using an interview technique. We used a non-random, purposive sample, into which we included three nurses from the pilot project »long-time care in Celje«. We established that the nurses in long-time care often meet with patients, who are terminally ill, therefore in the future it would be necessary to plan training in the field of palliative care, whereby we would increase employee motivation and job satisfaction, and provide the patients with treatment in accordance with the profession. At the same time, it would be necessary to bring palliative care closer to the relatives, and to actively involve them in raising the quality of life of the patient, dying, death, and bereavement. If people knew these contents better, it would be easier to integrate them into their daily lives

1 Uvod

Povpraševanje po dolgotrajni oskrbi je vedno večje zaradi staranja prebivalstva in več kroničnih in degenerativnih bolezni. Institucionalne storitve se soočajo z izzivi, ki jih ne povzročajo le skupne potrebe po oskrbi, temveč tudi tehnološke in s tem povezane zdravstvene novosti. Hkrati se število dobro usposobljenega osebja zmanjšuje, deloma tudi zaradi negativne podobe oskrbe na področju geriatrije. Inovacije, ki obravnavajo zahteve v prihodnosti, so zelo upravičene in obstaja velika potreba po razvoju in izvajanju na dokazih temelječe prakse in tehnologije. Na žalost lahko v povprečju mine do 17 let, preden se znanstvena spoznanja sprejmejo v vsakodnevni praksi, prisotno je tudi še pomanjkanje znanstvenega raziskovanja na področju dolgotrajne oskrbe. Rezultat tega je, da starejši ljudje in njihove družine, zdravstveni delavci, politiki in vzgojitelji nimajo dovolj koristi od napredka in najboljših razpoložljivih dokazov. Dolgotrajna oskrba namreč močno potrebuje znanstvene raziskave, da lahko napredek in najboljše razpoložljive dokaze izkoristimo v vsakdanji praksi (Verbeek idr., 2020).

Staranje družbe je resen problem v mnogih razvitih državah po svetu. Delež starejših, starih 65 let ali več, se še naprej veča in je leta 2015 dosegel 26,7 odstotka, kar pomeni rekordne vrednosti po vsem svetu. S tem se povečuje tudi potreba po paliativni oskrbi – oskrbi ob koncu življenja. Mnogo ljudi verjame, da je preživljanje zadnjega obdobja v življenju na kraju, ki si ga sami izberejo, ključno. Na Japonskem je javna raziskava pokazala, da je 63,3 odstotka vprašanih želelo preživeti zadnje dni življenja doma, če je to le mogoče. A v realnosti pomenijo bolnišnice še vedno nekje 76 odstotkov krajev smrti, domovi pa 13 odstotkov. Nasprotno pa geriatrične zdravstvene smernice in študije nakazujejo pomembnost čim večjega spoštovanja pacientovih želja in pravic. Ob upoštevanju tega lahko pričakujemo povečanje zadovoljstva pacienta in njegove družine, manj depresije, stresa in tesnobe v družini ter zmanjšanje možnosti čezmernega podaljševanja življenja umirajočega (Kanoš idr., 2018).

Paliativna oskrba s svojim pristopom izboljšuje kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih, ki se spoprijemajo s težavami ob neozdravljivi bolezni, preprečuje in lajša trpljenje, ki ga zgodaj prepozna, oceni in obravnava bolečino ter druge telesne, psihosocialne in duhovne težave. Podpora, ki jo dobijo ljudje ob koncu svojega življenja z vnaprejšnjim načrtovanjem paliativne oskrbe, je vedno bolj priznana kot pomemben sestavni del visokokakovostnega zdravstva in socialnega varstva, kajti raziskave kažejo, da zgodnja paliativna oskrba izboljša kakovost življenja, pomembno zmanjša hospitalizacije in umrljivost teh ljudi v bolnišnicah (Romano idr., 2017).

Namen raziskave je predstaviti paliativno oskrbo v dolgotrajni oskrbi. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- *Raziskovalno vprašanje 1:* Katere aktivnosti zaposleni v dolgotrajni oskrbi opravljajo pri paliativnih pacientih?
- *Raziskovalno vprašanje 2:* Katere so ovire za zagotavljanje kakovostne paliativne oskrbe v domačem okolju?
- *Raziskovalno vprašanje 3:* Katere so prednosti paliativne oskrbe v dolgotrajni oskrbi?
- *Raziskovalno vprašanje 4:* Kaj zaposleni najpogosteje svetujejo svojcem pacienta, ki potrebuje paliativno oskrbo?

2 Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Uporabili smo metodo utemeljene teorije. Za pridobivanje podatkov smo uporabili metodo intervjuvanja. Primarne vire smo dobili iz znanstvenih in strokovnih člankov, znanstvenih monografij, zbornikov znanstvenih konferenc ter iz domače in tuje literaturo iz knjižnice. Uporabili smo bibliografske baze (COBISS, PUBMED, MEDLINE), pri čemer smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: paliativna oskrba, dolgotrajna oskrba in v angleškem jeziku: paliative care, long-time care. Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena v zadnjih desetih letih. Pri iskanju literature v podatkovnih bazah smo uporabili Googlov logični operator (AND).

Za raziskavo smo uporabili instrument v obliki intervjuja z vnaprej pripravljenimi odprtimi vprašanji, ki smo jih oblikovali na podlagi pregleda literature (Buzeti, 2017; Črnak - Meglič idr., 2014; Ramovš, 2017; Reymond idr., 2018). Intervju je obsegal devet odprtih vprašanj, ki so se nanašala na paliativno oskrbo v dolgotrajni oskrbi in demografske podatke: spol, starost, izobrazba in delovne izkušnje. V intervju niso bili vključeni osebni podatki, ki bi razkrili identiteto posameznika.

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. V raziskavo smo vključili tri medicinske sestre iz pilotnega projekta dolgotrajne oskrbe v Celju, pri čemer smo upoštevali naslednja vključevalna merila:

- medicinske sestre z večletnimi izkušnjami,
- sodelovanje v pilotnem projektu več kot leto in pol.

Podatke smo pridobivali s tehniko intervjuvanja. Intervjuje smo izvedli po predhodnem pisnem soglasju z medicinskimi sestrami, s katerimi smo se dogovorili o času in prostoru izvedbe intervjuja že vnaprej. Pred izvedbo smo jim predali pisna soglasja, s katerimi so potrdile prostovoljno sodelovanje v raziskavi. Pred intervjujem smo jim podali podrobna navodila, predstavili smo namen raziskave in potek obdelave podatkov ter informacij. Sledil je kratek uvodni nagovor na začetku intervjuja. Intervjuje smo snemali, na kar so bili intervjuvanci opozorjeni pred začetkom, dodali smo tudi informirano privolitev v snemanje intervjuja. Izvedba posameznega intervjuja je trajala približno od 15 do 20 minut. Raziskava je potekala med 27. 10. in 5. 11. 2020. V intervju nismo vključili nobenih osebnih podatkov, ki bi razkrili identiteto intervjuvanca. Pridobljena soglasja v projektni nalogi niso objavljena zaradi varovanja osebnih podatkov.

Ko smo intervjuje končali, je sledila analiza le-teh, ki se je začela s transkripcijo – prepisom. Intervjuje smo prepisali dobesedno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost – intervjuvani je lahko dopolnil svoje odgovore in potrdil, da so odgovori na vprašanja ustrezni. Prepisane intervjuje smo označili s števili od 1 do 3, brez osebnih podatkov, ki bi lahko razkrili identiteto. Sledil je proces kodiranja oziroma določevanje pomena (ključnih besed, pojmov in kod). Besedila je bilo treba večkrat prebrati. Ko smo besedilo prepisali in uredili, smo ga začeli razčlenjevati na sestavne dele, tako da smo dobili enote kodiranja in ta del v nadaljevanju analizirali. Analiza se je začela z urejanjem gradiva, določevanjem enot kodiranja, temu pa so sledili kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov ter oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in nazadnje oblikovanje končne teoretične formulacije. Kodirnim enotam smo torej pripisali kode. V nadaljevanju kvalitativne analize podatkov pa smo primerjali kode med seboj. Sorodne kode oziroma kode, ki so se nanašale na podobne pojave, smo nato združili v kategorije, ki smo jih poimenovali. Kategorijo smo oblikovali tako, da smo abstrahirali skupno značilnost več različnih opisov in opredelili povezave med posameznimi kodami. Zbrani podatki so bili analizirani v programu MS Word.

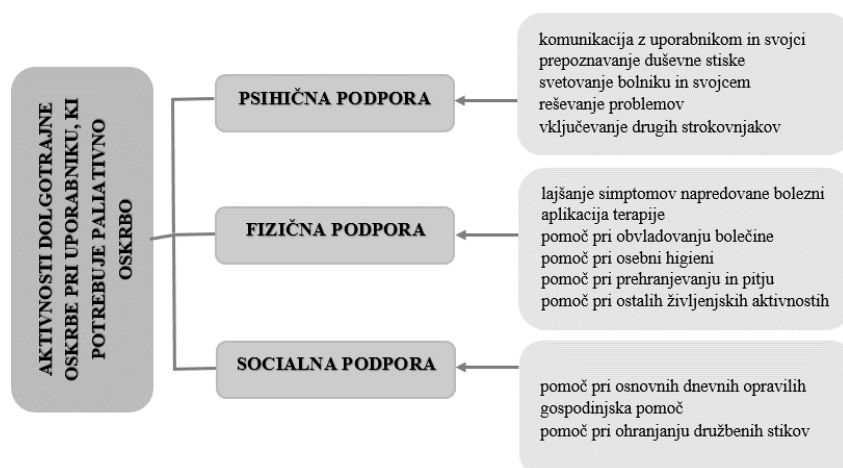
Pri raziskovanju so bili zagotovljeni vsi etični vidiki: načelo koristnosti, načelo zaupnosti, načelo neškodljivosti, načelo pravičnosti, načelo resnicoljubnosti in načelo varnosti.

Vsem intervjuvancem je bila zagotovljena pravica do polne pojasnitve in pravica do zasebnosti.

3 Rezultati

Predstavljena je glavna kategorija aktivnosti dolgotrajne oskrbe pri paliativnem uporabniku. S slike je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razporedili v tri podkategorije, in sicer psihična podpora, fizična podpora in socialna podpora.

Slika 1: Prikaz kategorije aktivnosti dolgotrajne oskrbe pri paliativnem uporabniku

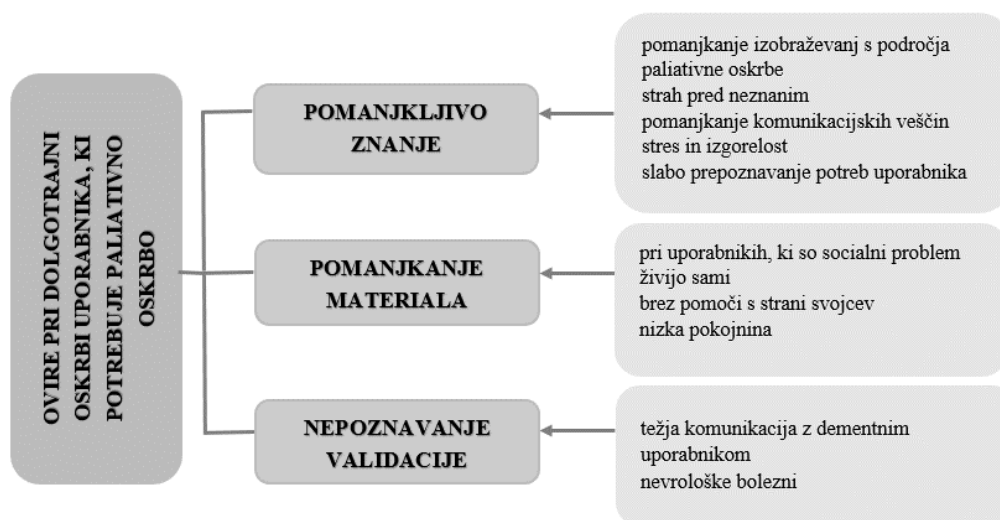


Vir: Lastna raziskava, 2020.

Slika 1 prikazuje glavno kategorijo aktivnosti dolgotrajne oskrbe pri uporabniku, ki potrebuje paliativno oskrbo. S slike je razvidno, da smo kode iz intervjujev razporedili v tri podkategorije, in sicer psihična podpora, fizična podpora in socialna podpora. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav medicinskih sester – intervjujev, smo ugotovili, da so aktivnosti, ki jih opravljajo pri uporabniku, ki potrebuje paliativno oskrbo, predvsem osebna higiena, pomoč pri prehranjevanju in pitju, pomoč pri oblačenju in slačenju, aplikacija terapije, obvladovanje bolečine s spreminjanjem položajev in s tem tudi preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska. Poskrbijo tudi za psihično podporo pacienta in tudi svojcev, saj velikokrat nimajo nikogar drugega. Trudijo se, da prepoznajo znake stiske, se pogovorijo in aktivirajo tudi druge strokovnjake za razrešitev težav, če je potrebno.

V nadaljevanju je predstavljena glavna kategorija ovire pri dolgotrajni oskrbi uporabnika, ki potrebuje paliativno oskrbo, ki smo jih razporedili v tri podkategorije: pomanjkljivo znanje, pomanjkanje materiala in nepoznavanje validacije (slika 2).

Slika 2: Prikaz kategorije ovire pri dolgotrajni oskrbi paliativnega uporabnika



Vir: Lastna raziskava, 2020.

Slika 2 prikazuje glavno kategorijo ovire pri dolgotrajni oskrbi uporabnika v paliativni oskrbi. S slike je razvidno, da smo kode iz intervjujev razporedili v tri podkategorije: pomanjkljivo znanje, pomanjkanje materiala in nepoznavanje validacije. Iz prve podkategorije, izpostavljene na podlagi izjav medicinskih sester, smo ugotovili, da dve medicinski sestri navajata, da nimata dovolj znanja za nego pacienta, ki potrebuje paliativno oskrbo, pogosto sta čutili strah pred neznanim, kaj ju čaka, ko bosta vstopili v hišo. Medicinske sestre so izpostavile težave s pomankanjem materiala za osebno higieno, predvsem pri uporabnikih, ki imajo nizko pokojnino, in pri nekaterih, ki nimajo pomoči svojcev. Prisoten je še problem z nepoznavanjem validacije, saj so navajale tudi težko komunikacijo z dementnimi in z uporabniki v paliativni oskrbi z nevrološkimi boleznimi.

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da so aktivnosti, ki jih opravljajo pri uporabnikih v paliativni oskrbi, predvsem osebna higiena, pomoč pri prehranjevanju in pitju, pomoč pri oblačenju in slačenju, aplikacija terapije, obvladovanje bolečine s spreminjanjem položajev in s tem tudi preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska. Kot pravi Johnston (2020), gre torej za pomoč pri vsakodnevnih življenjskih opravilih in gospodinjstvih opravilih, kot so kopaње, oblačenje, hoja in premestitev, pranje perila, lažja gospodinjstvena opravila in priprava obrokov ter zagotavljanje, da uporabnik v paliativni oskrbi jemlje zdravila po navodilih in uživa hranljive obroke. Buzeti (2017) ugotavlja, da lahko aktivnosti razdelimo na:

- Zdravstvene storitve, ki jih opravlja tehnik zdravstvene nege v skladu s kompetencami: spremljanje vitalnih funkcij in drugih parametrov ter zdravstvenega stanja, izvajanje posegov in postopkov zdravstvene nege, priprava, dajanje in nadzor nad jemanjem zdravil in preprečevanje razjed zaradi pritiska.
- Temeljna dnevna opravila, ki zajemajo storitve oziroma pomoč pri: prehranjevanju in pitju, osebni higieni, oblačenju in slačenju, izločanju in odvajanju, gibanju in zagotavljanju ustrezne lege ter pri pripravi na spanje in počitek.
- Podporna dnevna opravila, ki lahko predstavljajo največ 20 odstotkov vseh storitev formalne oskrbe, so: pomoč pri hišnih opravilih, pomoč pri nakupu živil in življenjskih potrebščin, prinašanje, priprava in postrežba obrokov, prevoz in spremstvo v povezavi z izvajanjem storitev dolgotrajne oskrbe in zdravstvenih storitev.
- Storitve za ohranjanje samostojnosti in preprečevanje poslabšanja stanja, kot so storitve rehabilitacije in reintegracije za ohranjanje samostojnosti in preprečevanje poslabšanja stanja, svetovanje in usposabljanje za neformalne oskrbovalce, vključno s svetovanjem za prilagoditev bivalnega okolja.

Medicinske sestre so navedle, da dajejo uporabnikom v paliativni oskrbi in tudi svojcem večkrat psihično podporo, saj ti dostikrat nimajo nikogar drugega. Trudijo se, da prepoznajo znake stiske, se pogovorijo in aktivirajo tudi druge strokovnjake, če je potrebno.

Paliativna oskrba je namreč medicinska obravnava, ki je usmerjena k celostnemu vodenju pacienta med njegovo boleznijo. Poleg lajšanja telesnih simptomov bolezni se upošteva tudi pacientovo duševno in duhovno doživljanje. Ves čas obravnave pacienta svojce, če se s tem strinjajo in si tega želijo, aktivno vključujemo v oskrbo pacienta. Tako nimajo občutka, da so izgubili bližnjega, pa niso mogli storiti ničesar (Ministrstvo za zdravje, 2020).

Ugotovili smo, da je razen pri eni intervjuvanki opaziti pomanjkanje duhovne oskrbe, ki je po mnenju Evangelista idr. (2016) najnujnejša pri pacientu s potencialno smrtonosnimi boleznimi zaradi njihovih strahov pred smrtjo in pred neznanim. V tem kontekstu je treba razlikovati med duhovnostjo in religioznostjo, saj se ti izrazi običajno uporabljajo kot sopomenke in jih lahko zamenjajo tisti, ki doživljajo proces bolezni, njihovi družinski člani in strokovnjaki. Duhovnost

se nanaša na osebne poskuse razumevanja končnih vprašanj o življenju in njihovem odnosu do svetega in transcendentnega, kar lahko vodi (ali ne) do razvoja verskih praks. Religija pa ustreza organiziranemu sistemu verovanj, praks, ritualov in simbolov, katerih namen je olajšati bližino med posamezniki in svetim ali transcendentnim. Religioznost pa je najosnovnejša raven religije in zadeva obseg, v katerem posamezniki verjamejo, ji sledijo in jo izvajajo.

Ugotovili smo, katere so ovire pri paliativni oskrbi v dolgotrajni oskrbi. Dve medicinski sestri nimata dovolj znanja za zdravstveno nego uporabnika v paliativni oskrbi, želeli bi si namreč več vsebin iz paliativne oskrbe na izobraževanjih. Opažata pomanjkanje komunikacijskih veščin, slabo prepoznavanje potreb uporabnika v paliativni oskrbi in pogosto strah pred neznanim, predvsem kaj ju čaka, ko bosta vstopili v hišo. Prav tako Verbeek idr. (2020) ugotavljajo, da se število dobro usposobljenega osebja zmanjšuje, deloma tudi zaradi negativne podobe oskrbe na področju geriatrije. Inovacije, ki obravnavajo zahteve v prihodnosti, so zelo upravičene in obstaja velika potreba po razvoju in izvajanju na dokazih temelječe prakse in tehnologije. Rezultat tega je, da starejši ljudje in njihove družine, zdravstveni delavci, politiki in vzgojitelji nimajo dovolj koristi od napredka in najboljših razpoložljivih dokazov. Dolgotrajna oskrba namreč močno potrebuje znanstvene raziskave, da lahko napredek in najboljše razpoložljive dokaze izkoristimo v vsakdanji praksi.

Prisoten je tudi še problem z nepoznavanjem validacije, saj so navajale tudi težko komunikacijo z dementnimi in z uporabniki z nevrološkimi boleznimi. Bolt idr. (2019) navajajo, da ima zaposleni v dolgotrajni oskrbi, ki skrbi za osebo z demenco, ključno vlogo pri prepoznavanju potreb po paliativni oskrbi in sprememb v zdravstvenem stanju. Paliativna oskrba za osebe z demenco je zapletena in zahteva posebne kompetence. Pomanjkanje le-teh lahko privede do nepotrebnih hospitalizacij, slabega nadzora simptomov in neželenih obremenjujočih zdravljenj.

Z raziskavo smo ugotovili glavne prednosti paliativne oskrbe v dolgotrajni oskrbi, in sicer je prva prednost bližina svojcev, kar je za uporabnika zelo pozitivno, saj so navezani na svojce in potrebujejo njihovo oporo ter pozornost, nekateri nenehno. Reymond idr. (2018) navajajo, da je umiranje doma, ko je pacient obkrožen z družinskimi člani, »zlati standard« za dostojno smrt.

Druga prednost je domače okolje, intervjuvanke navajajo, da se uporabniki počutijo veliko bolje v domačem okolju, ki jim je poznano, doma so njihove živali, ki lahko delujejo zelo pozitivno in pomirjajoče. Po mnenju Johnston (2020) lahko teoretično enako raven oskrbe, ki jo zagotavljajo domovi za ostarele, zagotovijo poklicni negovalci v domačem okolju. Številne raziskave dokazujejo, da je večina bolnikov v terminalni fazi želela ostati v svojih domovih čim dlje in sčasoma umreti doma.

Ugotovili smo, kam so uporabnike v paliativni oskrbi medicinske sestre velikokrat napotile, ko so zaznale, da ti potrebujejo dodatno pomoč. Navedle so izbranega osebnega zdravnika, patronažno medicinsko sestro, socialne delavce, fizioterapevte in delovne terapevte. Večkrat so se tudi same dogovorile za pomoč pri patronažnih sestrah ali so poklicale izbranega osebnega zdravnika. Socialne delavce, fizioterapevte in delovne terapevte so lahko aktivirale kar prek projekta, saj so bili zaposleni v dolgotrajni oskrbi.

5 Sklep

Mnogo ljudi verjame, da je preživljanje zadnjega obdobja v življenju na kraju, ki si ga sami izberejo, ključno. Raziskave kažejo, da si vedno več ljudi želi preživeti zadnje dni svojega življenja v domačem okolju. Medtem ko geriatrične zdravstvene smernice in študije dokazujejo pomembnost spoštovanja pacientovih želja in pravic, saj ob upoštevanju le-teh pričakujemo zadovoljstvo pacienta in njegove družine, manj depresije, stresa in tesnobe v družini ter

zmanjšanje možnosti čezmernega podaljševanja življenja umirajočega, a žal še vedno največji odstotek ljudi umre v bolnišnici.

V projektni nalogi smo večkrat poudarili, da je umiranje doma, ko so pacienti obkroženi z družinskimi člani, »zlati standard« za dostojno smrt. Številne raziskave namreč dokazujejo, da je večina pacientov v terminalni fazi želela ostati v svojih domovih čim dlje in sčasoma umreti doma. Dolgotrajna oskrba je torej področje, ki vse bolj stopa v ospredje in postaja vse bolj nepogrešljiva sestavina socialne varnosti, kar še zlasti velja za gospodarsko razvitejše države sveta. Zaradi staranja prebivalstva in s tem povezanega povečanja števila ljudi s kroničnimi degenerativnimi boleznimi med starejšimi ter tako tudi porasta števila ljudi, ki potrebujejo paliativno oskrbo, dobiva področje dolgotrajne oskrbe v družbi vse vidnejšo vlogo.

Paliativna oskrba v dolgotrajni oskrbi torej ne zajema samo procesa umiranja, vendar je v to zajeto veliko daljše časovno obdobje, v katerem je treba poskrbeti za kakovostno življenje pacienta z neozdravljivo boleznijo. V proces so vključeni tudi svojci, ki lahko dobro vplivajo na pacienta, če prejmejo dovolj informacij in pomoči različnih strokovnjakov. Pomembno je, da zdravstveni delavci v dolgotrajni oskrbi stisko opazijo in jim znajo svetovati o različnih vrstah pomoči. Da multidisciplinarni tim v dolgotrajni oskrbi lahko omogoča kakovostno paliativno oskrbo, sta potrebna znanje s specifičnih področij paliativne oskrbe ter sodelovanje tima. Upoštevati je treba tudi načela paliativne oskrbe, ki uporabniku omogočajo kakovosten preostanek življenja.

To je torej zelo kompleksna zadeva, ki vključuje predvsem timsko delo zaposlenih, veliko empatije in veliko komunikacije, tako verbalne kot neverbalne. Prepričanje paliativne oskrbe je, da je najpomembnejša kakovost življenja v času pred smrtjo, bolj kot samo trajanje in smrt, zato se paliativna oskrba najbolj osredotoča na kakovost življenja posameznika pred smrtjo, poleg tega je skoraj nujno potrebno, da so v oskrbo vključeni tudi svojci, saj sta ljubezen in toplina bližnjih nenadomestljivi, kar lahko z dolgotrajno oskrbo, ki se dogaja na domu uporabnika, lažje dosežemo.

LITERATURA

1. Bolt, S. R., Van der Steen, J. T., Schols, J. M. G. A., Zwakhalen, S. M. G., Pieters, S. in Meijers, J. M. M. (2019). Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities, a scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. 96 (1), 143–152.
2. Buzeti, T. (2017). Izhodišča za sistemsko ureditev dolgotrajne oskrbe v Sloveniji. (11. 4. 2017). Celje, Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 6. 11. 2020, s http://mz.arhiv-spletisc.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/DO/11042017_posvet/Tatjana_Buzeti__M_Z.pdf.
3. Črnak Meglič, A., Drole, J., Kobal Tomc, B. idr. (2014). Podpora samostojnemu bivanju v domačem okolju in dolgotrajna oskrba: analitsko poročilo DP5 projekta AHA.SI, delovna verzija 1. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno s http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/wp5_analitsko_porocilo.pdf.
4. Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, 18 (1), 53–55. Pridobljeno 10. 11. 2020, s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-YXSK88XD/1376d61c-41a1-4803-9094-4d3880543205/PDF>.
5. Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G., Batista, P. S. S., Batista, J. B. V. in Oliveira, A. M. de M. (2016). Palliative care and spirituality: an integrative literature review - Cuidados paliativos e espiritualidade, Universidade Federal da Paraíba, Postgraduate Program in Nursing, João Pessoa, Paraíba, Brazil. 69 (3), 591–601. Pridobljeno 7. 11. 2020, s DOI: 10.1590/0034-7167.2016690324i.

6. Johnston, L. (2020). Short-Term Home Care vs. Long-Term Home Care. (29. 6. 2020). Pridobljeno 15. 11. 2020, s <https://www.agingcare.com/articles/difference-between-short-and-long-term-home-care-154984.htm>.
7. Kaasalainen, S., Sussman, T., McCleary, L., Thompson, G., Hunter, P. in Wickson - Griffiths, A. idr. (2019). Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 32 (3), 8–26.
8. Kanoh, A., Yoshiyuki, K., Tsuneto, S. in Yokoya, S. (2017). End-of-life care and discussions in Japanese geriatric health service facilities: a nationwide survey of managing directors' viewpoints. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35 (1), 83–91.
9. Ministrstvo za zdravje, 2020. Dolgotrajna oskrba. (21. 10. 2020). Pridobljeno 8. 11. 2020, s <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dolgotrajna-oskrba/>.
10. Ramovš, J. (2017). Gerontološko izrazje (glossary of gerontology terms). *Kakovostna starost. Revija za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje*, 20 (2), 51–52.
11. Reymond, L., Parker, G., Gilles, L. in Cooper, K. (2018). Home-based palliative care, *Aust J Gen Pract*, 47 (11), 747–752.
12. Romano, A. M., Gade, K. E., Nielsen, G., Havard, R., Harrison, J. H. in Barclay, J. idr. (2017). Early palliative care reduces end-of-life intensive care unit (ICU) use but not ICU course in patients with advanced cancer. *The Oncologist*, 22 (3), 318–332.
13. Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., Schols, J. M. G. A., Kempen, G. I. J. M. in Hamers, J. P. H., (2020). The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: A Sustainable Model for Translational Research Improving Quality of Life, Quality of Care and Quality of Work, *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24 (1), 43–47.

Učinki vadbe za ravnotežje pri kronični nestabilnosti gležnja

KLJUČNE BESEDE: kronična nestabilnost gležnja, vadba za ravnotežje, uravnavanje drže, učinki vadbe, senzomotoričen primanjkljaj

POVZETEK - Uvod: Kronična nestabilnost gležnja je sindrom, katerega značilni simptomi so občutek nestabilnosti, ponavljajoči se zvini gležnja in funkcijski primanjkljaj. Celovit fizioterapevtski program je usmerjen v izboljšanje propriocepcije, živčno-mišičnega nadzora in ravnotežja. Namen diplomskega dela je na osnovi pregleda literature analizirati učinke vadbe za ravnotežje pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja. **Metode dela:** Iskanje literature je potekalo v angleškem jeziku v podatkovni zbirki PubMed. Vključitveni kriteriji za izbrane članke so bili: randomizirana kontrolirana raziskava ter objava med letoma 2009 in 2019. **Rezultati:** Med iskanjem literature je bilo pregledanih 41 strokovnih člankov, v pregled literature pa je bilo vključenih osem raziskav. **Rezultati raziskav kažejo,** da je vadba za ravnotežje pri obravnavi kronično nestabilnega gležnja učinkovita in bistveno zmanjša tveganje za ponoven zvin gležnja. **Razprava:** S pregledom literature smo ugotovili, da je v fizioterapevtski program pri obravnavi kronično nestabilnega gležnja smiselno vključiti vadbo za ravnotežje.

KEYWORDS: chronic ankle instability, balance training, postural control, training effects, sensorimotor impairment

ABSTRACT - Introduction: Chronic ankle instability is a condition characterized by feelings of instability, recurrent ankle sprains and functional deficit. The comprehensive physiotherapeutic program that emphasize proprioceptive, neuromuscular control, and balance training significantly reduce the risk of recurrent ankle sprains. The purpose of this undergraduate thesis is to analyze the effects of balance training in individuals with chronic ankle instability, based on a review of the scientific literature. **Methods:** The literature was searched in English and search was carried out in the PubMed database. The inclusion criteria for the selected articles were: randomized controlled trial and search frame between 2009 and 2019. **Results:** Forty-one articles were reviewed, eight studies were included in the final review and thoroughly analyzed. The results show that balance training is effective in treating the chronic ankle instability and significantly reduces a recurrence of the ankle sprain. **Discussion:** Literature review has shown that including a balance training in the physiotherapy program is beneficial, when dealing with a chronic ankle instability.

1 Teoretična izhodišča

Kronična nestabilnost gležnja je sindrom, ki nastane kot posledica enkratnega ali večkratnega zvinu gležnja. Simptomi vključujejo občutek nestabilnosti, ponavljajoče se zvine gležnja in funkcijski primanjkljaj (Hertel, 2002). Mehanizem poškodbe je v večini primerov prekomerna inverzija stopala v kombinaciji s plantarno fleksijo ob stiku stopala s podlago (Doherty idr., 2014; Wright idr., 2000). Najpogosteje je poškodovan lateralni ligamentarni kompleks (Wright idr., 2000; Garrick, 1977), prevladuje pa poškodba anteriornega talofibularnega ligamenta (Leonard, 1949; Saunders, 1980). Približno 32 % bolnikov, ki so utrpeli zvin gležnja, razvije kronično nestabilnost gležnja, kar poveča nagnjenost k ponavljajočim se poškodbam gležnja (Konradsen idr., 2002). Raziskovalci so mnenja, da je pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja prisoten tako mehanski kot tudi senzomotorični primanjkljaj. Mehanska nestabilnost naj bi bila posledica anatomskih sprememb po prvotnem zvinu gležnja. Te spremembe vključujejo patološko ohlapnost ligamentov, motnje artrokinematike, sinovialne in

degenerativne spremembe (Hertel, 2002). Funkcionalna nestabilnost pa naj bi bila povezana z moteno propriocepcijo, spremenjenim živčno-mišičnim uravnavanjem, zmanjšano mišično zmogljivostjo in zmanjšano sposobnostjo uravnavanja drže (Hubbard in Hertel, 2006; Hertel, 2002). Celovit fizioterapevtski program, usmerjen v izboljšanje propriocepcije, živčno-mišičnega nadzora in ravnotežja, bistveno zmanjša tveganje za ponavljajoče se zvine gležnja (Verhagen idr., 2000). Z vadbo za izboljšanje živčno-mišičnega sistema vplivamo na osnovno okvaro s krepitvijo mišic in ponovno vzpostavitev zaščitnih refleksov gležnja (Hertel, 2002). Čeprav se raziskovalci strinjajo glede koristnosti klinične uporabe tovrstne vadbe, pa je mehanizem delovanja vadbe za ravnotežje na izboljšanje mehanske in funkcionalne nestabilnosti pri kronični nestabilnosti gležnja še vedno nejasen. Predvideva se, da vadba ravnotežja učinkovito spodbuja delovanje mehanoreceptorjev s stimulacijo le-teh v kapsuli in ligamentih skočnega sklepa (van Rijn idr., 2011). Namen diplomskega dela je na osnovi pregleda literature analizirati učinke vadbe za ravnotežje pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja.

2 Metode

Znanstveno in strokovno literaturo smo iskali v podatkovni bazi PubMed, in sicer v angleškem jeziku, pri iskanju pa so bili uporabljeni naslednji iskalni nizi: chronic ankle instability, functional ankle instability, balance training, balance therapy, balance treatment. V pregled literature smo vključili randomizirane kontrolirane raziskave, ki preučujejo učinke vadbe za ravnotežje. Eden izmed vključitvenih kriterijev je bil tudi časovni okvir iskanja, in sicer objava med letoma 2009 in 2019. Iz nadaljnje analize smo izločili raziskave, ki primerjajo preiskovance s kronično nestabilnostjo gležnja z zdravimi posamezniki, raziskave, pri katerih je vadbeni program trajal manj kot 4 tedne, in raziskave, katerih ocena po lestvici PEDro je manj kot 6 točk od skupno 10.

3 Rezultati

Med iskanjem literature je bilo pregledanih 41 strokovnih člankov, izmed katerih smo jih na podlagi vključitvenih kriterijev podrobneje pregledali 21. Na podlagi izključitvenih kriterijev je bilo za nadaljnjo analizo ustreznih 8 randomiziranih kontroliranih raziskav, ki so bile objavljene med letoma 2009 in 2019.

Ciljna preučevana skupina, vključena v pregled literature, so bili posamezniki s kronično nestabilnostjo gležnja. Vključitveni kriteriji so bili v vseh raziskavah: prvi zvin gležnja pred več kot 1 letom, občutek nestabilnosti gležnja v zadnjih 6 mesecih ali vsaj 2 ponovna zvina v zadnjem mesecu, ocena nestabilnosti po CAIT (Cumberland Ankle Instability Tool) manj kot 24 ali vsaj 4 pritrdilni odgovori vprašalnika Ankle Instability Instrument. Pri vseh vadbenih programih so vadbo izvajali na poškodovani strani, v primeru bilateralne nestabilnosti so izbrali stran, ki je imela nižjo oceno po CAIT (Sierra - Guzmán idr., 2018) ali FAAM (Burcal idr., 2017), oziroma so preiskovanci sami izbrali stran, ki je po njihovem mnenju bolj nestabilna (Wright idr., 2017; McKeon idr., 2009).

Vadbeni program je trajal najmanj 4 tedne (Anguish in Sandrey, 2018; Burcal idr., 2017; Youssef idr., 2018; Wright idr., 2017; McKeon idr., 2009), najdaljši program pa je trajal 8 tednov (Lee idr., 2019). Lee in sod. (2019) so primerjali vadbo s krajšanjem stopalnega loka – SFE (angl. short-foot exercise) in proprioceptivno senzorno vadbo – PSE (angl. proprioceptive sensory exercise). Pri vadbi SFE so preiskovanci poskušali aktivno približati glavo prve metatarzale proti peti in položaj zadržati. V skupini PSE so preiskovanci z odprtimi očmi stali na eni nogi na različnih podlagah. Anguish in Sandrey (2018) sta raziskovala učinke vadbe

vzdrževanja ravnotežja na eni nogi – SLB (angl. single-limb balance) in progresivne vadbe skokov na eno nogo – PSHB (angl. progressive hop-to-stabilisation balance), ki so jo oblikovali McKeon in sod. (2008). Sestavljena je iz enonožnih poskokov v različne smeri različnih zahtevnosti ter iz stoji na eni nogi v kombinaciji z različnimi nalogami in nestabilnimi podlagami. Program SLB pa so povzeli po Hale in sod. (2007), a so uporabili le del, ki se nanaša na živčno-mišični nadzor gležnja. Tudi ta vključuje različne vaje stoji na eni nogi, samostojno ali v kombinaciji z nalogami, ki jih preiskovanci izvajajo na različnih nestabilnih podlagah. Vadbo, ki so jo oblikovali McKeon in sod. (2008), so v program vključili še v dveh raziskavah. V eni so jo raziskovalci primerjali s kontrolno skupino, ki ni izvajala vadbenega programa (McKeon idr., 2009). V drugi pa sta obe skupini izvajali omenjeno vadbo, le da so bili v eni skupini preiskovanci pred vadbo deležni dodatne obravnave, imenovane STARS. Pri tem gre za senzorno usmerjene postopke rehabilitacije gležnja (angl. sensory-targeted ankle rehabilitation strategies), ki vključujejo raztezanje plantarnih fleksorjev, trakcijo in mobilizacijo talusa ter masažo plantarnega dela stopala. Kontrolno skupino so vključili še v treh raziskavah. Sierra - Guzmán in sod. (2018) so pri eksperimentalnih skupinah primerjali, kakšen učinek ima vibracija celega telesa kot dodatek k vadbi za ravnotežje, medtem ko kontrolna skupina ni izvajala vadbenega programa. Youssef in sod. (2018) so preučevali učinke vadbe za ravnotežje, izvajane z lastno težo, in jih primerjali s programom vadbe po Hale in sod. (2014), ki je vključeval stoji na eni nogi na različnih podlagah, vadbo z elastičnim trakom in poskoke. Kontrolna skupina prav tako ni izvajala vadbe. V raziskavi avtorjev Cruz-Diaz in sod. (2015) so tudi v kontrolni skupini izvajali enak program vadbe kot v preučevani skupini, le brez vadbe za ravnotežje. Program je bil sestavljen iz ogrevanja, sledila je vadba za krepitev spodnjih udov po smernicah ACSM (2009), v eksperimentalni skupini pa še krožna vadba za ravnotežje, sestavljena iz 7 vaj na različnih nestabilnih podlagah. V eni izmed raziskav so avtorji Wright in sod. (2017) primerjali učinek vadbe za ravnotežje na ravnotežnem krožniku z vadbo mišične jakosti. Slednjo so preiskovanci izvajali z elastičnim trakom v vseh štirih možnih obsegih gibanja v skočnem sklepu.

Meritve so bile izvedene pred začetkom vadbenega programa in po koncu programa. Sierra - Guzmán in sod. (2018) so učinke vadbe spremljali še po zaključenem programu in meritve ponovili še 6 tednov po koncu vadbe, Burcal idr. (2017) pa so meritve izvedli takoj po testiranju, po 24 urah in po 1 mesecu. Učinki posameznih vadbenih programov pri kronični nestabilnosti gležnja so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Predstavitev programov vadbe in rezultatov, analiziranih s pregledom literature

<i>Avtorji</i>	<i>Program</i>	<i>Rezultati</i>
Lee idr., 2019	Vadba s krajšanjem stopalnega loka – SFE Propriocept. senzorna vadba – PSE	SFE: značilno izboljšanje občutka za položaj sklepa v smeri everzije (zmanjšanje napake za 2,36°), praga zaznavanja vibracij (-1,75 μ m/s), dinamičnega ravnotežja v ant.-post. (-1,70 cm) in med.-lat. smeri (-1,86 cm), kot tudi CAIT (izboljšanje za 5,33 točke). V SFE statistično pomembno izboljšanje občutka za položaj sklepa v smeri everzije, dinamičnega ravnotežja in CAIT ($p < 0,05$) in praga zaznavanja vibracij ($p < 0,001$) v primerjavi s PSE.
Burcal idr., 2017	Vadba za ravnotežje – BL Vadba za ravnotežje s STARS – BLS	Med skupinama ni statistično pomembnih razlik, v obeh je prišlo do statistično pomembnega izboljšanja v FAAM, SEBT in statičnega ravnotežja z zaprtimi očmi ($p < 0,10$). Velikost učinka kaže v prid BLS (več kot 80 % merjenih parametrov).

Anguish in Sandrey, 2018	Vadba vzdrževanja ravnotežja na eni nogi – SLB Progresivna vadba skokov na eno nogo – PSHB	SLB: statistično značilno izboljšanje FAAM-ADL, FAAM-Sports in SEBT ($p < 0,001$) in občutka za položaj sklepa v 3 smereh: DF za $-0,29^\circ$, PF za $-0,54^\circ$ in INV za $-0,32^\circ$ ($p < 0,001$). PSHB: statistično značilno izboljšanje FAAM-ADL, FAAM-Sports in SEBT ($p < 0,001$) in občutka za položaj sklepa v 3 smereh: DF za $-0,29^\circ$, PF za $-0,27^\circ$ in INV za $-0,38^\circ$ ($p < 0,001$). Med skupinama ni statistično značilnih razlik, razen pri FAAM-Sports v korist SLB, a ni klinično pomembna.
Sierra - Guzmán idr., 2018	Vadba za ravnotežje z vibracijo – VIB Vadba za ravnotežje brez vibracije – NVIB Kontrolna skupina	VIB: statistično pomembno izboljšanje OSI za $-18,69 \% \pm 21,58 \%$ ($p = 0,01$), APSI za $-13,28 \% \pm 25,34 \%$ ($p = 0,02$) po koncu vadbenega programa in 6 tednov po koncu: OSI ($p = 0,003$), APSI ($p = 0,03$); statistično pomembno izboljšanje v SEBT v med. in post.-lat. smeri ($p < 0,05$), a upad po 3. merjenju. NVIB: statistično pomembno izboljšanje v SEBT v med., post.-med. in post.-lat. smeri ($p < 0,05$), prav tako opazno zmanjšanje po 3. merjenju. Med skupinami ni bilo statistično pomembnih razlik v statičnem in dinamičnem ravnotežju, kakor tudi ne v telesni sestavi.
Youssef idr., 2018	Vadba za ravnotežje z lastno težo – WEBB Vadba vzdrževanja ravnotežja na eni nogi –SLB Kontrolna skupina	WEBB: statistično značilno izboljšanje OSI ($p = 0,001$) in APSI ($p = 0,000$). SLB: statistično značilno izboljšanje OSI ($p = 0,000$), APSI ($p = 0,000$) in MLSI ($p = 0,006$). KS: ni statistično značilnih sprememb. Med skupinama je v WEBB statistično značilno izboljšanje v OSI in APSI, v SLB pa v vseh testiranih parametrih v primerjavi s KS, med skupinama pa ni statistično značilnih razlik.
Wright idr., 2016	Vadba na ravnotežnem krožniku – RK Vadba z elastičnimi trakovi – ET	RK: statistično pomembno izboljšanje v FAAM-ADL ($p < 0,001$). Med skupinama ni statistično pomembnih razlik – v obeh skupinah je prišlo do statistično pomembnih izboljšanj v vseh preučevanih testih ($p < 0,001$), razen pri FAAM-ADL, kjer pri ET ni bilo sprememb.
Cruz - Diaz idr., 2015	Vadba za ravnotežje Kontrolna skupina	PS: statistično pomembno izboljšanje v CAIT za $3,8 \pm 0,86$ ($p < 0,001$) in v SEBT v treh smereh ($p < 0,001$). KS: statistično pomembno izboljšanje v CAIT za $0,17 \pm 0,16$ ($p < 0,05$); v občutenju bolečine in testu SEBT ni pomembnih sprememb. V PS je statistično pomembno izboljšanje v CAIT večje kot v KS ($p < 0,001$), prav tako pri SEBT ($p < 0,001$).
McKeon idr., 2009	Vadba za ravnotežje Kontrolna skupina	PS: statistično pomembno zmanjšanje nihanja gležnja za $3,1^\circ$ ($p = 0,03$). Med skupinama je prišlo do statistično pomembnega zmanjšanja nihanja gležnja v korist PS ($-3,2^\circ$, $p = 0,03$).

PS – preučevana skupina, KS – kontrolna skupina, CAIT – vprašalnik o nestabilnosti gležnja; FAAM-ADL – ocenjevanje sposobnosti stopala in gležnja (del, ki vključuje dnevne aktivnosti), SEBT – test zvezdastega dosega, DF – dorzalna fleksija, PF – plantarna fleksija, INV – inverzija, OSI – indeks celokupne stabilnosti, APSI – indeks stabilnosti v antero-posteriorni smeri, MLSI – indeks stabilnosti v medialno-lateralni smeri

4 Razprava

Pregled literature je pokazal, da ima vadba za ravnotežje veliko specifičnih učinkov na izboljšanje simptomov in znakov pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja. Raziskave so pokazale, da naj bi imeli posamezniki s kronično nestabilnostjo gležnja v primerjavi z zdravimi posamezniki spremenjeno kinematiko gležnja skozi celoten cikel hoje, ta je bila najbolj opazna v smeri inverzije. Predvsem je do povečane inverzije prišlo pred prvim dotikom stopala in v fazi opore (Drewes idr., 2009). Pomanjkanje usklajenosti gibanja med hojo je lahko znak spremenjenega živčno-mišičnega vključevanja mišic, ki obdajajo skočni sklep, v zavzemanju končnega položaja sklepa pred prvim dotikom. McKeon idr. (2009) so dokazali, da vadba za ravnotežje pozitivno vpliva na zmanjšanje nihanja gležnja med hojo v primerjavi s kontrolno skupino. Tudi Anguish in Sandrey (2018) sta poročala o izboljšanju občutka za zaznavanje položaja sklepa, in sicer v smeri dorzalne in plantarne fleksije ter inverzije, kar je klinično pomembno, saj do večine poškodb pride ravno v položaju inverzije in plantarne fleksije skočnega sklepa. Predpostavlja se, da naj bi bilo zmanjšano zaznavanje položaja sklepa posledica poškodb mehanoreceptorjev (Hubbard, Kaminski, 2002), ki centralnemu živčnemu sistemu pošiljajo spremenjene signale. Ob obremenitvi lahko pride do spremembe biomehanike stopala, kar vodi v zmanjšano zmožnost prilagajanja sklepa na spremembe površine, zaradi česar postane telo bolj nestabilno in vodi v nepravilen položaj stopala ob pristanku (Sekizawa idr., 2001).

Sierra - Guzmán in sod. (2018) so ugotovili, da 6-tedenska vadba za ravnotežje z vibracijo na nestabilni podlagi (BOSU) izboljša ravnotežje pri posameznikih s kronično nestabilnim gležnjem. Obe preučevani vadbi, tako vadba za ravnotežje, izvajana na vibracijski napravi, kot tudi vadba, izvajana na tleh, sta učinkoviti pri izboljšanju dinamičnega ravnotežja, a se je vadba na vibracijski napravi izkazala kot učinkovitejša pri vplivu na statično ravnotežje. Prav tako se je izkazalo, da se učinek vadbe z vibracijo na statično ravnotežje ohrani tudi po končanem programu. Učinki le-te so se namreč ohranili tudi 6 tednov po koncu vadbenega programa, v nasprotju z dinamičnim ravnotežjem, kjer je bil opazen upad ugotovljenih učinkov po 3. merjenju. To nakazuje, da je dodatek vibracije k vadbenemu programu učinkovitejši kot zgolj sama vadba za ravnotežje. Cardinale in Bosco (2003) menita, da bi vadba z vibracijo lahko povečala občutljivost in vzdraženost motonevronov α in γ . Te prilagoditve lahko privedejo do skrajšanja reakcijskega časa mišic, ki stabilizirajo gleženj, in tako izboljšajo uravnavanje položaja gležnja pri dejavnostih, ki zahtevajo stoji na eni nogi. Med skupinama sicer ni opaznih statistično značilnih razlik. Razlog je lahko v tem, da sta bili obe vadbi izvajani na nestabilni podlagi (BOSU), dodajanje BOSU na vibracijsko ploščad pa bi lahko zmanjšalo energijo, ki jo proizvaja vibracija.

Cruz - Diaz in sod. (2015) so po 4-tedenski vadbi za ravnotežje poročali o izboljšanju dinamičnega ravnotežja v primerjavi s kontrolno skupino. Za merjenje so uporabili test zvezdastega dosega – SEBT, ki je veljaven in zanesljiv način ocenjevanja ravnotežja in dinamičnega uravnavanja drže (Hertel idr., 2006). Do izboljšanja je prišlo v vseh treh merjenih smereh – anteriorni, postero-medialni in postero-lateralni smeri ($p < 0,001$), medtem ko v kontrolni skupini ni bilo opaziti izboljšanja. Glede na to, da je kontrolna skupina prav tako izvajala vadbeni program, le brez vadbe za ravnotežje, in do podobnih učinkov ni prišlo, bi lahko predpostavili, da gre za klinično pomembne rezultate. V ostalih raziskavah, v katerih so preučevali vpliv vadbe za ravnotežje na dinamično ravnotežje, niso uspeli ugotoviti, da bi bila katera izmed vadb učinkovitejša, so se pa vse izkazale za učinkovite.

V treh raziskavah so uporabili vprašalnik o nestabilnosti gležnja – CAIT. Gre za vprašalnik o subjektivnem občutenju nestabilnosti gležnja pri posameznikih s kronično nestabilnostjo, s katerim lahko določimo prisotnost in stopnjo nestabilnosti. V eni izmed njih ni prišlo do

statistično pomembnih sprememb med vadbenima programoma, v dveh pa so se rezultati CAIT izboljšali. Lee in sod. (2019) so v skupini SFE ugotovili izboljšanje za 5,33 točke (z 21,07 na 26,40) v primerjavi s PSE, v kateri so se rezultati izboljšali z 21,13 na 24,57. Cruz-Diaz in sod. (2015) pa so opazili izboljšanje za 3,8 točke (z 22,54 na 26,34, $p < 0,001$) v skupini, ki je izvajala vadbo za ravnotežje, medtem ko v kontrolni skupini ni prišlo do sprememb. V obeh raziskavah so razlike statistično pomembne, lahko pa bi rekli, da so tudi klinično pomembne, saj se rezultati zelo približajo vrednosti 27,5, ki naj bi predstavljala mejo, nad katero so zdravi posamezniki brez težav s kronično nestabilnostjo gležnja (Hiller idr., 2006). V raziskavi, v kateri avtorji Wright in sod. (2016) niso ugotovili razlik med skupinama, so sicer prav tako zaznali izboljšanje v CAIT pri obeh vadbenih programih. Pri vadbi za ravnotežje je prišlo do izboljšanja za 5,74 točke (s 16,63 na 22,20, $p < 0,05$), v skupini, ki je izvajala vadbo z elastičnimi trakovi, pa za 3,15 točke (s 16,15 na 19,30, $p < 0,05$), vendar rezultati niso statistično značilni.

V treh raziskavah so preučevali tudi vpliv kronično nestabilnega gležnja na vsakodnevne dejavnosti in udejstvovanje v športu ter za ocenjevanje uporabili vprašalnika zmanjšane zmožnosti FAAM-ADL in FAAM-Sports (angl. Foot and Ankle Ability Measure). Anguish in Sandrey (2018) sta ugotovila statistično značilno izboljšanje po vadbenem programu tako v FAAM-ADL kot tudi FAAM-Sports ($p < 0,001$) v obeh skupinah, vendar med skupinama ni statistično značilnih razlik, razen pri FAAM-Sports v korist SLB, a ta ni klinično pomembna. Najmanjša klinično pomembna razlika je 8 točk v sklopu šport in najmanj 9 točk pri sklopu vsakodnevnih dejavnosti (Martin idr., 2005). Anguish in Sandrey (2018) sta pri vadbenem programu SLB v FAAM-Sports zaznala manjše izboljšanje (le 7 %) v primerjavi z več kot 20 % izboljšanjem avtorjev Hale in sod. (2007), katerih vadbeni program so uporabili v raziskavi. Razlog je verjetno v tem, da so vadbeni program omenjenih avtorjev nekoliko prilagodili in uporabili le sklop, ki se nanaša na živčno-mišični nadzor gležnja. Nasprotno so Wright in sod. (2017) ugotovili, da je med skupinama do statistično pomembnih razlik prišlo v FAAM-ADL pri vadbi za ravnotežje z ravnotežnim krožnikom, vendar ta ni klinično pomembna. Prav tako so poudarili, da lahko v sklopu ADL pri telesno dejavnih posameznikih pride do učinka stropa, kar naj bi bil po njihovem mnenju tudi razlog za opaženo razliko. Že pred začetkom raziskave so bili rezultati namreč zelo visoki, in sicer $91,1 \pm 8,22$ % v vadbeni skupini z ravnotežnim krožnikom in $91,34 \pm 7,52$ % pri vadbi z elastičnimi trakovi. V FAAM-Sports pa med skupinama ni statistično pomembnih razlik, so pa opazili izboljšanje znotraj skupin. To je bilo večje pri vadbi za ravnotežje (izboljšanje za 12,14 %), kar je klinično pomembno, v primerjavi z vadbo za krepitev (izboljšanje za 6,04 %). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Burcal in sod. (2017), ki so po koncu vadbenega programa opazili izboljšanje tako v FAAM-ADL kot tudi FAAM-Sports, a rezultati niso presegli uveljavljenih klinično pomembnih vrednosti. So pa opazili izboljšanje v FAAM-Sports pri ponovnem ocenjevanju 1 mesec po zaključenem vadbenem programu, ki kaže minimalno klinično pomembnost, a je bila velikost vzorca manjša ($n = 14$) kot pred začetkom raziskave ($n = 24$).

Največja omejitev večine raziskav je predvsem prekratek vadbeni program, saj bi po nekaterih raziskavah zadovoljivo funkcionalno stabilnost gležnja dosegli šele po 8 do 12 tednih (Hupperets idr., 2009). V večini raziskav je vadbeni program trajal manj kot 8 tednov, kar lahko v določenih raziskavah predstavlja razlog, da ni prišlo do specifično pomembnih sprememb. Le v eni raziskavi je vadbeni program trajal 8 tednov, rezultati pa so pokazali statistično pomembne razlike med preučevanima skupinama (Lee idr., 2019). Prav tako v vseh raziskavah ni bilo kontrolne skupine, zato je težko z gotovostjo trditi, da spremembe niso posledica izurjenosti v izvajanju same vadbe, naravnega izboljšanja stanja skozi čas ali celo placebo učinka zaradi pričakovanih preiskovancev. Izboljšanje bi lahko bilo tudi posledica motoričnega učenja kot rezultata principa ponavljanja.

Kronična nestabilnost gležnja je kompleksno stanje s heterogeno etiologijo. Zato je težko izpostaviti vadbeni program, ki bi bil pri obravnavi nestabilnega gležnja najbolj učinkovit, saj težje določimo, katera izmed komponent vadbenega programa najbolj doprinese k izboljšanju specifičnega senzomotoričnega primanjkljaja. Smiselno bi bilo tudi spremljati učinke vadbe po koncu programa, da bi videli, ali se ugotovljeni učinki ohranijo, tudi ko prenehamo z vadbo.

5 Sklep

Rezultati raziskav kažejo, da ima vadba za ravnotežje pozitivne učinke na izboljšanje propriocepcije, živčno-mišičnega nadzora in ravnotežja ter bistveno zmanjša možnost za ponoven zvin gležnja. Čeprav gre v splošnem za vadbo za ravnotežje, zaradi različnih vadbenih programov ne moremo z gotovostjo trditi, katera izmed njih je najbolj učinkovita. Pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja se pogosto uporabljajo različne vrste vaj za ravnotežje, tako vaje za izboljšanje statičnega ravnotežja kot tudi vaje, usmerjene v dinamično ravnotežje. Zato je težko predpostaviti, katera komponenta vadbenega programa najbolj doprinese k izboljšanju funkcionalne nestabilnosti. V prihodnje bi bilo smiselno preučiti, kakšni so učinki posamezne modalitete vadbenega programa in kakšni sta optimalna intenzivnost ter dolžina vadbenega programa.

LITERATURA

1. ACSM: Kraemer, W. J., Adams, K., Cafarelli, E. idr. (2009). American college of sports medicine position stand progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc*, 687–708. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181915670.
2. Anguish, B. in Sandrey, M. A. (2018). Two 4-week balance-training programs for chronic ankle instability. *J Athl Train*, 53 (7), 662–671. doi: 10.4085/1062-6050-555-16.
3. Burcal, C. J., Trier, A. Y. in Wikstrom, E. A. (2017). Balance training versus balance training with STARS in patients with chronic ankle instability: a randomized controlled trial. *J Sport Rehabil*, 26 (5), 347–357. doi: 10.1123/jsr.2016-0018.
4. Cardinale, M. in Bosco, C. (2003). The use of vibration as an exercise intervention. *Exerc Sport Sci Rev*, 31(1), 3–7.
5. Cruz - Diaz, D., Lomas - Vega, R., Osuna - Pérez, M. C., Contreras, F. M. in Martínez – Amat, A. (2015). Effects of 6 weeks of balance training on chronic ankle instability in athletes: a randomized controlled trial. *Int J Sports Med*, 36 (9), 754–760. doi: 10.1055/s-0034-1398645.
6. Delahunt, E. (2007). Neuromuscular contributions to functional instability of the ankle joint. *J Bodyw Mov Ther*, 11 (3), 203–213. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2007.03.002>.
7. Doherty, C., Delahunt, E., Caulfield, B., Hertel, J., Ryan, J. in Bleakley, C. (2014). The incidence and prevalence of ankle sprain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. *Sports Med*, 44 (1), 123–140. doi: 10.1007/s40279-013-0102-5.
8. Drewes, L. K., McKeon, P. O., Paolini, G. idr. (2009). Altered ankle kinematics and shank-rearfoot coupling in those with chronic ankle instability. *J Sport Rehabil*, 18 (3), 375–388.
9. Garrick, J. G. (1977). The frequency of injury, mechanism of injury, and epidemiology of ankle sprains. *AM J Sports Med*, 5 (6), 241–242. doi: 10.1177/036354657700500606.
10. Hale, S. A., Fergus, A., Axmacher, R. in Kiser, K. (2014). Bilateral improvements in lower extremity function after unilateral balance training in individuals with chronic ankle instability. *J Athl Train*, 49 (2), 181–191. doi: 10.4085/1062-6050-49.2.06.
11. Hale, S. A., Hertel, J. in Olmstead - Kramer LC (2007). The effect of a 4-week comprehensive rehabilitation program on postural control and lower extremity function in individuals with chronic ankle instability. *J Orthop Sports Phys Ther*, 37 (6), 303–311. doi: 10.2519/jospt.2007.2322
12. Hertel, J. (2002). Functional anatomy, pathomechanics, and pathophysiology of lateral ankle instability. *J Athl Train*, 37 (4), 364–375.

13. Hertel, J., Braham, R. A., Hale, S. A. in Olmsted - Kramer, L. C. (2006). Simplifying the star excursion balance test: analyses of subjects with and without chronic ankle instability. *J Orthop Sports Phys Ther*, 36 (3), 131–137. doi: 10.2519/jospt.2006.36.3.131
14. Hiller, C. E., Refshauge, K. M., Bundy, A. C., Herbert, R. D. in Kilbreath, L. (2006). The Cumberland ankle instability tool: report of validity and reliability. *Arch Phys Med Rehabil*, 87 (9), 1235–1241. doi: 10.1016/j.apmr.2006.05.022
15. Hubbard, T. J. in Hertel, J. (2006). Mechanical contributions to chronic ankle instability. *Sports Med*, 36 (3), 263–277. doi: 10.2165/00007256-200636030-00006
16. Hubbard, T. J. in Kaminski, T. W. (2002). Kinesthesia is not affected by functional ankle instability status. *J Athl Train*, 37 (4), 481–486.
17. Hupperets, M. D., Verhagen, E. A. in van Mechelen, W. (2009). Effect of unsupervised home based proprioceptive training on recurrences of ankle sprain: randomised controlled trial. *BMJ*, 339 (b2684), 1–6. doi: 10.1136/bmj.b2684
18. Konradsen, L., Bech, L., Ehrenbjerg, M. in Nickelsen, T. (2002). Seven years follow-up after ankle inversion trauma. *Scand J Med Sci Sports*, 12 (3), 129–135.
19. Lee, E., Cho, J. in Lee, S. (2019). Short-foot exercise promotes quantitative somatosensory function in ankle instability: a randomized controlled trial. *Med Sci Monit*, 25, 618–626. doi: 10.12659/MSM.912785
20. Leonard, M. H. (1949). Injuries of the lateral ligaments of the ankle; a clinical and experimental study. *J Bone Joint Surg Am*, 31A (2), 373–377.
21. Martin, R. L., Irrgang, J. J., Burdett, R. G., Conti, S. F. in Van Swearingen, J. M. (2005). Evidence of validity for the foot and ankle ability measure (FAAM). *Foot Ankle Int*, 26 (11), 968–983. doi: 10.1177/107110070502601113
22. McKeon, P. O., Paolini, G., Ingersoll, C. D., Kerrigan, D. C., Saliba, E. N., Bennett, B. C., Hertel, J. (2009). Effects of balance training on gait parameters in patients with chronic ankle instability: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 23 (7), 609–621. doi: 10.1177/0269215509102954
23. McKeon, P. O., Ingersoll, C. D., Kerrigan, D. C., Saliba, E., Bennett, B. C. in Hertel, J. (2008). Balance training improves function and postural control in those with chronic ankle instability. *Med Sci Sports Exerc*, 40 (10), 1810–1819. doi: 10.1249/MSS.0b013e31817e0f92
24. Saunders, E. A. (1980). Ligamentous injuries of the ankle. *Am Fam Physician*, 22 (2), 132–138.
25. Sekizawa, K., Sandrey, M., Ingersoll, C. D. in Cordova, M. L. (2001). Effects of shoe sole thickness on joint position sense. *Gait Posture*, 13 (3), 221–228.
26. Sierra - Guzmán, R., Jiménez - Diaz, F., Ramírez, C., Esteban, P. in Abián - Vicén, J. (2018). Whole-body-vibration training and balance in recreational athletes with chronic ankle instability. *J Athl Train*, 53 (4), 355–363. doi: 10.4085/1062-6050-547-16
27. Van Rijn, R. M., Willemsen, S. P., Verhagen, A. P., Koes, B. W. in Bierma - Zeinstra, S. M. (2011). Explanatory variables for adult patients' self-reported recovery after acute lateral ankle sprain. *Phys Ther*, 91 (1), 77–84. doi: 10.2522/ptj.20090420
28. Verhagen, E. A., van Mechelen, E. in de Vente, W. (2000). The effect of preventive measures on the incidence of ankle sprains. *Clin J Sport Med*, 10 (4), 291–296.
29. Wright, I. C., Neptune, R. R., van den Bogert, A. J. in Nigg, B. M. (2000). The influence of foot positioning on ankle sprains. *J Biomech*, 33 (5), 513–519.
30. Wright, J. C., Linens, S. W. in Cain, M. S. (2017). A randomized controlled trial comparing rehabilitation efficacy in chronic ankle instability. *J Sport Rehabil*, 26 (4), 238–249. doi: 10.1123/jsr.2015-0189
31. Youssef, N. M., Abdelmohsen, A. M., Ashour, A. A., Elhafez, N. M. in Elhafez, S. M. (2018). Effect of different balance training programs on postural control in chronic ankle instability: a randomized controlled trial. *Acta Bioeng Biomech*, 20 (2), 159–169.

Poseganje po tolažilni hrani med študenti

KLJUČNE BESEDE: tolažilna hrana, čustveno prehranjevanje, študentje in prehrana, spol, starost

POVZETEK - Uvod: Tolažilna hrana je pogosto opredeljena kot neuravnotežena hrana z visoko energijsko vrednostjo in povezana predvsem z negativnimi čustvi. Ljudje po tolažilni hrani posegajo zaradi različnih motivov, ki potešijo tako fiziološke kot čustvene potrebe posameznika, zato je težko trditi, da tolažilna hrana za eno osebo nudi tolažbo tudi drugi osebi. Namen raziskovalne naloge je bil ugotoviti razloge poseganja po tolažilni hrani med študenti, pogostost in pa predvsem po kakšnih vrstah tolažilne hrane posegajo študentje. Metode: V raziskavo je bilo vključenih 84 študentov različnih študijskih programov v Sloveniji, starih od 18 do 28 let. Rezultate smo pridobili z anketnim vprašalnikom, ki je zajemal 12 vprašanj, nanašajoč se na spremembe prehranskih navad študentov ob nastopu študija, o vzrokih in pogostosti poseganja po tolažilni hrani ter vrsti živil, po kateri posameznik posega. Vprašalnik smo posredovali študentom preko različnih socialnih omrežij. Rezultati: Ugotovili smo, da študentje tolažilno hrano najpogosteje povezujejo z negativnimi čustvi. Poseganje po tolažilni hrani se izraža predvsem v situacijah stresa, dolgčasa in osamljenosti. Študentje po tolažilni hrani posegajo pogosto in v več različnih situacijah. Razprava: Ker so študentje večinoma navajali poseganje po sladkih prigrizkih, hitri hrani ter slanih prigrizkih, so ti podatki zaskrbljujoči. Prekomerno poseganje po nezdravi hrani lahko namreč vodi v oblikovanje nezdravih prehranskih navad, posledično prekomerno telesno maso in z njo povezane bolezni. Pomembno je ozaveščanje študentov, da prepoznajo in se zavedajo nezdravega in/ali prekomernega poseganja po tolažilni hrani, še posebej, če je to pogosto in lahko vpliva (dolgoročno) na zdravje posameznika.

KEYWORDS: comfort food, emotional eating, students and eating, gender, age

ABSTRACT - Introduction: Comfort food is often described as unhealthy food with a high caloric content and is associated with mainly negative emotions. People consume it to satiate their emotional or physical needs, but their motives for doing so may vary. This is why it is difficult to claim that a comfort food for one person might offer comfort to another. The purpose of the study was to determine the reasons for and the frequency of comfort food consumption, as well as the types of comfort food that students most often consume. Methods: The study included 84 students, aged from 18 to 28 years, of various study programs from across Slovenia. Data were obtained via a questionnaire, which included 12 questions about an individual's changes in their dietary habits since the start of their studies, the reasons for and the frequency of their comfort food consumption as well as their preferred types of comfort food. The questionnaire was forwarded to participants via social media. Results: We determined that students most often associate comfort food with negative emotions, such as stress, boredom and loneliness. We also determined that students consume comfort food often and for varying reasons. Discussion: These results are a cause for concern, because the most frequently mentioned comfort foods included sugary snacks, fast food and salty snacks. Overconsumption of comfort food may lead to formation of unhealthy dietary habits, subsequently elevated body mass and the associated diseases. It is important to raise students' awareness with regard to such habits so that they may recognize unhealthy consumption of comfort food, especially if it is frequent and may affect their (long-term) health.

1 Teoretična izhodišča

Potreba po hrani ni samo fiziološka, torej za samo delovanje telesa, ampak je tudi psihološka, saj je potrebna tudi za naše dobro duševno počutje (Locher, Yoels, Maurer in van Ells, 2005). Opredelitev in definicija tolažilne hrane ni enotna, saj vključuje veliko lastnosti, ki jih raziskovalci težko določijo (Soffin in Batsell, 2019). V letu 1977 je bil prvič omenjen pojem

»tolažilna hrana« in opredelitev, da je to »hrana, ki poteši tako fiziološke kot čustvene potrebe posameznika« (Troisi in Gabriel, 2011). Kaj posamezniku predstavlja tolažilno hrano, se precej razlikuje med osebami. Obstajajo različni motivi, ki pri osebi vplivajo na izbor živila, zato je težko trditi, da tolažilna hrana za eno osebo nudi tolažbo tudi drugi osebi (Wansink, Cheney in Chan, 2003). Bistvene razlike pri izboru živil se najbolj kažejo med spoloma in starostnimi skupinami (Soffin in Batsell, 2019). Znano je, da ljudje posegajo po tolažilni prehrani v različnih situacijah in z različnimi razlogi, kot so negativna čustva, pozitivna čustva, bolezen, spominjanje na dogodke in nagrajevanje (Soffin in Batsell, 2019). Spence (2017) poleg tega poudarja pomen osamljenosti, stresa in kulture. Fiziološke in psihološke potrebe posameznika pa niso odgovorne le za pogostost poseganja po tolažilni hrani, temveč tudi za izbor posameznikove tolažilne hrane (Soffin in Batsell, 2019). Prehranske navade izoblikujejo že zgodaj v otroštvu in med odraščanjem, zato je ravno prehod v samostojno življenje v času študija pomemben dogodek, ki lahko vpliva na preoblikovanje prehranskih navad pri posamezniku (Deshpande, Basil in Basil, 2009). Številni stresorji, kot so zahteve fakultete, odnosi in pritiski vrstnikov ter sočasna zaposlitev, se lahko kažejo kot fizični ali duševni znaki. Pojavi se lahko občutek tesnobe ali depresije, zmanjša se uspešnost na fakulteti, prav tako se kažejo spremembe v apetitu in kvaliteti spanca (Dowd, Kolcaba, Steiner in Fashinpaour, 2007). Spremembe apetita zaradi stresa, ki je eden izmed pogostejših vzrokov, se pri nekaterih študentih odražajo pozitivno, pri drugih negativno. Tolažilna hrana, po kateri pa večina študentov posega v stresnem obdobju, je nezdrava, predvsem sladka in mastna hrana (Kandiah, Yake, Jones in Meyer, 2006).

2 Empirični del

2.1 Namen raziskave in cilji

Namen raziskave je bil narediti podroben pregled strokovne in znanstvene literature in raziskav na področju proučevanja dejavnikov poseganja po tolažilni hrani in razlik med ljudmi. Namen je bil tudi proučitev pogostosti poseganja po tolažilni hrani med študenti. Cilji so bili sledeči:

- Raziskati razloge za poseganje po tolažilni hrani v populaciji študentov,
- Raziskati pogostost posegajo po tolažilni hrani med študenti,
- Raziskati po kakšnih vrstah tolažilne hrane študentje posegajo.

2.2 Raziskovalna vprašanja/hipoteze

H1: Predpostavljamo, da so najpogostejši vzrok poseganja po tolažilni hrani predvsem negativna čustva.

H2: Predpostavljamo, da študentje v različnih situacijah posegajo po tolažilni hrani.

H3: Predpostavljamo, da študentje večinoma posegajo po sladkih, mastnih in energijsko bogatih živilih, ko govorimo o situacijah tolažbe s hrano.

2.3 Raziskovalna metodologija

Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je bila deskriptivna, podatke smo zbirali s pomočjo vprašalnika.

Opis instrumenta

Po pregledu literature oblikovali vprašalnik, s katerim smo pridobili podatke o poseganju po tolažilni prehrani med študenti. Vprašalnik smo oblikovali sami po vzorcu vprašalnika, ki sta ga uporabila Soffin in Batsell (2019) v svoji raziskavi. Končni vprašalnik je zajemal 12 vprašanj. Prvi sklop vprašalnika je spraševal po demografskih podatkih (spol, starost, letnik

vpisa). Drugi del vprašalnika so bila vprašanja zaprtega in odprtega tipa in so se nanašala na spremembe prehranskih navad študentov ob nastopu študija, o vzrokih in pogostosti poseganja po tolažilni prehrani ter vrsti živila, po kateri posameznik posega.

Opis vzorca

V raziskavo je bilo vključenih 84 študentov različnih študijskih programov celotne Slovenije. Na vprašalnik je odgovorilo 55 žensk (65,5 %) in 29 moških (34,5 %). Študentje, vključeni v raziskavo, so bili stari od 18 let do 28 let. Vsi v raziskavo vključeni študentje so bili vpisani v študijski program 2019/20. Največ vključenih študentov je bilo v študijskem letu 2019/20 vpisanih v absolventa dodiplomskega študijskega programa.

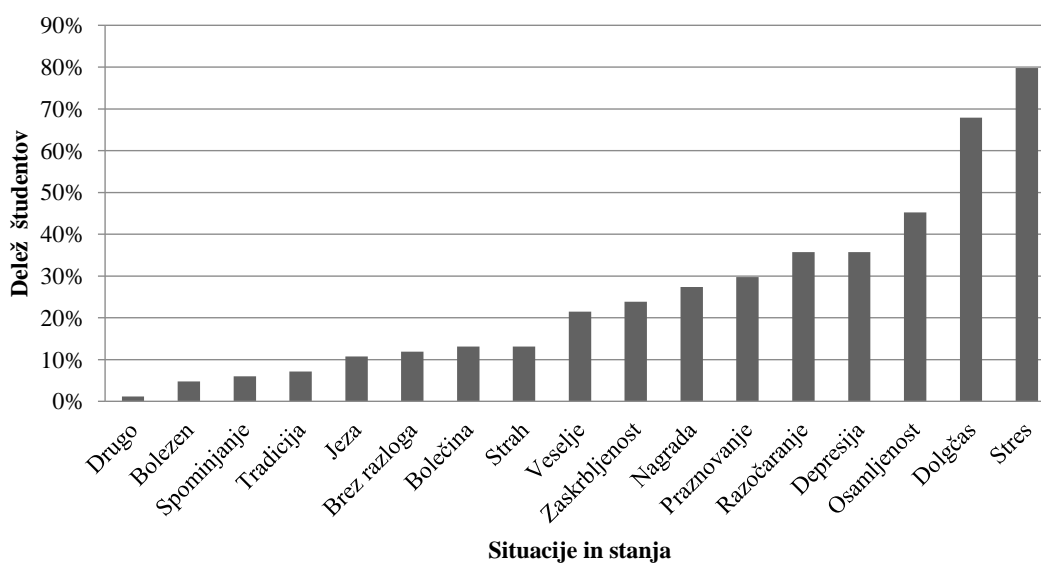
Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v mesecu februarju 2020. Vprašalnik, ki smo ga oblikovali s pomočjo aplikacije Ika, smo posredovali študentom na socialnem omrežju Facebook. Študentje so bili v uvodu seznanjeni z anonimnostjo pridobljenih podatkov ter namenom raziskave. Po pridobitvi podatkov smo s pomočjo programa Excel analizirali ter uredili preglednice in grafe.

3 Rezultati

Rezultati so pokazali, da so se študentom ob nastopu študija spremenile prehranske navade. Več kot polovica vključenih študentov, 51 % (N = 43) je odgovorila, da si več kuhajo sami, 37 % (N = 31) več posegajo po vnaprej pripravljene hrani in 33 % (N = 28) študentov je odgovorilo, da bolj skrbijo za zdravo prehrano. Pridobljeni rezultati o spremembah prehranskih navad študentov utemeljujejo rezultate o pridobljeni telesni masi. Rezultati so namreč pokazali, da več kot polovica vprašanih študentov (to je 54 % oz. N = 45) ni pridobila telesne mase v času študija. Tisti, ki pa so navajali, da so telesno maso pridobili (takih je bilo 46 % oz. N = 39), pa so v povprečju pridobili 6,4 kg. Od tega je bila več kot polovica ženskega spola. V drugem delu vprašalnika, so se vprašanja nanašala na tolažilno hrano, zanimalo nas je kako študentje opredeljujejo oz. razumejo besedo »tolažilna hrana«. Kar 89 % (N = 75) študentov je tolažilno hrano definiralo kot hrano, po kateri posegajo, kadar doživljajo stres v šoli, službi ali družbi. Več kot polovica vključenih študentov, natančneje 61 % (N = 51) študentov, je definiralo tolažilno hrano kot tisto, po kateri posegajo, kadar se počutijo osamljene. 26 % (N = 22) študentov je tolažilno hrano definiralo kot hrano, po kateri posegajo, ko se spominjajo nekoga, ki ga pogrešajo. V nadaljevanju nas je zanimalo, v katerih situacijah/stanjih študentje posegajo po tolažilni hrani. Študentom so bile podane različne negativne in pozitivne situacije/stanja. Prav tako so imeli možnost zapisati še druge situacije. Kot je razvidno iz slike 1, so rezultati pokazali, da so študentje najpogosteje izbrali negativne situacije/stanja, ko posegajo po tolažilni hrani.

Slika 1: Situacije, v katerih študentje posegajo po tolažilni hrani



V nadaljevanju so študentje v izbranih situacijah označili, ali v tej situaciji pogosto, včasih ali vedno posegajo po tolažilni hrani in zapisali po kateri. Živila smo potem smiselno razvrstili v skupine, in sicer: sladki prigrizki, slani prigrizki, hitra hrana, pekovski izdelki, zdravi prigrizki, celotni obrok in nedefinirana hrana, v katero smo uvrstili primere, kot so: vse, karkoli, vse, kar je v hladilniku itd. Rezultati so pokazali da 45 % (N = 30) študentov v stresni situaciji pogosto posega po tolažilni hrani, 36 % (N = 24) včasih in 19 % (N = 13) vedno. V stresni situaciji so študentje najpogosteje zapisali, da posežejo po sladkih živilih, tako je odgovorilo 54 % (N = 38) študentov. Iz skupine sladki prigrizki so študentje v situaciji stresa največkrat navedli čokolado in sladoled. Kot vidimo na sliki 1, je situacijo dolgčas izbralo več kot polovica vključenih študentov, in sicer 68 % (N = 57) vključenih študentov. Od študentov, ki so izbrali situacijo dolgčas, jih 46 % (N = 26) pogosto posega po tolažilni hrani, 33 % (N = 19) včasih in 21 % (N = 12) vedno. Študenti, ki po tolažilni hrani posega v situaciji dolgčasa, najpogosteje posegajo po sladkih prigrizkih, predvsem po čokoladi. 44% (N=38) vključenih študentov je izbralo stanje osamljenost, od tega jih 47 % (N = 18) v tej situaciji včasih posega po tolažilni hrani, 26 % (N = 10) vedno in 26 % (N = 10) pogosto. Več kot polovica vključenih študentov v stanju osamljenosti najpogosteje posega po sladkih prigrizkih. V tabeli 1 vidimo primerjavo 3 najbolj izbranih situacij/stanj, pogostost poseganja in pa skupino živil po kateri študentje najpogosteje posegajo.

Tabela 1: Primerjava poseganja po tolažilni hrani v treh najbolj izbranih situacijah/stanjih

Stanje	N	V %	Pogostost poseganja	Skupina živil
Stres	67	80	Pogosto	Sladki prigrizki
Dolgčas	57	68	Pogosto	Sladki prigrizki
Osamljenost	38	45	Včasih	Sladki prigrizki

Analiza odgovorov je pokazala, da so študentje v povprečju izbrali 4,35 situacij, v katerih posegajo po tolažilni hrani. Ženske so v povprečju izbrale več situacij, in sicer 4,73, medtem ko so moški v povprečju izbrali 3,62 situacij, v katerih posegajo po tolažilni hrani. Rezultati so pokazali, da so študentje v skoraj vseh situacijah najpogosteje posegali po sladkih prigrizkih, kot so sami zapisali predvsem po čokoladi, sladoledu, piškotih in torticah. Po rezultatih smo ugotovili, da tako moški kot ženske največkrat po tolažilni hrani posegajo v situaciji stresa. V nadaljevanju so nas zanimala lastnosti hrane, ki so študentom pomembne pri izbiri in poseganju

po tolažilni hrani. Rezultati so pokazali, da je študentom najpomembnejše, da je tolažilna hrana dobrega okusa. Tako je odgovorilo kar 92 % vključenih študentov. 58 % (N = 49) študentom je pomembno, da je tolažilna hrana cenovno ugodna. 60 % (N = 50) študentov je odgovorilo, da jim mora tolažilna hrana nuditi psihološko tolažbo, 69 % (N = 58) študentov pa, da se po zaužitju počutijo bolje. 94 % študentov je odgovorilo, da tolažilna hrana ni zdrava, 98 % študentov pa da ni pomembno, da je pripravljena doma. V nadaljevanju nas je zanimala povezava med čustvi in poseganjem po tolažilni hrani, natančneje zaradi katerih čustev študentje najpogosteje posegajo po tolažilni hrani. Več kot polovica vključenih študentov odgovorila, da so najpogostejši vzrok poseganja po tolažilni hrani negativna čustva. Tako je odgovorilo 51 % (N = 43) vključenih študentov. Z zadnjim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšno je počutje študentov po zaužitju tolažilne hrane. Rezultati so pokazali, da se največ študentov po zaužitju počuti zadovoljno. Tako je odgovorilo 45 % (N = 38) študentov. 44 % (N = 37) študentov je odgovorilo, da se po zaužitju tolažilne hrane počutijo nasitni, 37 % (N = 31) študentov pa se počuti pomirjeno. Kar 35 % (N = 29) vključenih študentov po zaužitju občuti krivdo, 33 % (N = 28) študentov pa se počuti nezdravo.

4 Razprava

S pomočjo podatkov in odgovorov, ki smo jih pridobili z vprašalnikom, smo najprej ugotovili, da so se večini študentom ob nastopu študija spremenile prehranske navade. Rezultati so namreč pokazali, da si več kot polovica vključenih študentov več kuha samih, prav tako se je povečalo poseganje po vnaprej pripravljeni hrani. Sklepamo lahko, da so takšni rezultati predvsem zaradi selitve v študentski dom, ker so študentje glede prehranjevanja več ali manj prepuščeni samemu sebi. Po raziskavah povprečni študent skozi študij pridobi vsaj 5 kilogramov (Bennett, Greene, in Schwartz - Barcott, 2013). S pomočjo naših rezultatov smo ugotovili, da je telesno maso pridobila manj kot polovica vključenih študentov. Povprečna pridobljena masa pa je znašala 6,4 kilograme na osebo, kar je kar 1,4 kilograme več, kot so ugotovili drugi raziskovalci. Opazili smo, da so pridobljeno telesno maso večinoma navajale ženske. Sklepamo lahko, da so ženske zaradi zunanjih vplivov družbe, idealne podobe ženske postave v današnjem času, malo bolj obremenjene s svojo telesno maso, posledično tehtanjem in opazovanjem pridobivanja telesne mase, kot so to moški. Študentje so najpogosteje definirali tolažilno hrano kot hrano, po kateri posegamo, kadar doživljamo stres v šoli, službi ali družbi. Naše ugotovitve so skladne z drugimi raziskovalci, ki so ugotovili, da stresorje, kot so zahteve fakultete, odnosi med vrstniki in sočasna zaposlitev, močno vplivajo na povečan ali zmanjšan apetit študenta (Dowd idr., 2007). Več kot polovica študentov pa je odgovorila, da je tolažilna hrana tista, po kateri posegamo, kadar se počutimo osamljene. Soffin in Batsell (2019) menita, da osamljenost ljudje občutijo, ko živijo oddaljeni od svoje družine ali njim pomembnih oseb. Te rezultate lahko povežemo s počutjem študentov, ki v času študija bivajo v oddaljenem kraju ali v študentskem domu, stran od svoje družine. Tako so glede na izbrano opredelitev tolažilne hrane pričakovani rezultati, ki so pokazali, da študentje najpogosteje posegajo po tolažilni hrani v situaciji stresa, dolgčasa in osamljenosti. Naši rezultati so pokazali, da v stanju stresa po tolažilni hrani posega več kot polovica vključenih moških in več kot polovica vključenih žensk, kar kaže na močno doživljanje stresa pri obeh spolih, medtem ko so drugi raziskovalci ugotovili, da so ženske tiste, ki so bolj podvržene stresnim situacijam in posledično poseganju po tolažilni hrani (Klatzkin idr., 2019). Opazimo povezavo glede na najpogosteje izbrane definicije tolažilne hrane in situacije, v katerih študentje posegajo po tolažilni hrani. V obeh primerih se najbolj izražata stres in osamljenost. Iz rezultatov je razvidno, da so študentje najpogosteje izbrali situacije z negativnimi čustvi, kar utemeljuje rezultate, da študentje pogosteje posegajo po tolažilni hrani zaradi negativnih čustev. Enako so ugotovili tudi drugi raziskovalci, ki trdijo, da se po tolažilni hrani posega predvsem zaradi obvladovanja in ublažitve negativnih čustev (Kandiah idr., 2006).

Tako lahko potrdimo predpostavljeno hipotezo, in sicer da so najpogostejši vzrok poseganja po tolažilni hrani predvsem negativna čustva. Iz rezultatov smo razbrali, da študentje po tolažilni hrani posegajo v več različnih situacijah, ki se od študenta do študenta razlikujejo. Posameznik je v povprečju izbral 4,35 različnih situacij, v katerih posega po tolažilni hrani. Tako lahko potrdimo tudi drugo hipotezo, in sicer da študentje v različnih situacijah posegajo po tolažilni hrani. Težko je trditi, katero živilo predstavlja tolažbo celotni skupini študentov, saj se ta od posameznika do posameznika razlikuje. Ugotovili smo, da študentje v različnih situacijah posegajo po različni tolažilni hrani. Enako trdijo tudi drugi raziskovalci, ki so ugotovili, da se med posamezniki razlikujejo tako živila kot situacije, v katerih posegajo po tolažilni hrani (Wansink idr., 2003). Opazili smo tudi razlike pri izboru živila glede na spol. Drugi raziskovalci so ugotovili tudi bistvene razlike med starostnimi skupinami, ki jih mi glede na majhen razpon starosti nismo zaznali. Rezultati so pokazali, da v najpogostejših izbranih situacijah, torej v situaciji stresa, dolgčasa in osamljenosti, kot tolažilna hrana prevladujejo sladki prigrizki in živila hitre prehrane. Najpogosteje so študentje navedli čokolado, sladoled, hamburger in pico. Tako lahko potrdimo tudi tretjo hipotezo, in sicer da študentje večinoma posegajo po sladkih, mastnih in energijsko bogatih živilih, ko govorimo o situacijah tolažbe s hrano. Ugotovili smo, da je študentom pri izbiri in poseganju po tolažilni hrani najbolj pomemben okus živila. Prav tako pričakujejo, da jim tolažilna hrana nudi psihološko tolažbo in da se po zaužitju počutijo bolje. Študentom je prav tako pomembno, da je tolažilna hrana cenovno ugodna, kar je logično glede na rezultate, da študentje najpogosteje posegajo po prigrizkih in hitri hrani, saj so ti v današnjem času lahko dostopni in cenovno ugodni. Da pri izbiri živila študentje upoštevajo predvsem okus živila in ceno izdelka, so ugotovili tudi drugi raziskovalci (Marquis, 2005). Opazili smo razlike v počutju med spoloma, in sicer se je največji delež žensk po zaužitju tolažilne hrane počutil nezdravo. Veliko jih je občutilo tudi krivdo. Moški so najpogosteje odgovorili, da se po zaužitju počutijo nasitni, potem pomirjeni in zadovoljni. Opazimo, da so moški po zaužitju tolažilne hrane občutili sama pozitivna čustva za razliko od žensk, ki so večinoma občutile negativna čustva. Ugotovili smo, da so študentje po tolažilni hrani večinoma pogosto posegali v več različnih situacijah, kar glede na najpogosteje izbrana živila, ki so sladki in slani prigrizki ali hitra hrana, lahko povzroči pridobivanje telesne mase. Tako si lahko razlagamo ne prav nizkega odstotka študentov, ki so poročali o pridobitvi telesne mase v času študija. Ti podatki so lahko skrb vzbujajoči, saj lahko napovedujejo povečano uživanje nezdrave hrane in tako tudi nezdravih prehranskih navad, posledično pa prekomerno telesno maso, s katero se lahko pojavijo tudi druge težave. Pomembno je izpostaviti še pomen tolažilne hrane ali kot rečejo v angleščini »comfort food«, kar dobesedno pomeni »udobna hrana oz. hrana, ki ti nudi udobje«. Soffin in Batsell, (2019) sta ugotovila, da so študentje najpogosteje posegali po tolažilni hrani v stanju bolezn. Tako lahko sklepamo, da so vključeni študenti interpretirali tolažilno hrano kot hrano udobja. Glede na naše ugotovitve pa so študentje izbirali hrano, ki jim nudi tolažbo, torej najpogosteje v situaciji stresa, dolgčasa in osamljenosti. Na podlagi tega lahko sklepamo, da ima jezik velik pomen pri definiciji in razumevanju tolažilne hrane, kar se kaže tudi v rezultatih, ki smo jih dobili.

5 Sklep

Pri pregledu literature smo ugotovili, da si raziskovalci niso enotni glede opredelitve tolažilne hrane in je zato potrebnih še več natančnejših študij. Je namreč skupek več različnih razlogov, ki posamezniku nudi psihološko tolažbo in je težko trditi, da je za vso populacijo enotna. Kot ena izmed rizičnih skupin, ki pogosto posega po tolažilni hrani, so tudi študentje v času študija. Ob nastopu študija se večina študentov prvič sreča s samostojnimi odločitvami o prehrani. Tako sami začnejo najbolj razvijati svoje prehranske navade, ki se izražajo tudi pozneje v odraslosti. Študentje so ena izmed skupin najbolj dovzetnih za stres, ki pa je eden izmed vzrokov, ki ima

močan vpliv na posameznikov apetit in se lahko kaže v pogostem poseganju po tolažilni hrani. Z anketnim vprašalnikom smo ugotovili, da študentje najpogosteje povezujejo tolažilno hrano z negativnimi čustvi. Njihovo poseganje po tolažilni hrani se izraža predvsem v situaciji stresa, dolgčasa in osamljenosti. Študentje pogosto posegajo po tolažilni hrani v več različnih situacijah; ker so večinoma navajali sladke in slane prigrizke ter hitro hrano, so ti podatki skrb vzbujajoči. Izražajo se lahko v prekomernem poseganju po nezdravi hrani, sledijo nezdrave prehranske navade in posledično prekomerna telesna masa. Pomembno je ozaveščanje študentov, da prepoznavajo in se zavedajo nezdravega in/ali prekomernega poseganja po tolažilni hrani, še posebej če je to pogosto in lahko vpliva (dolgoročno) na zdravje posameznika. Občasnega poseganja po tolažilni hrani ne odsvetujemo, četudi med takšno hrano spadajo nezdrava živila, saj je tolažilna hrana pomembna tudi za naše duševno počutje.

LITERATURA

1. Adriaanse, M. A., de Ridder, D. T. D. in Evers, C. (2011). Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology & Health*, 26 (1), 23–39. <https://doi.org/10.1080/08870440903207627>
2. Bennett, J., Greene, G. in Schwartz - Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023>
3. Deshpande, S., Basil, M. D. in Basil, D. Z. (2009). Factors Influencing Healthy Eating Habits Among College Students: An Application of the Health Belief Model. *Health Marketing Quarterly*, 26 (2), 145–164. <https://doi.org/10.1080/07359680802619834>
4. Dowd, T., Kolcaba, K., Steiner, R. in Fashinpaour, D. (2007). Comparison of a Healing Touch, Coaching, and a Combined Intervention on Comfort and Stress in Younger College Students: *Holistic Nursing Practice*, 21 (4), 194–202. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000280931.75883.ae>
5. Evers, C., Marijn Stok, F. in de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding Your Feelings: Emotion Regulation Strategies and Emotional Eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36 (6), 792–804. <https://doi.org/10.1177/0146167210371383>
6. Fox, N. J. in Alldred, P. (2019). The Materiality of Memory: Affects, Remembering and Food Decisions. *Cultural Sociology*, 13 (1), 20–36. <https://doi.org/10.1177/1749975518764864>
7. Kandiah, J., Yake, M., Jones, J. in Meyer, M. (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*, 26 (3), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2005.11.010>
8. Klatzkin, R. R., Dasani, R., Warren, M., Cattaneo, C., Nadel, T., Nikodem, C. in Kissileff, H. R. (2019). Negative affect is associated with increased stress-eating for women with high perceived life stress. *Physiology & Behavior*, 210, 112639. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112639>
9. Locher, J. L., Yoels, W. C., Maurer, D. in van Ells, J. (2005). Comfort Foods: An Exploratory Journey Into The Social and Emotional Significance of Food. *Food and Foodways*, 13 (4), 273–297. <https://doi.org/10.1080/07409710500334509>
10. Marquis, M. (2005). Exploring convenience orientation as a food motivation for college students living in residence halls. *International Journal of Consumer Studies*, 29 (1), 55–63. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2005.00375.x>
11. Soffin, M. T. in Batsell, W. R. (2019). Towards a situational taxonomy of comfort foods: A retrospective analysis. *Appetite*, 137, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.02.018>
12. Spence, C. (2017). Comfort food: A review. *International Journal of Gastronomy and Food Science*, 9, 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.ijgfs.2017.07.001>
13. Troisi, J. D. in Gabriel, S. (2011). Chicken Soup Really Is Good for the Soul: “Comfort Food” Fulfills the Need to Belong. *Psychological Science*, 22 (6), 747–753. <https://doi.org/10.1177/0956797611407931>
14. Wansink, B., Cheney, M. M. in Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & Behavior*, 79 (4), 739–747. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00203-8](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00203-8)

Vpliv vadbe proti uporu na ravnotežje: sistematičen pregled z metaanalizo

KLJUČNE BESEDE: ravnotežje, stabilnost, vadba, intervencija, funkcija

POVZETEK - Uvod: Številne študije navajajo, da sta oslABLJENO ravnotežje in primanjkljaj v moči/jakosti spodnjih okončin med pomembnejšimi dejavniki tveganja za pojav poškodb kot posledice padcev, v vseh življenjskih obdobjih. Ukrepi, ki bi učinkovito naslovili oba dejavnika, so zelo zaželeni. **Metode:** S sistematičnim pregledom literature in metaanalizo smo preučili vpliv vadbe proti uporu na sposobnost ravnotežja v dinamičnih in statičnih nalogah. Iskanje smo opravili preko baze Pubmed. Z iskalnimi nizi smo dobili 537 zadetkov, v nadaljnjo analizo je šlo 16 študij. **Rezultati:** Ugotovili smo, da lahko s pravilno zasnovano vadbo proti uporu vplivamo tako na statično (zadrževanje mirnega položaja) kot na dinamično ravnotežje (test funkcionalnega dosega, test vstani in pojdi, testi dosega v enonožni stojji). **Rezultati raziskave kažejo** večji vpliv vadbe proti uporu na dinamično ravnotežje. Obenem je potrebno poudariti, da smo našli relativno malo študij, ki so preučevale vpliv vadbe proti uporu na statično ravnotežje. **Razprava:** Ugotovitve nam omogočajo razvijanje individualiziranih intervencij za preprečevanje poškodb športnikov, starostnikov in splošne populacije.

KEYWORDS: balance, stability, exercise, intervention, function

ABSTRACT - Introduction: Current evidence suggests that impaired balance and lack of strength/power of the lower extremities are among the most important risk factors for fall-related injuries in all stages of life. Thus, effective approaches to counteracting these two factors are much desired. **Methods:** With a systematic review and meta-analysis of the literature, we examined the impact of resistance training on balance ability, in dynamic or static tasks. A search of the Pubmed database was performed. In total, 536 hits were considered, and 16 studies entered the final analysis. **Results:** We found that with properly designed resistance training regimes, both static (assessed with quiet stance test) and dynamic balance (assessed with functional reach, timed up and go test, star excursion test) can be improved. Overall, the impact of resistance exercise was greater in terms of dynamic balance. However, we found relatively few studies examining the impact of resistance training on static balance. **Discussion:** These findings allow us to develop individualized interventions to prevent injuries in the elderly, athletes and in the general population.

1 Uvod

V zadnjih tridesetih letih smo v zahodnem svetu priča pojavu staranja delovne populacije (Vaupel, 2010). Populacija, stara med 55 in 64 let, je v letu 2005 predstavljala 27 % delovne populacije v Evropski uniji, danes pa je ta številka še večja (Ilmarien, 2002). Veliko dokazov priča o dejstvu, da so posamezniki v tej starostni skupini podvrženi veliko večjemu tveganju za absentizem od dela zaradi pojava padcev, kot je temu podvržena mlajša populacija (Buck in Coleman, 1985). Kot posledica so zdravstveni stroški za starejšo delovno populacijo veliko večji. Poškodbe zaradi padcev na delovnem mestu predstavljajo velik finančni zalogaj za javni zdravstveni sistem (Buck in Coleman, 1985). Prav tako številne študije navajajo, da je povezava med oslABLJENIM ravnotežjem in primanjkljajem moči/jakosti spodnjih okončin eden izmed pomembnejših dejavnikov tveganja za pojav športnih poškodb v profesionalnem športu (Wang idr., 2006). Etiologija padcev obsega notranje in zunanje dejavnike tveganja za pojav poškodb,

ki so posledica padcev. Morfitt (1983) v svoji študiji zapiše, da se z naraščanjem starosti poveča število padcev, ki so posledica notranjih dejavnikov tveganja. Temu doda, da lahko zabeležimo poslabšanje stabilnosti, ki se kaže v povečanem zibanju telesa in zmanjšani hitrosti hoje že pri starostnikih v srednjih letih v primerjavi z mladostniki. Prav tako lahko pri starostnikih v srednjih letih zabeležimo nižje rezultate na testih mišične jakosti in/ali moči v primerjavi z mladostniki (Abrahamova in Hlavacka, 2008).

Z vidika delavcev na področju športa in rehabilitacije je znanje o povezavi med posturalnim ravnotežjem in mišične moči/jakosti spodnjih okončin izjemno pomembno. Glede na visoko incidenco poškodb zaradi padcev pri starostnikih bi podatki o morebitni povezavi gibalnih sposobnosti moči/jakosti in ravnotežja lahko prispevali k znanstveni utemeljitvi ocene tveganja poškodb zaradi padcev in razvoju individualnih programov za preprečevanje poškodb in rehabilitacijo (Kemmlert in Lundholm, 2001).

Eden najpomembnejših vidikov gibalnega razvoja posameznika je razvoj gibalnih sposobnosti (Jourkesh, Sandri, Ojagi in Sharanavard, 2011). Gibalne sposobnosti so lastnosti gibalnega aparata, ki pogojujejo učinkovito udejanjanje gibalne naloge. So deloma prirojene, deloma pridobljene s procesom vadbe in razvojem (Kristan, 2012). Stopnja razvitosti gibalnih sposobnosti je zelo pomembna pri otrokovem razvoju tako v fizičnem smislu kot tudi pri njegovem miselnem, čustvenem in socialnem razvoju. Stopnja razvitosti gibalnih sposobnosti je pri posameznikih na različni ravni, kar v največji meri povzroča individualne razlike v gibalni učinkovitosti pri posameznikih (Pistotnik, 2003). Večina gibalnih sposobnosti se razvije med tretjim in desetim letom, najbolj občutljivo obdobje razvoja pa je med četrtem in sedmim letom starosti. V tem obdobju se osnuje struktura gibalnega razvoja na osnovi genetskih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na splošen razvoj otroka (Burton in Miller, 1998). Pistotnik (2003) razdeli gibalne sposobnosti na šest osnovnih: koordinacija, gibljivost, moč, hitrost, ravnotežje in preciznost. Te osnovne gibalne sposobnosti v modelih gibalnih sposobnosti pogosto združujejo v dve sposobnosti, in sicer sposobnost za regulacijo energije in sposobnost za regulacijo gibanja (Pistotnik, 2003).

V grobem teste delimo na kvantitativne in kvalitativne. Kvalitativni testi so v veliki meri odvisni od subjektivne ocene merilca. Predstavljeni rezultati so opisni. Prednost takšnih testov je, da za njih ne potrebujemo veliko merilne opreme, od merilca pa po drugi strani zahtevajo veliko znanja in izkušenj. Kvantitativni testi so namenjeni objektivnejši obravnavi preiskovanca. Omogočajo lažjo primerjavo preiskovancev, vendar velikokrat zahtevajo uporabo drage merilne opreme in zaradi tega niso tako množično dostopni (Thomas, Zidan in Slovis, 2015).

Poznamo veliko različnih pristopov in metod merjenja ravnotežja in stabilnosti. Razlikujejo se po vidiku ravnotežja, ki ga vrednotijo, in merilnih metodah. Testi, ki merijo premike centra težišča med mirno stoji na stabilni podlagi, so velikokrat poimenovani kot statični testi ravnotežja (Horak, Henry in Shumway - Cook, 1997). Pri teh testih na preiskovanca ne apliciramo zunanjih motenj ali dodajamo dodatnih nalog. Za povečanje intenzivnosti testov lahko slednje izvajamo v različnih položajih (paralelna stoji, tandemska stoji, enonožna stoji ...) ali z odvzemom senzornih informacij (na primer tako, da merjenec zapre oči) (Šarabon idr., 2013). Izkaže se, da ima zadrževanje ravnotežja v dinamično zahtevnejših pogojih v praktičnem smislu veliko večji pomen kot merjenje ravnotežja v statičnih pogojih (Broadstone idr., 1993). Zaradi pestrosti pogojev, pri katerih je potrebno zadrževanje ravnotežja v dinamičnih pogojih, se je skozi leta osnovalo veliko število testov, ki merijo to sposobnost (Šarabon idr., 2013). Ne poznamo nobene splošno priznane klasifikacije testov dinamičnega ravnotežja. Priročna delitev je; po vrsti dinamične motnje (Panjabi, 2003). Nekateri testi uporabljajo nestabilne podlage, ki ponazarjajo pogoje, ki lahko vodijo v poškodbo spodnje okončine. Nato poznamo teste, ki

ponazarjajo specifične ravnotežne naloge, kot na primer vstajanje s stola ali izvajanje rotacij. V kliničnem okolju ravnotežje merijo med različnimi lokomotornimi nalogami (med hojo). Nazadnje imamo teste, ki merijo posameznikove končne meje stabilnosti. Vsak test je specifičen in meri točno določen vidik ravnotežja (Šarabon idr., 2010).

V prispevku povzemamo rezultate sistematičnega pregleda literature, s katerim smo raziskali povezave med močjo/jakostjo in ravnotežjem pri različnih skupinah. Osredotočili smo se na vpliv vadbe proti uporju na spremenljivke, povezane z ravnotežno sposobnostjo.

2 Metode dela

Glavno metodo dela predstavlja iskanje najnovejše literature (člankov) na temo povezanosti moči/jakosti ter posturalnega ravnotežja. Študije smo iskali preko spletne platforme PUBMED z iskalnima nizoma: ("resistance exercise" OR "strength training" OR "power training" OR "weight lifting" OR "muscle strengthening") AND ("star excursion" OR "Y-test" OR "Y test" OR "Y-balance test" OR "romberg test" OR "functional reach test" OR "limits of stability" OR "limits-of-stability") in ("resistance exercise" OR "strength training" OR "power training" OR "weight lifting" OR "muscle strengthening") AND (("CoP" OR "COP" OR "centre-of-pressure" OR "center of pressure" OR "COM" OR "CoM" OR "center of mass" OR "centre-of-mass") AND ("body sway" OR "quiet stance" OR "balance")). Temu smo dodali še filter RCT, s čimer smo iskali le »Randomized controlled trials«. Z izbranimi iskalnima nizoma smo dobili 537 zadetkov, 16 študij je šlo v nadaljnjo analizo. Študije so za vključitev v metaanalizo morale zadostovati naslednjim kriterijem:

- Zajemale so intervencijo, ki je temeljila na vadbi proti uporju.
- Vsaj ena merjena spremenljivka je morala biti povezana s statičnim ali dinamičnim ravnotežjem.
- V študiji je morala biti uporabljena kontrolna skupina, ki ni prejela nobene intervencije, ali je prejela intervencijo, ki po naši presoji ni bistveno vplivala na ravnotežje (npr. prehranske intervencije).

Glede populacije se nismo omejevali, zajeli smo tako mladostnike kot odrasle in starostnike, ne glede na to, ali so športniki ali ne, ter ne glede na prisotnost poškodb. V pripravljeno tabelo (Microsoft Excel 2016; Microsoft, Redmond, ZDA) smo izpisovali podatke omenjenih 16 študij. Zapisali smo osnovne podatke študije (avtor, letnica in število merjencev), morfološke značilnosti merjencev, podatke izvedene intervencije in merjene parametre pred intervencijo in po njej. Rezultati posameznih ravnotežnih testov pred intervencijo in po njej, tako v eksperimentalni kot kontrolni skupini, so vstopali v metaanalitično obdelavo.

2.1 Analiza podatkov

Analize in interpretacije podatkov so bile opravljene v skladu s priporočili organizacije Cochrane (Higgins, Thomas, Chandler, Cumpston, Li idr., 2019). Pred analizo je bilo potrebno izračunati razlike med vrednostmi spremenljivk pred intervencijo in po njej v vsaki skupini ter standardne odklone (SO) razlik. Slednjo smo izračunali po naslednji enačbi: $SO = \sqrt{[(SO_{pred}^2 + SO_{po}^2) - (2 \times r \times SO_{pred} \times SO_{po})]}$. Koeficient r , ki predstavlja povezanost med rezultati pred intervencijo in po njej znotraj posamezne skupine, smo določili pri 0,8 v skladu s priporočili (Higgins idr., 2019).

Metaanalizo smo opravili v programu Review Manager (Različica 5.3, Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre, The Cochrane Collaboration, 2014) z uporabo modela naključnih učinkov. Skupni učinek (razlike med eksperimentalno in kontrolno skupino) smo izrazili tako v obliki standardizirane povprečne razlike (SPR) in kot tudi v merskih enotah, v katerih je test

vrednoten. Statistično heterogenost med študijami smo ugotavljali z I^2 -testom (0 %–40 % nepomembna heterogenost, 30 %–60 % potencialno pomembna heterogenost, 50 %–90 % zmerna do visoka heterogenost in 75 %–100 % zelo visoka heterogenost) (Higgins idr., 2019). Statistično značilne razlike smo sprejeli pri stopnji zaupanja $p < 0,05$.

3 Rezultati študije

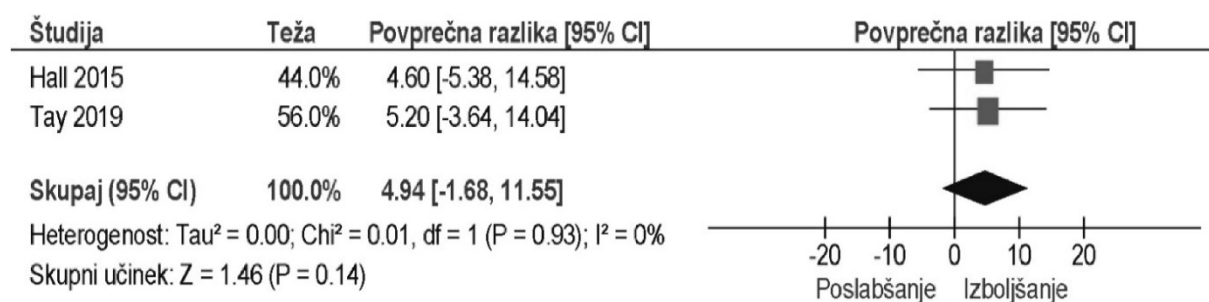
Glavna ugotovitev naše študije je, da sta se z vadbo proti uporju izboljšala tako statično kot dinamično ravnotežje. Pri tem moramo biti pozorni na dejstvo, da je bilo beleženje spremenljivk statičnega ravnotežja precej manj pogosto v študijah. Pri določenih testih lahko relativne majhne spremembe po intervenciji pripišemo dejstvu, da so bili preiskovanci že pred intervencijo dobro fizično pripravljene. Naši hipotezi slonita na ugotovitvah številnih študij, ki govorijo o zmerni do močni povezanosti dinamičnega ravnotežja z močjo/jakostjo spodnjih okončin, medtem ko je povezava s statičnim ravnotežjem manjša.

3.1 Vpliv vadbe proti uporju na dinamično ravnotežje

Test »Vstani in pojdi« so spremljali v petih študijah, pri čemer so bili v vseh preiskovanci starostniki. Skupni učinek kaže statistično značilen ($p = 0,002$) pozitiven vpliv vadbe proti uporju na čas za dokončanje testa (-0,55 s). Statistično značilnost kljub relativno majhni absolutni spremembi lahko pojasnimo z dejstvom, da so bili vzorci starostnikov zelo homogeni ter da so bili obenem starostniki v večini študij že pred intervencijo dobro sposobni za opravljanje tega testa (povprečni časi so bili med 5 in 10 sekund). Velikost učinka bolje ponazori SPR, ki je znašala -0,84 (95 % CI = -0,91 - -0,20). Rezultati so bili med študijami visoko heterogeni ($I^2 = 73$ %).

V dveh študijah so spremljali učinek vadbe proti uporju na rezultat Y-ravnotežnega testa (Slika 1). V obeh so beležili skupni rezultat (seštevek vseh treh smeri dosega), normaliziran na dolžino spodnje okončine. Skupni učinek kaže v smer izboljšanja rezultata (+ 4,94 %), vendar ne statistično značilno ($p = 0,140$).

Slika 1: Vpliv vadbe proti uporju na normaliziran skupni rezultat Y-ravnotežnega testa



Legenda: CI – interval zaupanja (ang. confidence interval)

V petih študijah so beležili SEBT, pri čemer so bili preiskovanci v vseh študijah otroci ali mladostniki. Rezultate so v vseh študijah poročali kot normalizirane na dolžino spodnje okončine in ločeno za tri smeri dosega. Analize kažejo statistično značilne ($p = 0,020$ – $0,040$) učinke vadbe protu uporju, ki so bile zelo podobne v vseh treh smereh dosega (povprečna razlika: +4,09–5,17 %). Potrebno je omeniti, da v eni od študij (Tay 2019) kontrolna skupina ni bila povsem pasivna, temveč je opravljala trening na trampolinu, ki bi prav tako lahko imel pozitivne učinke. V kolikor se ta študija iz analize izloči, se povprečne razlike še nekoliko

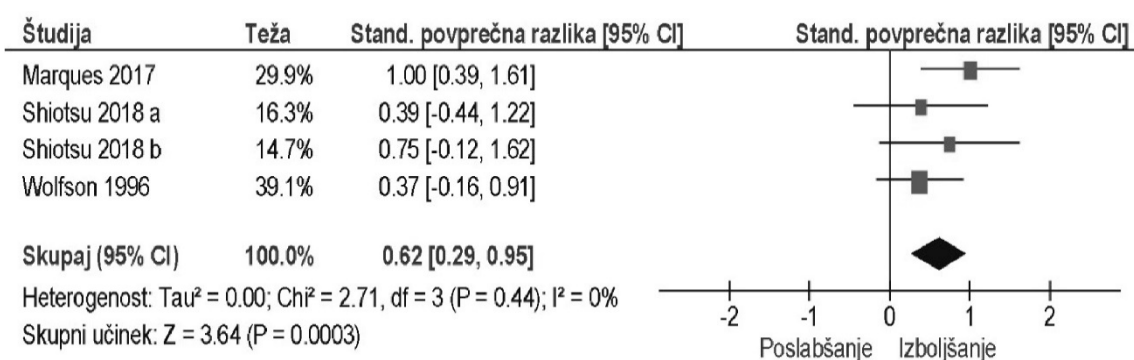
povečajo (+4,78-6,67 %; $p = 0,003-0,010$). Standardizirana razlika je pokazala, da gre za zelo visoke učinke ($SPR = 0,86-1,67$). Rezultati so bili med študijami zmerno do visoko heterogeni ($I^2 = 44-93\%$).

V treh študijah so beležili vpliv vadbe proti uporom na test funkcionalnega dosega pri starostnikih. Rezultati študij so bili zelo homogeni ($I^2 = 0\%$) in so pokazali statistično značilno ($p < 0,001$) izboljšanje rezultata funkcionalnega dosega. Povprečno izboljšanje je znašalo 4,22 cm, kar izraženo v SPR predstavlja velik učinek: $SPR = 1,04 (0,62-1,46)$.

3.2 Vpliv vadbe proti uporom na statično ravnotežje

V treh študijah so preučevali vpliv vadbe proti uporom na sposobnost zadrževanja enonožne stoji pri starostnikih (Slika 2). Čeprav so vse študije rezultat poročale kot čas zadrževanja položaja, smo zaradi velike heterogenosti med študijami glede stanja pred intervencijo rezultate izrazili kot SPR. Analiza je pokazala statistično značilen ($p < 0,001$) učinek vadbe protu uporom na čas zadrževanja enonožne stoji ($SPR = 0,62$). Povprečen napredek preko študij je bil 7,82 s (95 % CI = -0,85 - 16,62 s), pri čemer je potrebno opozoriti na velik razpon glede absolutnih velikosti učinkov (1,9 s–37,6 s).

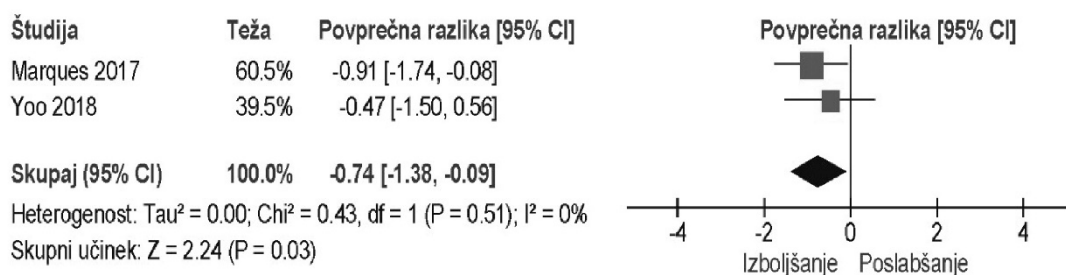
Slika 2: Vpliv vadbe proti uporom na rezultate testa stoji na eni nogi



Legenda: CI – interval zaupanja (ang. confidence interval)

Dve študiji sta spremljali vpliv vadbe proti uporom na hitrost premika centra pritiska med mirno stoji v mediolateralni smeri (Slika 3), pri čemer so bili preiskovanci v eni študiji starostniki, v eni pa mladostniki. Skupni učinek je pokazal statistično značilno ($p = 0,030$) zmanjšanje hitrosti centra pritiska za 0,74 cm/s ($SPR = -0,55$ (95% CI = -1,04 - -0,06)).

Slika 3: Vpliv vadbe proti uporom na povprečno hitrost premika centra pritiska med mirno stoji v mediolateralni smeri



Legenda: CI – interval zaupanja (ang. confidence interval)

4 Razprava

Ugotovitve študije imajo velik praktičen pomen za zmanjševanje poškodb, ki so posledice padcev pri starostnikih. V vadbene programe za starostnike lahko tako z znanstveno podprtimi dejstvi vključimo vadbo proti uporju in tako poskrbimo za dvig kvalitete življenja in zmanjšanje števila poškodb skeletnega sistema. Kljub raznolikosti ugotovitev v literaturi smo prišli do zaključka, da bi starostniki morali izvajati vadbeni program, ki traja vsaj 4–6 tednov z dvema do tremi vadbenimi enotami na teden, 1–3 serije in 6–12 ponovitev z nizkimi in zmernimi bremenji (20–60 % 1RM) ter velikimi koncentričnimi hitrosti gibanja.

S funkcionalnega vidika ima vadba proti uporju pomembno vlogo znotraj gerontologije. Kot že omenjeno, se večji napredek v mišični moči in jakosti ne kaže vedno v večjem napredku v funkcionalnosti gibanja (Steib, Schoene in Pfeifer, 2010). Vadba proti uporju na nestabilnih podlagah se kaže kot učinkovitejša pri izboljšanju funkcionalnosti gibanja v primerjavi z vadbo proti uporju na stabilni podlagi. Takšna vadba povzroči povečano aktivacijo mišic trupa in v večji meri angažira manjše stabilizatorje trupa. Posledično takšna vadba občutneje vpliva tudi na posturalno kontrolo (Behm idr., 2015). Zaradi stabilnostnih zahtev in posledičnega angažmaja živčnega sistema, ki je potreben za zadrževanje ravnotežja na nestabilnih podlagah, bo takšna vadba pozitivno vplivala na ravnotežje (Burke idr., 2012). Na podlagi nedavnih ugotovitev sistematičnega pregleda literature Da Labra in sodelavcev (2015) se takšen tip vadbe kaže v enakem napredku funkcionalnosti gibanja tako pri krhkih kot pri zdravih starostnikih.

V literaturi se nakazujejo močne povezave med mišično močjo/jakostjo in ravnotežjem pri športnikih (Ferguson, 2009). V športu ravnotežje največkrat merimo z dinamičnimi testi, kot je Y-ravnotežnostni test. Moč je pomemben dejavnik, ki pogojuje dober rezultat predvsem na nedominantni nogi pri Y-ravnotežnostnem testu (Hamed, idr., 2018). Slabša zmogljivost mišic kolka lahko negativno vpliva na kakovost gibanja in posturalno kontrolo (Gribble in Hertel, 2004). To še posebej velja za mišico gluteus medius in zunanje sukalke kolčnega sklepa, ki igrajo pomembno vlogo pri vzdrževanju ravnotežja v čelni ravnini (Leavey, Sandrey in Dahmer, 2010). Za vzdrževanje ravnotežja se glede na resnost mehanskih motenj živčno-mišični sistem lahko poslužuje različnih strategij. Prva strategija se imenuje strategija gležnja, ki se je največ poslužujejo mlajši zdravi posamezniki. Pri tej strategiji posameznik vzdržuje ravnotežje z aktivacijo mišic na medialni in lateralni strani gležnja (Peters, Trevino in Renstrom, 1991). Druga strategija se imenuje strategija kolka, ki se je večkrat poslužujejo predvsem starejši posamezniki in pacienti s poškodbami gležnja. Mišice gluteus medius in druge odmikalke kolka s svojim prispevkom kompenzirajo primanjkljaj jakosti, ki nastane zaradi oslabljenih mišic gležnja, za namene vzdrževanja posturalne kontrole (McKeon idr., 2008). Ta proksimalna kompenzacija posturalnega nihanja centra mase telesa je pogosto opažena pri posameznikih z lateralnimi zvini gležnja in kronično nestabilnostjo gležnjev (Nelson idr., 2007).

Omejitev našega pregleda literature je manjše število študij, ki so preučevale vpliv vadbe proti uporju na statično ravnotežje. Ob večjem številu študij bi se podatki mogoče ujemali z ugotovitvami v prečno-presečnih študijah, ki nakazujejo majhne povezave med močjo/jakostjo in statičnem ravnotežjem. Heterogenost v uporabljenih testih in heterogenost preiskovancev v študijah predstavlja naslednjo omejitev študije.

5 Sklep

Ker so poškodbe skeletnega sistema zaradi padcev velika obremenitev za javnozdravstveni sistem, je izjemnega pomena razvijanje intervencij, ki se učinkovito spopadajo z dejavniki tveganja za preprečevanje padcev. V naši študiji smo preučevali dva izmed največjih notranjih

dejavnikov tveganja za padce, in sicer primanjkljaj ravnotežne sposobnosti in pomanjkanje moči/jakosti spodnjih okončin. Ugotovili smo, da se z vadbo proti uporabi izboljša tako statično ravnotežje kot dinamično ravnotežje. Slednje ugotovitve nosijo velik praktičen pomen z več vidikov. Nekatero ravnotežno nalogo zahtevajo visok nivo jakosti, zato je slednja predpogoj za kakovostno izvedbo omenjenih nalog. Večja jakost predstavlja večjo kapaciteto oziroma večji potencial za odzivanje na zunanje ali notranje mehanske motnje, kar za centralni živčni sistem predstavlja večji manevrski prostor za pripravo ustreznih odzivov. To je ključno predvsem pri dinamičnih ravnotežnih nalogah in nasploh, kadar so med ravnotežno nalogo večje zahteve po jakosti. Pri starostnikih lahko z vadbo proti uporabi zmanjšamo število poškodb, ki so posledica padcev in tako poskrbimo za izboljšanje kvalitete življenja. Pri mladostnikih in športnikih lahko pravilno zasnovana vadba proti uporabi predstavlja eno sredstvo več za vadbo posameznikov z večjim tveganjem za nekontaktne poškodbe kolena in gležnja. Izkaže se, da je vadba proti uporabi s hitrim, eksplozivnim tempom učinkovitejša pri izboljšanju rezultatov na testih posturalnega ravnotežja kot vadba proti uporabi s počasnim, tekočim tempom. Vadba proti uporabi s hitrim, eksplozivnim tempom v večji meri razvije sposobnost hitrega prirastka sile, kar je pri ravnotežnih nalogah morda bolj pomembno kot absolutna jakost. Slednje ugotovitve nam prav tako omogočajo razvijanje individualiziranih intervencij za preprečevanje poškodb, ki so posledica padcev.

LITERATURA

1. Abrahamova, D. in Hlavacka, F. (2008). Age-related changes of human balance during quiet stance. *Physiological reserach*, 57, 957–964.
2. Behm, D. G., Muehlbauer, T., Kibele, A. in Granacher, U. (2015). Effects of strength training using unstable surfaces on strength, power and balance performance across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Sports medicine*, 45 (12), 1645–1669.
3. Broadstone, B. J., Westcott, S. L. in Deitz, J. C. (1993). Test-retest reliability of two tiltboard tests in children. *Journal of the american physical therapy association*, 73, 18–625.
4. Buck, P. C. in Coleman, V. P. (1985). Slipping, tripping and falling accidents at work: A national picture. *Ergonomics*, 28, 949–958.
5. Burke, T. N., França, F. J. R., Meneses, S. R. F. de Pereira, R. M. R. in Marques, A. P. (2012). Postural control in elderly women with osteoporosis: comparison of balance, strengthening and stretching exercises. A randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 26 (11), 1021–1031.
6. Burton, A. W. in Miller, D. E. (1998). Movement skill assessment. *Human Kinetics*.
7. De Labra, C., Guimaraes - Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T. in Millán - Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 15 (1).
8. Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional psychology: Research and practice*, 40, 532–538.
9. Gribble, P. in Hertel, J. (2004). Effect of hip and ankle muscle fatigue on unipedal postural control. *Journal of electromyography and kinesiology*, 14 (3), 641–646.
10. Horak, F. B., Henry, S. M. in Shumway - Cook, A. (1997). Postural perturbations: new insights for treatment of balance disorders. *Physical therapy*, 77 (5), 517–533.
11. Ilmarinen, J. (2002). Physical Requirements Associated With the Work of Aging Workers in the European Union. *Experimental Aging Research*, 28 (1), 7–23.
12. Jourkesh, M., Sandri, I., Ojagi, A. in Sharanavard, A. (2011). Comparison of physical fitness level among the students of IAU, Shabestar branch. *Annals of biological research*, 2, 460–467.
13. Kemmlert, K. in Lundholm, L. (2001) Slips, trips and falls in different work groups—With reference to age and from a preventive perspective. *Applicational ergonomics*, 32, 149–153.
14. Kristan, S. (2012). Športni terminološki slovar. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za šport.

15. Leavey, V. J., Sandrey, M. A. in Dahmer, G. (2010). Comparative effects of 6-week balance, gluteus medius strength, and combined programs on dynamic postural control. *Journal of sport rehabilitation*, 19 (3), 268–287.
16. McKeon, P. O., Ingersoll, C. D., Kerrigan, D. C., Saliba, E., Bennett, B. C. in Hertel, J. (2008). Balance training improves function and postural control in those with chronic ankle instability. *Medicine & science in sports & exercise*, 40 (10), 1810–1819.
17. Morfitt, J. M. (1983). Falls in old people at home: Intrinsic versus environmental factors in causation. *Public health*, 97, 115–120.
18. Nelson, A. J., Vollins, C. L., Yard, E. E., Fields, S. K. in Comstock, R. D. (2007). Ankle injuries among United States high school sports athletes. *Journal of athletic training*, 42 (3), 381–387.
19. Panjabi, M. M. (2003). Clinical spinal instability and low back pain. *Journal of electromyography and kinesiology*, 13 (4), 371–379.
20. Peters, J. W., Trevino, S. G. in Renstrom, P. A. (1991) Chronic lateral ankle instability. *Foot Ankle international*, 12, 182–191.
21. Pistotnik, B. (2003). *Osnove gibanja*. Ljubljana: Fakulteta za šport. Inštitut za šport.
22. Steib, S., Schoene, D. in Pfeifer, K. (2010). Dose-response relationship of resistance training in older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, 42 (5), 902–914.
23. Šarabon, N., Rošker, J., Loeffler, S. in Kern, H. (2010). Sensitivity of body sway parameters during quiet standing to manipulation of support surface size. *Journal of sports science and medicine*, 9, 431–438.
24. Šarabon, N., Zacirkovnik, T., Rošker, J. in Loeffler, S. (2013). Metric Characteristics of the Tests for Dynamic Balance Evaluation. *Physikalische medizin rehabilitationsmedizin kurortmedizin*, 23 (3), 135–146.
25. Thomas, R. L., Zidan, M. A. in Slovis, T. L. (2015). What you need to know about statistics Part I: validity of diagnostic and screening tests. *Pediatric radiology*, 45 (2), 146–152.
26. Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, 464, 536–542.
27. Wang, H., Ji, Z., Jiang, G., Liu, W. in Jiao, X. (2016). Correlation among proprioception, muscle strength, and balance. *Journal of physical therapy science*, 28 (12), 3468–3472.

Raba konoplje med Slovenci – integrativni pregled literature

KLJUČNE BESEDE: kanabis, marihuana, konoplja v Sloveniji

POVZETEK - Uvod: Raba konoplje med Slovenci presega evropsko povprečje. V prispevku je predstavljena tema, ki je aktualna zaradi povečane porabe konoplje v obliki prepovedanih drog. Metode: Narejen je bil pregled monografske, strokovne literature ter znanstvenih člankov. Uporabljen je bil spletni bibliografski sistem COBISS, na spletu so bili pregledani dostopni članki na straneh PubMed in Google učenjak. Omejitve iskanja so bile naslednje: obdobje objave literature (2008–2019), prost dostop do recenziranih strokovnih in znanstvenih člankov s celotnim besedilom ter literatura v angleškem ali slovenskem jeziku. Za pregled literature je bila uporabljena vsebinska analiza prebranega gradiva. Rezultati: Za raziskovalno vprašanje »kakšna je raba in razširjenost konoplje med Slovenci« je bilo dobljenih 104 zadetkov, primernih za končno analizo pa je bilo 8 člankov. Razprava: Iz integrativnega pregleda literature izhaja, da je raba konoplje med Slovenci bolj razširjena med mlajšimi kot starejšimi in bolj med moškimi kot med ženskami.

KEYWORDS: cannabis, marihuana, hemp in Slovenia

ABSTRACT - Theoretical background: The use of cannabis in Slovenia exceeds the European average. This article presents the use of cannabis in Slovenia. Methods: A review of monographs, professional literature and scientific articles was made. The COBISS online bibliographic system was used and accessible articles on the PubMed and Google Scholar pages were reviewed online. The limitations of the search were: the period of publication of the literature (2008–2019), free access to peer-reviewed scientific articles, and literature in English or Slovenian. A content analysis of the material read was used to review the literature. Results: 104 units of literature were obtained on prevalence and use of cannabis in Slovenia, 8 of them were suitable for final analysis and selected for presentation. Discussion: A systematic review of the literature shows that cannabis use in Slovenia is more widespread among adolescents than older and more among men than women.

1 Teoretična izhodišča

Konoplja je enoletna in enospolna rastlina. Konopljo delimo na navadno, namenjeno industriji, in zdravilno, namenjeno terapiji (Predlog zakona o konoplji, 2018, str. 3). Konoplja je bila v zgodovini človeštva zaradi svoje vsestranske uporabe zelo priljubljena, prepoved njene uporabe pa je prisotna le v nedavni zgodovini (Robinson, 2015, str. 1). V znanstvenem prispevku uporabljamo tri različne termine za dano rastlino – konoplja, kanabis in marihuana. Konoplja in kanabis sta opredeljena kot zdravilna rastlina. V slovenskem prostoru se zaradi konotacije pomena ime konoplja uporablja za industrijsko konopljo, kanabis pa za indijsko. Marihuana je opredeljena kot droga iz indijske konoplje.

Po podatkih European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA (2013, str. 2)) je marihuana najpogosteje uporabljena prepovedana droga v Evropi. Kot pogost uporabnik marihuane je definiran uporabnik, ki jo uporablja 20 ali več dni v mesecu. Tvegan uporabnik marihuane je predvsem uporabnik, ki je od marihuane odvisen. Najpogostejši uporabniki marihuane so moški (70 %). Večina pogostih uporabnikov marihuane jo prične uporabljati v najstniških letih. Zgodnji začetek in redna uporaba marihuane med adolescenco sta povezana s številnimi negativnimi posledicami, vključno z napačnimi načini uporabe, uporabo drugih

prepovedanih drog, težavami v duševnem zdravju in doseganjem nižje stopnje izobrazbe. V Sloveniji ni zanesljivih podatkov o razširjenosti rabe konoplje v medicinske namene, so pa dostopni podatki o splošni rabi marihuane, najpogosteje v obliki prepovedanih drog. Marihuana je med polnoletnimi prebivalci Slovenije kot tudi med najstniki najbolj razširjena oblika prepovedanih drog vse od leta 1995, ko je bila raziskava opravljena prvič (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015, str. 5). Marihuano je že kdaj v življenju uporabilo 15,8 % prebivalcev Slovenije v starosti 15–64 let. Povprečna starost ob prvi uporabi marihuane znaša 18,2 leta, pri moških 18,3 leta in pri ženskah 17,9 leta. V zadnjih 12 mesecih pred raziskavo je velik delež (72,3 %) tistih prebivalcev, ki so že kdaj v življenju uporabili marihuano ter jo prenehali uporabljati, 27,7 % pa jih je marihuano uporabljalo tudi v zadnjih 12 mesecih (NIJZ, 2015, str. 6).

Na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Ministrstva za zdravje (2014, str. 24) so objavljeni učinki, zaradi katerih nekateri ljudje uporabljajo marihuano v rekreativne namene. Ti so vznichenost, ugodje, sproščenost, sprememba zaznavanja in zmanjšanje tesnobe. Po drugi strani pa ima lahko uporaba konoplje številne neugodne posledice: paniko, tesnobo, nemir, jok, občutek izgube nadzora nad samim seboj, neprijetne spremembe zaznavanja, suha usta in drugih sluznic, spremenjen krvni pritisk, motnjo kratkotrajnega spomina. Dolgoročni vplivi na zdravje so tisti, ki izhajajo iz redne uporabe marihuane, zlasti vsakodnevne uporabe, v obdobju mesecev, let ali desetletij. Časovni interval med začetkom redne uporabe marihuane in razvojem dolgoročnih učinkov na zdravje se lahko razlikuje od nekaj let do desetletij (Čanji, 2018, str. 6).

2 Empirični del

2.1 Namen in cilji raziskovanja

Namen znanstvenega prispevka je z uporabo literature prikazati rabo konoplje med Slovenci. Cilji raziskovanja je ugotoviti razširjenost in rabo konoplje med Slovenci.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Na podlagi pregledane literature smo si postavili naslednje raziskovalno vprašanje:

Kakšna je raba in razširjenost konoplje med Slovenci?

2.3 Raziskovalna metodologija

Metode pregleda literature: Literaturo smo iskali v tujih in domačih bazah. Baze, ki smo jih uporabili, so: PubMed, Google učenjak in COBISS. Uporabili smo omejitvena kriterija: obdobje od leta 2008 do 2019, celotno besedilo prosto dostopnih člankov in monografij. Ker o rabi konoplje med Slovenci obstaja veliko podatkov, zbranih z raziskavami, smo jih iskali med slovenskimi viri s ključnima besednima zvezama: »kanabis« AND »razširjenost«, »marihuana« AND »razširjenost«, v PubMedu pa z angleško ključno besedno zvezo »cannabis« AND »Slovenia«.

Strategija pregleda zadetkov: Iskanje po posameznih bazah smo raziskovalno vprašanje shematsko prikazali v diagramu PRIZMA (slika 1) ter tabelarično (tabela 1). V nadaljnji analizi pri vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo vsebinsko upoštevali ustreznost, razumljivost in aktualnost. Pregledana literatura obravnava izbrane vsebine, kot so opredelitev rabe konoplje med Slovenci. Tabelaričen pregled vsebuje ključne besede, s katerimi smo iskali, število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu (tabela 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	<i>Ključne besede</i>	<i>Število zadetkov</i>	<i>Zbrani zadetki za pregled v polnem besedilu</i>
PubMed	»Cannabis AND Slovenia«	4	2
Google učenjaki	»Marihuana AND razširjenost«	52	3
	»Kanabis AND razširjenost«	32	1
COBISS	»Marihuana AND razširjenost«	12	1
	»Kanabis AND razširjenost«	4	1
Skupaj	/	104	8

Opis obdelave podatkov pregleda literature: Pridobljeno literaturo smo razčlenili z vsebinsko analizo prebranega gradiva po Vogrincu (2008, str. 57). Pregled poteka iskanja literature je prikazan v diagramu PRIZMA.

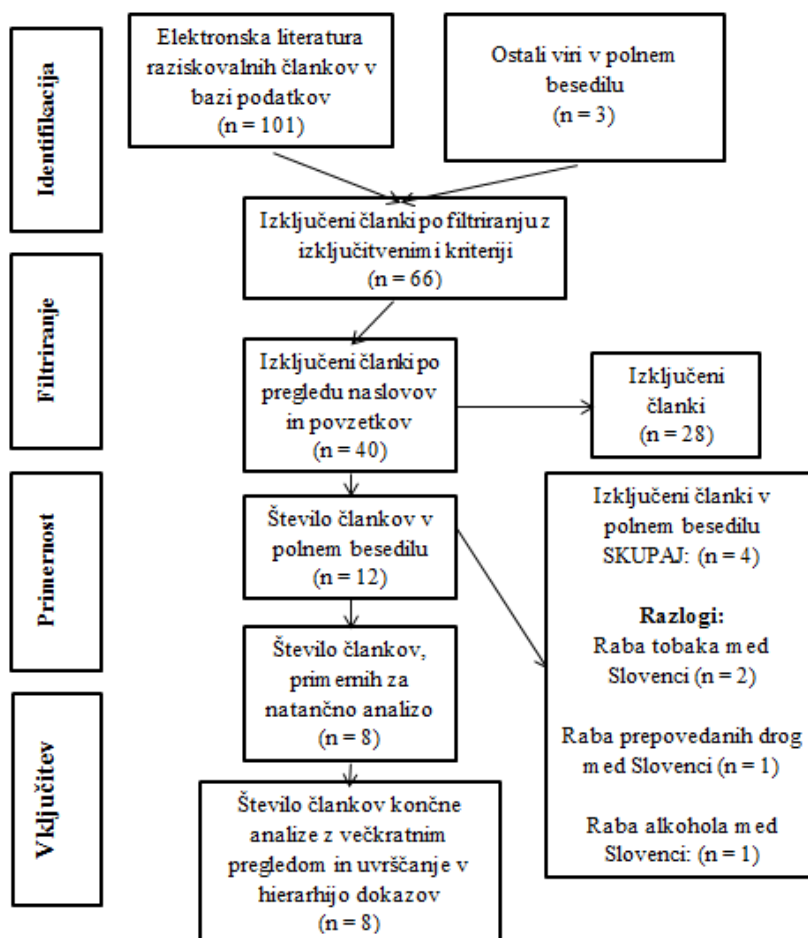
Ocena kakovosti pregleda literature: Kakovost dobljenih virov smo uvrstili v končni pregled literature in jih ocenili po hierarhiji dokazov Polit in Beck (2010, str. 37). Nivojev je sedem, in sicer si sledijo po kakovosti od ocene 1, ki je najbolj kakovostna, do 7, ki je najmanj kakovostna. Hierarhija dokazov se v raziskovanju uporablja kot kriterij vrednotenja zaupanja vrednih dokazov, ki razvršča znanstvena dela na podlagi uporabljenih raziskovalnih metod za pridobitev dokazov (Polit in Beck, 2010, str.37). Za navedeno raziskovalno vprašanje smo v končno analizo uvrstili 8 virov. Uvrstili smo 5 raziskav, ki spadajo pod nivo 4: Koprivnikar, Drev, Jeriček Klanšček in Bajt (2012), Stergar in Urdih Lazar (2014), Jeriček Klanšček (2015), Lesjak in Stanojević - Jerković (2015), Koprivnikar idr. (2015) in 1 mnenje avtorjev, ki spada pod nivo 7 (Zdravniška zbornica, 2018).

3 Rezultati

Rezultati so v nadaljevanju prikazani tako shematsko kot vsebinsko.

Diagram PRIZMA: Slika 1 prikazuje diagram PRIZMA (Čulić, 2019, str. 12) za navedeno raziskovalno vprašanje. S ključnimi besedami, s katerimi smo iskali literaturo, smo pridobili 101 elektronski vir, in sicer raziskovalne članke v polnem besedilu, ter 3 ostale vire v polnem besedilu. V fazi ocenjevanja primernosti smo na podlagi pregledanih naslovov in izvlečkov zadetkov zaradi odmika od izbrane teme izključili 40 virov, tako nam je za naslednjo fazo ostalo natanko 12 virov v polnem besedilu. Na podlagi presoje smo izključili še 4 vire, razlogi za izključitev teh člankov v polnem besedilu pa so: raba tobaka med Slovenci (n = 2); raba prepovedanih drog med Slovenci (n = 1); raba alkohola med Slovenci (n = 1). Prišli smo do 8 virov, ki so bili primerni za natančno analizo. Po večkratnem vsebinskem pregledu virov smo v končno analizo uvrstili 8 virov.

Slika 1: Diagram PRIZMA rabe konoplje med Slovenci



Vir: Čulić (2019). Raba konoplje med Slovenci in trendi njene rabe v medicinske namene (Diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, str. 12.

4 Razprava

V znanstvenem prispevku smo raziskovali rabo konoplje med Slovenci. Obravnavano temo smo pregledali in jo bolj spoznali s pomočjo pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Pregledana literatura nam je omogočila širok vpogled v področje rabe konoplje med Slovenci. Z analizo dobljenih rezultatov pregleda literature smo dosegli namen znanstvenega prispevka.

Opozarjamo na rezultate raziskave ESPAD (Zdravniška zbornica, 2018, str. 1), v kateri so slovenski srednješolci presegali evropsko povprečje glede uživanja marihuane, uporabe drugih prepovedanih drog razen marihuane, uporabe pomirjeval brez recepta, inhalantov in novih psihoaktivnih snovi kadarkoli v življenju. Zadnja raziskava Eurobarometer (Zdravniška zbornica, 2018, str. 1) o rabi marihuane za Slovenijo je pokazala, da se je delež mladih v starosti od 15 do 24 let, ki marihuani pripisujejo tveganje za zdravje, z 61 % leta 2011 zmanjšal na 51 % v letu 2014. Mladi se torej vse manj zavedajo nevarnosti uživanja te droge in očitno sledijo propagandnim sporočilom o domnevni neškodljivosti marihuane ter so med najmanj ozaveščenimi v Evropi. V nobenem zakonskem predlogu ni upoštevan vpliv na zdravje otrok in mladostnikov, zato opozarjamo na posledice, ki so jih v okoljih, kjer so marihuanski izdelki že širše dostopni, že zaznali in ovrednotili Zdravniška zbornica (2018, str. 1). Marihuano kljub starostnim in zakonskim predpisom, ki prepoveduje njeno uporabo, uporablja veliko število

mladih v Sloveniji. Ključni zakonodajni ukrep za preprečevanje ali zmanjševanje tveganega vedenja pri slovenskih mladostnikih je omejevanje in urejanje proizvodov iz marihuane in ta ukrep je treba tudi strogo nadzorovati (Lesjak in Stanojević-Jerković, 2015, str. 8). Približno vsak peti 15-letnik (21,1 %) je že uporabil marihuano, prav tako vsak peti (18,7 %) jo je uporabil v zadnjih 12 mesecih. V zadnjih 30 dneh je marihuano uporabil približno vsak deseti 15-letnik (10,3 %). V vseh primerih je delež pomembno višji med fanti kot dekleti (Koprivnikar, 2015, str. 28).

Uporaba marihuane je bolj razširjena med mlajšimi kot starejšimi prebivalci Slovenije in bolj med moškimi kot ženskami. Povprečna starost ob prvi uporabi marihuane je 18 let (Lesjak in Stanojević-Jerković, 2015, str. 9). Marihuano bolj verjetno vsaj enkrat v življenju uporabijo tisti prebivalci, stari 15–34 let, ki so najvišje izobraženi, tisti iz zgornjega razreda glede na materialni status, brezposelni, in tisti, ki ne živijo s partnerjem. Prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem in tisti z večjim številom kazalnikov nizkega socialno-ekonomskega položaja bolj verjetno nadaljujejo uporabo marihuane. Socialno-ekonomske neenakosti so večinoma najbolj izrazite glede na izobrazbo; izrazitejše so med ženskami kot moškimi v starosti 15–34 let. Med najvišje izobraženimi moškimi je delež uporabe marihuane kadarkoli v življenju 1,5-krat višji kot med najnižje izobraženimi, pri ženskah je 1,8-krat višji. Delež tistih, ki nadaljujejo uporabo marihuane, med vsemi, ki so kadarkoli uporabili marihuano, je med najnižje izobraženimi moškimi 2,4-krat višji kot med najvišje izobraženimi, pri ženskah je 3,8-krat višji. Delež tistih, ki opuščajo uporabo marihuane, med vsemi, ki so kadarkoli uporabili marihuano, je med najvišje izobraženimi moškimi in ženskami 2,3-krat višji kot med najnižje izobraženimi (Koprivnikar, 2015, str. 29). Po večletnem obdobju naraščanja razširjenosti uporabe marihuane se je po letu 2003 to naraščanje ustavilo in se celo zmanjšalo tako v Sloveniji kot številnih drugih evropskih državah (Stergar in Urdih Lazar, 2014, str. 12). Primerjava z drugimi evropskimi državami kaže, da se slovenski mladostniki po uporabi marihuane uvrščajo nad evropsko povprečje (Lesjak in Stanojević - Jerković, 2015, str. 10).

4.1 Omejitve raziskave

Znanstveni prispevek je temeljil na iskanju in analizi člankov, ki so nam podali ključne informacije in statistične podatke o rabi konoplje med Slovenci. Kljub temu smo imeli dani omejitvi:

- v pregled smo želeli vključiti več slovenskih podatkov o rabi konoplje med Slovenci, vendar nismo našli veliko raziskav na to temo;
- zagotovo je še več uporabnih odgovorov v znanstvenih člankih, ki niso bili prosto dostopni.

4.2 Prispevek k praksi ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Menimo, da smo v znanstvenem prispevku skozi sistematični pregled literature obravnavali aktualno problematiko, s katero se srečujemo v Sloveniji. To področje je potrebno natančneje raziskati in ljudi ustrezno izobraževati o uporabi marihuane.

5 Sklep

Skozi pregled literature smo ugotovili, da jo mladostniki v Sloveniji kot prepovedano drogo uživajo pogosto – več od evropskega povprečja. Pomembno bi bilo, da bi v srednjih šolah uvedli dodatne izobraževalne programe o marihuani in njeni uporabi, saj je ozaveščenost o njenih negativnih učinkih med mladimi slaba. Uradno stališče MZ je, da konoplja ne spada v skupino najbolj nevarnih drog. Strokovna javnost o konoplji ve premalo, zato je zaradi odobritve rabe konoplje v medicinske namene izobraževanje ljudi o negativnih učinkih uživanja marihuane še toliko bolj potrebno.

LITERATURA

1. Čanji, P. (2018). Konoplja in kanabinoidi: pozitivna pridobitev ali prikrito zlo? Celje: Mestna občina Celje, Mladi za Celje. Pridobljeno s <https://www.knjiznica-celje.si/raziskovalne/4201803590.pdf>.
2. Čulić, A. (2019). Raba konoplje med Slovenci in trendi njene rabe v medicinske namene (Diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Pridobljeno s http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2019/Culic_Armin.pdf.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), (2013). Perspectives on drugs characteristics of frequent and high-risk cannabis users. Pridobljeno s https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2719/EMCDDA_POD_2013_Frequent%20cannabis%20users.pdf.
4. Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar H., Drev, A., Pucelj, V., Zupanič, T. in Britovšek, K. (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf.
5. Koprivnikar, H., Drev, A., Jeriček Klanšček, H. in Bajt, M. (2012). Z Zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji - izzivi in odgovori. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
6. Koprivnikar, H., Zorko, M., Drev, A., Hovnik Keršmanc, M., Kvaternik, I. in Macur, M. (2015). Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/uporaba_tobaka_alkohola_in_drog.pdf.
7. Lesjak, V. in Stanojević - Jerković, O. (2015). Physical activity, sedentary behavior and substance use among adolescents in Slovenian urban area. *Zdravstveno varstvo*, 54, 168–174.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) 2015. Stanje na področju prepovedanih drog v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nacionalno_porocilo_o_drogah_2015_0.pdf.
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje in Ministrstvo za zdravje (2014). Uporaba konoplje v medicini. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje in Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/uporaba-konoplje-v-medicini>.
10. Polit, D. F. in Beck, C. T. (2010). *Nursing research: assessing evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
11. Predlog zakona o konoplji, 2018. Pridobljeno s http://sksk.si/Predlog_zakona_o_konoplji.htm#_Toc375388987.
12. Robinson, R. (2015). Konopljin manifest: sto in en način, kako lahko konoplja reši svet. Visoko: Kiroja.
13. Stergar, E. in Urdih Lazar, T. (2014). Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino. Ljubljana: Inštitut za medicino dela prometa in športa.
14. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
15. Zdravniška zbornica (2018). Koordinacije zdravniških organizacij ob razpravah o zakonskih predlogih glede legalizacije konoplje in drugih izdelkov z višjim deležem THC. Pridobljeno s <https://www.zdravniskazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2018/03/08/koordinacije-zdravniških-organizacij-ob-razpravah-o-zakonskih-predlogih-glede-legalizacije-konoplje-in-drugih-izdelkov-z-višjim-deležem-thc>.

Mag. Damnjan Damnjanović
Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu
Dr. Zmago Turk
Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru

Specialna HumanUP masaža zatilja pri osebah s cervikalnimi sindromi

KLJUČNE BESEDE: glavoboli, cervikalni sindromi, fizioterapija, HumanUP masaža, VAS-lestvica

POVZETEK - Zatilni glavoboli predstavljajo cca 60 % kroničnih glavobolov, povzročenih zaradi sprememb v vratnem delu hrbtenice. Tovrstne glavobole običajno zdravimo s kinezioterapijo in protibolečinsko fizioterapijo. Možen vzrok za nastanek teh glavobolov je tenzijski pritisk obratnih mišic na nasadišča vretenc, posebej atlasa. HumanUP masaža je metoda, kjer z vibracijskim pritiskom poskušamo spremeniti prikrajšavo in minimalno dislokacijo vretenc. Izvaja se z masažnim aparatom, s katerim masiramo cca 1–3 minute nasadišča obvretenčnih mišic. Testirali smo 21 kroničnih bolnikov z zatilnim glavobolom, ki so že prej absolvirali vse metode fizikalne terapije. Bolečine smo testirali z VAS-lestvico, vprašalniki MSQ, MIDAS, HIT-6 in vprašalnikom, sestavljenim iz 36 splošnih vprašanj, ter opravili meritve gibljivosti vratnega dela hrbtenice. Paciente smo vključili v raziskavo, ki traja cca 6 mesecev. Pri 70 % pacientov se je po prvem tretmaju zmanjšala bolečina po VAS-lestvici za 30 %, po drugem tretmaju za 60 % in po tretjem tretmaju za 85 %. Merjenja antefleksije, retrofleksije in notranje rotacije so pokazala izboljšanje gibljivosti za najmanj 25 % že po prvem tretmaju, za 30 % po drugem ter 35 % po tretjem tretmaju. Predstavljena metoda HumanUP masaže zatilja je nova oblika fizioterapije ter obenem razmišljanje o vzrokih vratnih bolečin in zatilnih glavobolov. Raziskavo bomo nadaljevali in analizirali vzroke nastanka zatilnih glavobolov in vratnih sindromov.

KEYWORDS: headaches, cervical syndrome, physiotherapy, HumanUP massage, VAS scale

ABSTRACT - Occipital headaches represent approx. 60% of chronic headaches caused by changes in the cervical spine. These headaches are usually treated with kinesiotherapy and analgesic physiotherapy. A possible cause for these headaches is the tension pressure of the neck muscles on the vertebral joints, especially the atlas. HumanUP massage is a method where we try to change the deprivation and minimal dislocation of the vertebrae with vibration pressure. HumanUP massage is performed with a special massage tool, which we use to massage spinal muscle implantation approx. 1 to 3 minutes. We tested 21 chronically patients with occipital headache who had previously tested all methods of physical therapy. Pain was tested with the VAS scale, MSQ, MIDAS, HIT-6 tests and a questionnaire consisting of 36 general questions and measurements of cervical spine mobility. Patients will be included in the study, approx. 6 months long. After the first treatment 70% of patients reduced the VAS scale by 30%, after the second treatment by 60% and after the third treatment by 85%. Measurements of anteflexion, retroflexion, and internal rotation showed improvements in mobility at least 25% after the first treatment, 30% after the second, and 35% after the third treatment. The presented HumanUP massage method is a new form of physiotherapy and thinking about the development of neck pain and occipital headaches. We will continue the research and analyse the causes of occipital headaches and neck syndromes.

1 Uvod

Po statističnih podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2021) s posledicami glavobolov v zatilju živi 12–15 % celotnega svetovnega prebivalstva. Podatki se razlikujejo glede na kontinente oziroma načine zbiranja podatkov. Glavoboli so verjetno najpogostejši

razlog obiska ambulante nujne medicinske pomoči (NMP), nevroloških in fizijatričnih ambulant (Zaletel in Žvan, 2017). Glavobol je tretji najpogostejši razlog za opravilno nesposobnost na globalni ravni (ang. yearslostdue to disability) (Rice idr., 2016). Zatilni glavoboli predstavljajo okoli 60 % kroničnih glavobolov, povzročenih zaradi sprememb v vratnem delu hrbtenice (Turk in Plaskan, 2007).

Na voljo je nekaj znanstvenih študij, ki govorijo o pomembnosti dobrega položaja in pretočnosti atlantookcipetalnega sklepa za zdravje in počutje (Rossa idr., 2018; Dankmeijer in Rethmeier, 1943). Za našo raziskavo je pomembna NUCCA metoda Nacionalnega združenja kiropraktikov vratnega dela hrbtenice Kanade, kjer so na Univerzi v Calgaryju naredili raziskavo v povezavi s položajem atlasa ter migrenami. Metoda se izvaja s kiropraktičnim prijemom v predelu zatilja, medtem ko je oseba v ležečem položaju. Na ta način se blaži neskladje med položajem atlantookcipetalnega sklepa prej in po posegu. Ta študija je dokazala, da boljši položaj atlasa sčasoma pripomore k zmanjšanju pogostosti ter intenzivnosti migren in posledično invalidnosti ter pripomore k boljši kakovosti življenja (Woodfield idr., 2015). Presenečajo rezultati, saj je samo pet od enajstih pacientov pokazalo povečanje primarnega izida, intrakranialno skladnost. Obenem pomeni, da splošna sprememba ni pokazala nobenega statističnega pomena. Sekundarni izid je pokazal klinično pomembno izboljšanje simptomov z zmanjšanjem števila dni z glavoboli. Rezultati študije NUCCA kažejo, da je interakcija atlastične preusmeritve lahko povezana z zmanjšanjem pogostnosti migren in s precejšnjim izboljšanjem kakovosti življenja, kar povzroči precejšnje zmanjšanje invalidnosti zaradi glavobola, kot je opaženo v tej dimenziji. Od študije NUCCA smo prevzeli kriterije za vključitev potencialnih kandidatov in uporabili enake standardizirane vprašalnike.

Glavna in odločilna razlika med metodama je v tem, da pri metodi HumanUP delujemo z masažnim pripomočkom – s tem je izključena kiropraktična manipulacija. Delovanje našega masažnega pripomočka bazira na enakomernih vibracijskih premikih – osem v sekundi, kar pomeni 8 Hz v sekundi. Amplituda premika gumijaste konice je 2 mm, kar vpliva na vibracijski učinek masaže. Masažni pripomoček deluje s pomočjo 12-voltne baterije, ki se jo polni. Eno polnjenje zadostuje za več kot 30 masaž zatilja po metodi HumanUP.

Namen raziskave je uporabiti validirane instrumente, ki merijo kakovost življenja oseb z glavoboli, za oceno učinka masaže zatilja po metodi HumanUP. S preliminarno raziskavo želimo odgovoriti na raziskovalno vprašanje, ali HumanUP masaža zatilja zmanjša glavobole oziroma kakšen je vpliv HumanUP masaže na osebe z bolečino v zatilju in glavoboli.

Raziskava je pilotna študija primera o vplivu masaže zatilja po metodi HumanUP pri bolnikih z glavoboli v sklopu individualnega razširjenega raziskovalnega dela na področju manipulativnih tehnik.

Preliminarni rezultati raziskave kažejo, da se pri pacientih po HumanUP tretmajih zmanjšuje intenzivnost ter konstantnost glavobolov in bolečin v zatilju, kar pomembno vpliva na kakovost njihovega življenja. Opazna je tudi boljša gibljivost cervikalnega dela hrbtenice.

1.1 Metoda HumanUP

Pri masažni metodi HumanUP delujemo izključno na zatilne mišice na področju atlantookcipetalnega sklepa, natančneje na zavojno mišico, musculus splenius, ki se nahaja v jamici med musculus sternocleido mastoidus ter musculus trapezius ter pod ligamentum nocte. Delovanje te mišice je pomembno, ker izenačuje nesorazmerno obremenitev mišic zaradi nepravilnega položaja najbolj pomembnega sklepa v našem organizmu, in to je atlantookcipetalni sklep, ki povezuje lobanjo, prvo vretence atlas ter drugo vretence aksis oziroma glavo s telesom. Masaža zatilja, po predhodnem pregledu po metodi HumanUP, poteka hitro, učinkovito ter neboleče. Gre namreč za neagresivno metodo, ki pokaže funkcionalno

stanje vratnega dela hrbtenice. Metoda je pravzaprav proces, saj naše paciente po masaži spremljamo najmanj še štirikrat na rednih obveznih kontrolah, in sicer po enem mesecu, po treh mesecih, po šestih mesecih in po enem letu. Po tem obdobju je priporočljivo, da pacient pride na kontrolo enkrat letno, v primeru padcev, udarcev ali prometne nezgode pa je kontrola obvezna takoj, saj obstaja resna nevarnost, da se je položaj atlantookcipetalnega sklepa premaknil.

Glavoboli nastanejo zaradi motenj v mišicah cervikalnega dela hrbtenice. Mišice, ki držijo glavo in vratni del hrbtenice, so iz določenih razlogov prikrajšane, skrčene v spanzomso, kar vpliva na položaj atlantookcipetalnega sklepa ter posledično na pravilno prekrvavitev ter cervikalno pretočnost. Možni načini urejanja različne obremenitve mišic na tem področju so mogoči s pomočjo masaže prikrajšanih mišic (Turk 1984) in prav to omogoča specialna tehnika HumanUP masaže zatilja, s katero se odpravljajo neenake napetosti mišic na področju atlantookcipitalnega sklepa. Na ta način se vratna vretenca postavijo v boljši položaj, kar povzroči boljšo pretočnost ter manj napetosti v tem sklepu in posledično vodi v zmanjševanje glavobolov. To dokazujejo dosedanja kontrolni pregledi vseh pacientov. Opaziti ni bilo nobenih neželenih posledic, celo nasprotno, pacienti nam takoj po tretmaju povedo, da čutijo olajšanje v glavi, cervikalnem ter ramenskem delu, opazi se lepšo barvo obraza in boljšo gibljivost ter funkcionalnost cervikalnega dela hrbtenice.

2 Raziskovalna metodologija

2.1 Opis vzorca

Raziskavo izvajamo v medicinski ustanovi Poliklinika Maribor v Medico consultingu, d. o. o. V časovnem obdobju od oktobra 2020 do januarja 2021 smo imeli na obravnavi 50 kandidatov, od katerih jih je 21 ustrezalo vključitvenim kriterijem. Vključitveni kriteriji niso bili omejeni na starost ali spol. Najbolj pomemben kriterij je bil, da kandidati izpolnjujejo specifična diagnostična merila za glavobol oziroma migrene. Upravičenost in diagnostične značilnosti glavobola so bile ocenjene z validiranimi presejalnimi vprašanji (Woodfield idr., 2015) in diagnostičnimi merili, ki se uporabljajo po Mednarodni klasifikaciji glavobolov (ICHD-2) za migreno. Upravičeni udeleženci so nadalje kategorizirani kot EM (< 15 dni z glavoboli na mesec) ali CM (\geq 15 dni z glavoboli na mesec).

Prvi pogoj za udeležbo: v zadnjih štirih mesecih od šest do deset dni z glavoboli v zatilju na mesec. Drugi pogoj: doseganje intenzivnosti najmanj štiri na VAS-lestvici bolečine v razponu od 0 do 10, razen če se kandidat ne zdravi s specifičnim zdravilom za migreno. Zahtevane so tudi vsaj štiri ločene epizode glavobola na mesec, ločene z intervalom brez bolečine v dolžini vsaj 24 ur. Enake vključitvene kriterije so imeli v raziskavi pri omenjeni NUCCA metodi (Woodfield idr., 2015).

Ker smo pri izvajanju HumanUP masaže opazili občutno boljšo gibljivost cervikalnega dela hrbtenice ter notranje rotacije rok, smo sklenili, da bomo začeli poleg standardiziranih vprašalnikov, ki merijo vpliv glavobolov, tudi s standardiziranimi meritvami gibljivosti cervikalnega dela hrbtenice ter notranje rotacije rok pred in po HumanUP tretmaju.

2.2 Merilni inštrumenti/testi

Pred tretmajem opravimo tri meritve za spremljanje gibljivosti vratnega dela hrbtenice, in sicer:

1. mentum-jugulum – brada (vrh), fosa jugualis – prsnica: za merjenje antefleksije;
2. occipital-promontorium – teme, processus spinosus – C7: za merjenje retrofleksije;
3. prsti-prsti: za merjenje notranje rotacije rok.

Za vse naštete meritve uporabljamo navadni meter, ki se uporablja v zdravniški praksi. Meritve so preproste in zelo učinkovite za naš namen, saj je možna takojšnja primerjava podatkov pred in po HumanUP tretmaju. Za mentum-jugulum–fosa jugualis velja, da merimo razdaljo med vrhom brade ter prsnico, sternom pred in po HumanUP masaži. Za meritev occipital-promontorium–processus spinosus velja, da merimo razdaljo med temenom in vretencem C7 pred in po HumanUP masaži. Pri meritvi prsti-prsti merimo razdaljo med kazalci na hrbtu pred in po HumanUP masaži.

Poleg teh meritev, kot je to bilo narejeno v raziskavi NUCCA, z enakimi vprašalniki spremljamo glavobole preko odgovorov pred tretmajem ter na rednih kontrolah – po štirih, dvanajstih ter štiriindvajsetih tednih. Vpliv glavobola pred in po HumanUP tretmaju bomo ocenili s standardiziranimi vprašalniki oz. lestvicami:

- MSQ – za kakovost življenja, specifično za migrene,
- HIT-6 – za preizkus glavobolov,
- MIDAS – za individualnosti glavobolov,
- VAS – za oceno intenzitete glavobolov.

Vsi omenjeni merni instrumenti, MSQ, MIDAS, HIT-6, VAS ter ICHD-2, imajo opravljenih veliko število visoko priznanih znanstvenih študij. Ker so visoko validni ter ozko specializirani za spremljanje glavobolov, smo jih vključili v naš znanstveni proces predstavitve vpliva HumanUP masaže zatilja pri osebah z glavoboli. Na ta način bomo dobili relevantne podatke za razlago ciljev naše raziskave.

Splošno zdravstveno stanje naših pacientov ter njihovo počutje spremljamo preko vnaprej za ta namen pripravljenega vprašalnika, sestavljenega iz 36 splošnih vprašanj, v zadnjem sklopu vprašalnika pa pridobimo tudi nekaj osnovnih podatkov o psiho-fizičnem stanju vsakega pacienta s posebnim uvidom v zdravstvena stanja, ki so značilna za glavobole. Zanima nas, ali imajo naši pacienti vrtočlavice, aritmije, težave z dihanjem, ravnovesjem, spanjem, bolečinami, utrujenostjo, koncentracijo, kondicijo, tesnobo, slabostjo, vidom, vonjem, sluhom, okusom. Zanima nas tudi, ali imajo diagnosticirano bolezen, koliko vode spijejo na dan in ali uporabljajo zdravila in mlečne izdelke.

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pacienti pred začetkom tretmaja in po seznanitvi s postopkom tretmaja po metodi HumanUP podpišejo pristopno soglasje k raziskavi. Nato se izpolni standardizirane vprašalnike MSQ, MIDAS, HIT-6, VAS. Z vsakim pacientom sledi na enak način in po enakih kriterij intervju v obliki splošnega vprašalnika. Vsi vprašalniki so poleg soglasja k raziskavi del mape dnevnika glavobolov vsakega posameznega pacienta in se bodo dopolnjevali na vsaki redni kontroli po štirih, dvanajstih in štiriindvajsetih tednih, razen vprašalnika MIDAS, ki spremlja individualnost glavobolov znotraj treh mesecev in ga bomo uporabili na kontrolnih pregledih po dvanajstih ter štiriindvajsetih tednih.

Pomemben del mape dnevnika glavobolov so tudi natančni podatki standardiziranih meritev gibljivosti cervikalnega dela hrbtenice ter notranje rotacije rok pred in po HumanUP tretmaju. Enake postopke meritve smo izvajali pri pacientih vsakič na redni kontroli. Pridobljene podatke smo skrbno beležili in statistično obdelali.

2.4 Opis HumanUP tretmaja

Pacientu predstavimo potek tretmaja po metodi HumanUP, pri čemer na dlani pacientove roke demonstriramo delovanje masažnega pripomočka ter predstavimo lokacijo njegove uporabe. Ko predstavimo masažni pripomoček in njegovo delovanje, pacientu rečemo, naj sede na stol. Svojo dlan položimo na pacientovo čelo. Damo mu navodilo, naj glavo sproščeno položi na

našo dlan. Na ta način se mišice zatilja, na katerih delujemo, še bolj odprejo, sprostijo. Poudarimo, da je zelo pomembno, da se pri tehniki HumanUP glava ne premika in da miruje v rokah terapevta – atlasologa. Razložimo mu tudi, da gre pri metodi HumanUP za masažo zatilnih mišic, s pomočjo katerih se odpravlja neenaka obremenitev omenjenih mišic. Mesta, na katerih bomo delovali z masažnim pripomočkom, zmasiramo najprej z našim palcem s krožnimi gibi. Na ta način sprostimo mišice, kar nam zagotavlja bolj lahkotno delovanje masažnega pripomočka na teh pozicijah. Z manualno masažo dodatno in prijetno sprostimo pacienta neposredno pred tretmajem. Ko končamo s pripravo mišic, pacientu damo navodilo, naj se sprosti in obdrži glavo na naši dlani. Konico masažnega pripomočka postavimo na levi ligamentum nocte, ki je takoj pod lobanjo, in spustimo na točki, kjer se nahaja musculus splenius, to se pravi v jamico med musculus sternocleidomastoideus in musculus trapezius. Ko je gumijasta konica na tej točki, masažni pripomoček prižgemo. Konico usmerimo diagonalno proti čelu na desni strani in tam postavimo dlan. Na ta način zagotovimo, da je sila pritiska masažnega pripomočka pravilno usmerjena proti naši dlani in da bo glava ostala v fiksnem položaju oziroma brez trzajev in z oporo v času delovanja masažnega pripomočka. Istočasno z eno roko prislonimo masažni pripomoček, z drugo roko pa držimo glavo diagonalno na čelu. Naredimo prvi pritisk, ki traja pri odraslih največ dve sekundi. Naredimo odmor, tudi 2 sekundi, in nadaljujemo z drugim pritiskom z enako intenzivnostjo in časom trajanja. Ponovno naredimo odmor in pred tretjim pritiskom pacientu še enkrat povemo, naj drži glavo na naši dlani. To je pomembno zaradi tega, ker se po dveh pritiskih pacientova glava malce postavi nazaj, saj se je skrčila mišica zaradi vibracijskega efekta delovanja masažnega pripomočka. Naredimo tretji pritisk, ki naj bi trajal največ 3 sekunde, predvsem pri starejših pacientih ter pacientih, ki imajo zelo trde zatilne mišice. Enako delovanje ponovimo tudi na desni strani ligamentum nocte na točki, kjer se nahaja musculus splenius, bolj natančno, pod lobanjo v jamici med musculus sternocleidomastoideus in musculus trapezius, na način, da je dlan diagonalno na levi strani pacientovega čela. Glava je upognjena in naslonjena na našo dlan.

Trajanje in intenzivnost delovanja masaže masažnega pripomočka sta predvsem odvisna od stopnje zategnenosti mišic zatilja, na katerih delujemo, saj je različna pri vsakem posamezniku. Ta razlika je seveda bolj izrazita z leti, razlike so tudi glede na spol, kajti ni enaka pri moških in ženskah, tudi ne pri mlajših in starejših. Zategnenost mišic zatilja pri tehniki masaže zatilja po metodi HumanUP uspešno odpravljamo s pomočjo manipulacije časa in intenzivnosti pritiska na obeh straneh zatilnih mišic. V primeru sproščenosti zatilnih mišic celoten postopek masaže poteka bolj lahkotno in z manjšo intenzivnostjo ter krajšim časom trajanja, medtem ko zelo napete zatilne mišice povečajo intenzivnost pritiska in čas trajanja masaže. Ta razlika je izrazitejša, ko primerjamo mlajše paciente s starejšimi.

3 Rezultati

Prvi preliminarni rezultati meritev kažejo, da se je pri vseh dosedanjih pacientih izboljšala gibljivost vratnega dela hrbtenice. To so potrdile tudi ponovne meritve po tretmajju v smeri mentum-jugulum-fosa jugualis ter occipital-promotorium-processus spinosus C7. Vrednosti so bile pri vseh pacientih boljše za najmanj eno četrtino. Pri mlajših pacientih smo opazili izboljšanje za eno tretjino in več glede na začetne vrednosti pred HumanUP tretmajem.

Poprečna razdalja v cm med vrhom brade in prsnico je bila ocenjena na intervalu med 2 in 7, po drugem tretmajju pa med 0 in 4. Razdalja v cm med temenom in C7 pred tretmajem je bila ocenjena na intervalu med 2 in 7, po drugem tretmajju pa med 0 in 5.

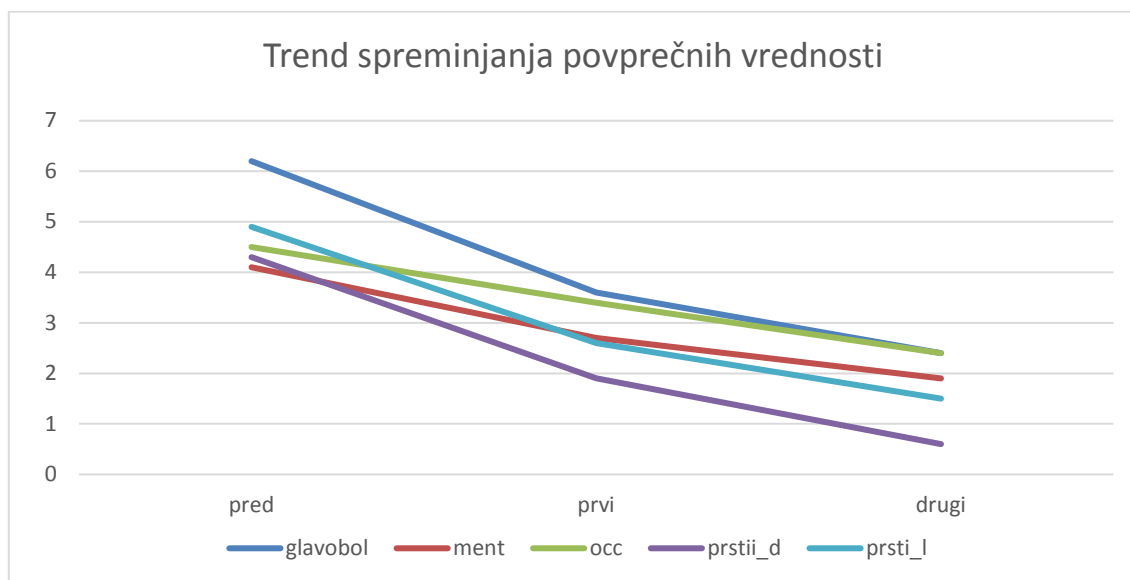
Notranja rotacija meritev prsti-prsti kaže očitno izboljšanje, in sicer pri najslabših primerih je odstopanje na hrbtu manjše od 1 cm. Pri mlajših oz. bolj gibčnih pacientih pa je ta razlika 6–7 cm. Vsem tistim, ki so uspeli doseči prste na hrbtu, smo merili odstopanje med kazalci, po

tretmaju je to bilo za najmanj –1 cm. Razdalja med kazalci na hrbtu na desni je bila ocenjena na intervalu med –3 in 31, po drugem tretmaju pa med –5 in 27. Razdalja med kazalci na hrbtu na levi je bila ocenjena na intervalu med –6 in 28, po drugem tretmaju pa med –9 in 21.

Vsi pacienti, ki so imeli pred HumanUP tretmajem več kot 8 glavobolov na dan, so na kontrolah povedali, da se je konstantnost ter intenzivnost glavobolov zmanjšala za več kot polovico v prvem mesecu od tretmaja po metodi HumanUP. Na VAS-lestvici so vsi pokazali manjšo stopnjo glavobolov, in sicer za najmanj 4 točke. Vprašalnik HIT-6 kaže mesečna izboljšanja na lestvici za eno stopnjo nižje oz. najmanj 12 točk razlike. Zanimivo je to, da je ta razlika še večja pri seštevkih, ki kažejo na močen vpliv glavobolov na vsakdanje življenje pacientov po vprašalniku HIT-6. Podobne vrednosti kot HIT-6 kaže tudi vprašalnik MSQ na rednih kontrolah.

Na dosedanjih rednih mesečnih kontrolah smo opazili tudi veliko drugih izboljšanj pri pacientih, ki se primerjajo s stanjem odgovorov v splošnem vprašalniku pred tretmajem. Najbolj so bili zadovoljni z opazno boljšim spanjem in osredotočenostjo, boljše fizično zmogljivostjo, težave z omoticiami, vrtoglavicami, ravnotežjem, aritmijami, težkim dihanjem, mravljinčenjem so se zmanjšale. Pri mlajših pacienti se kaže tudi izboljšanje vida, sluha, vonja, okusa. Splošno počutje je bilo boljše. Ob vsaki kontroli pridobivamo odgovore v obliki intervjuja, zato smo se odločili, da se v prihodnje še posebej osredotočimo na spremljanje ter statistično obdelavo podatkov iz splošnega vprašalnika. Ne nazadnje se na vsaki kontroli po tem vprašalniku kaže občutno izboljšanje posebej pri vprašanjih v povezavi z bolečinami ter glavoboli, kar je namen te raziskave.

Slika 1: Grafikon trenda spreminjanja povprečnih vrednosti glavobolov po VAS-lestvici, antefleksije, retrofleksije in notranje rotacije rok pred HumanUP tretmajem ter na rednih kontrolah



Vir: Lastni vir.

4 Razprava

V omejeni skupini 21 preiskovancev z glavoboli je po masaži zatilja po metodi HumanUP prišlo do statistično pomembne spremembe v ICCI (primarni izid). Pri 70 % pacientov se je po prvem tretmaju zmanjšala bolečina pri glavobolu, merjena z VAS-lestvico, za 30 %, po drugem tretmaju za 60 % in po tretjem tretmaju za 85 %. Merjenja antefleksije, retrofleksije in notranje

rotacije so pokazala izboljšanje gibljivosti za najmanj 25 % že po prvem tretmaju ter za 30 % po drugem.

Rezultati naše študije v primerjavi s podobnimi, npr. NUCCA, imajo bistveno boljše rezultate v zmanjševanju intenzivnosti in konstantnosti glavobolov ter zvišanju kakovosti življenja preiskovancev. Rezultati študije NUCCA kažejo, da je interakcija atlasične preusmeritve lahko povezana z zmanjšanjem pogostosti migren in s precejšnjim izboljšanjem kakovosti življenja, kar povzroča precejšnje zmanjšanje invalidnosti zaradi glavobola, kot je opaženo v tej skupini (Woodfield in sod., 2015). Zato želimo verificirati rezultate nove HumanUP fizioterapevtske neagresivne metode pri zdravljenju glavobolov.

Na osnovi rezultatov lahko rečemo, da smo odgovorili na zastavljena raziskovalna vprašanja oziroma zadostili namenu, in sicer da ima masaža zatilja po metodi HumanUP pozitiven vpliv na osebe z glavoboli in jih zmanjšuje za več kot 80 % po treh mesecih. Preliminarni rezultati raziskave kažejo, da se pri pacientih po HumanUP tretmajih zmanjšuje intenzivnost ter konstantnost glavobolov in bolečin v zatilju, kar pomembno vpliva na kakovost njihovega življenja. Poleg tega je opazna tudi boljša gibljivost cervikalnega dela hrbtenice.

Navedeno se dogaja zaradi sproščanja zatilnih mišic po masaži zatilja po metodi HumanUP in boljše skladnosti atlantookcipetalnega sklepa, kar vpliva na boljšo pretočnost CSF ali CNS sistema ter kardiovaskularnega sistema in funkcionalnost cervikalnega dela hrbtenice.

V tej skupini je bilo opazno tudi izboljšanje zdravstvenega stanja v povezavi z glavoboli. Na rednih kontrolah so se naši pacienti v pogovoru pohvalili, da nimajo več težav z vrtoglavicami, aritmijami, siljenjem na bruhanje ... ter da je njihov spanec bolj kakovosten, boljša je osredotočenost, ravnovesje, fizična zmogljivost ... Opazna so bila večja izboljšanja v bližini atlasa po prvi kontroli. Po drugi kontroli po treh mesecih so bili tudi zelo zadovoljni glede bolečin v hrbtenici, medenici, kolenih, stopalih, glede mravljinčenja oziroma opazili so izboljšanje naprej od atlasa.

Zaradi epidemije covida-19 smo zaznali na rednih kontrolah po enem mesecu, posebej pa po treh mesecih, problem pri spremljanju odgovorov po vprašalnikih MSQ, MIDAS in HIT-6. Opazili smo, da določeni segmenti teh vprašalnikov, ne pa vsi, ne ustrezajo omejitvam, ki smo jih deležni v času epidemije covida-19. Vprašalniki so namreč poleg intenzivnosti ter števila dni z glavoboli specializirani za spremljanje kakovosti življenja pacientov z glavoboli. Teh vrednosti zaradi trenutnih okoliščin v povezavi z epidemijo covida-19 enostavno ni mogoče realno spremljati in jih moramo obravnavati z rezervo. Do takšnih zaključkov pa nismo prišli pri ocenah odgovorov o intenzivnosti glavobolov, ki nam jih prikazuje VAS-lestvica. Ta ocena je neodvisna od vpliva epidemioloških razmer. Pokazala se je tudi večja potreba po dodatni svetovalni podpori v času raziskave pri odgovorih na VAS-lestvici, posebej pri starejših pacientih.

5 Sklep

Raziskava masaže zatilja po metodi HumanUP poteka enkrat mesečno na Polikliniki Maribor v Medico consultingu, d. o. o. Rezultati dokazujejo, da je metoda HumanUP poleg uspešnosti izrazito neagresivna, neškodljiva in jo pacienti dobro prenašajo. Za dokončanje raziskave bo potreben večji reprezentativni vzorec in verjetno MRI- ali CT-slikanja atlantookcipetalnega sklepa, ki bi najbolj natančno pokazala razliko v skladnosti in pretočnosti atlantookcipetalnega sklepa pred in po masaži zatilja po metodi HumanUP. Zato predlagamo razširitev znanstvene metodologije v raziskavi. Vključevali bomo zgolj paciente, ki bodo imeli predhodno opravljeno radiološko diagnostiko vratnega dela hrbtenice.

Pri masaži zatilja z metodo HumanUP gre za varno, strokovno preprosto in učinkovito metodo, ki bi se v prihodnje lahko uporabljala kot preventiva pri zdravih ljudeh in kot kurativa pri poškodovanih oz. pri osebah, ki imajo prirojene deformacije v cervikalnem delu hrbtenice, slabo pretočnost CSF ali CNS sistema ter kardiovaskularnega sistema.

V prihodnje pričakujemo še več znanstvenih raziskav, ki bodo izvedene v sodelovanju z različnimi medicinskimi ustanovami doma in po svetu, ter bodo potrdile ali ovrgle povezanost usklajenosti cervikalnega dela hrbtenice ter njegovega vpliva na razvoj različnih zdravstvenih težav.

LITERATURA

1. Atlasprofilax. Pridobljeno 26. 1. 2021, s <https://www.atlasprofilax.ch>.
2. Buchanan, G. (2002). The Anatomy of the Atlas Subluxation. Pridobljeno s <http://www.upcspine.com/anatomy2.htm>.
3. Dankmeijer, J. in Rethmeier, B. J. (1943). The Lateral movement in the atlanto-axial joints and its clinical significance. Pridobljeno s <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/00016924309135640?needAccess=true>.
4. Dorđević, P. (2015). Nameštanje atlasa. Beograd: Prometej.
5. Göring, H. (2012). Pogrešni rotacijski položaj atlasa uz nagib na lijevo. Zagreb: CRONES. Pridobljeno s http://www.huped.hr/upload_data/site_files/heikegoring-atlas.pdf.
6. Jajić, I. in Jajić, Z. (2008). Fizikalna I rehabilitacijska medicina: osnove i liječenje. Zagreb: Medicinska naklada.
7. Neurol, L. (2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 17 (11), 954–976
8. Rice, A. S. C., Blair H. Smith in Fiona, M. B. (2016). Pain and the global burden of disease. Pain 157 (4), 791–796. Pridobljeno s https://journals.lww.com/pain/Citation/2016/04000/Pain_and_the_global_burden_of_disease.6.aspx.
9. Rist, P. M., Hernandez, A., Bernstein, C. idr. (2017). Complementary and alternative medicine use among US adults with headache or migraine: results from the 2012 national health interview survey, Headache, 57 (8), 1228–1242
10. Seibel, M. M., Rainer, Schumperli, R. C. (2009). Unser Kopf ist verdreht. Mülheim an der Ruhr.
11. Turk, Z. (1984). Glavobol: zdravnik vam svetuje. Večer, 40, 17 (8. dec.).
12. Turk, Z. (1998). Mobilizacija vratne hrbtenice pri kroničnih glavobolih, Simpozij o glavobolu: zbornik predavanj, 55–57.
13. Turk, Z. in Plaskan, L. (2007). Manual management of cervicogenic headache. ISPRM: abstracts. 193.
14. Wells, E., Beuthin, J. in Granetzke, L. (2019). Complementary and integrative medicine for episodic migraine: an update of evidence from the last 3 years, Curr. Pain Headache Rep., 23 (2), 10.
15. Wieneke, A. (2018). Current evidence on the effects of atlas vertebra corection in patients with an atlas misalignment – a literature review, Hanzehogeschool Groningen, University of applied sciences, International program of physiotherapy.
16. Woodfield, H. C., Hasick, D. G., Becker, W. J., Rose, M. S. in Scott, J. N. (2015). Effect of atlas vertebrae alignment in subjects with migraine: an observational pilot study. Biomed Research International. Pridobljeno s <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/630472>.
17. World Health Organization. Pridobljeno 26. 1. 2021, s <https://www.who.int/>.
18. Zaletel, M. in Žvan, B. (2017). Življenje brez glavobola: učbenik za zdravnike, zdravstvene delavce in študente Medicinske in Zdravstvene fakultete. Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni.
19. Zhang, Y., Dennis, J. A., Leach, M. J. idr. (2018). The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: figures and trends from government health studies, Headache, 58 (4), 496–505

Preprečevanje padcev starejših v domačem okolju

KLJUČNE BESEDE: starejši, padci v domačem okolju, ukrepi za preprečevanje padcev

POVZETEK - Uvod: Zaradi iz leta v leto večje populacije starostnikov je skrb za njihovo kakovost življenja posebnega pomena. Na kakovost življenja vplivajo tudi padci, za katere je značilno, da do njih v starosti prihaja pogosto. Namen prispevka je predstaviti najpogostejše vzroke in ukrepe za preprečevanje padcev v domačem okolju. Metode: Uporabljen je kvalitativen raziskovalni pristop, pregled literature z vsebinsko analizo. Rezultati: V podatkovnih bazah smo našli 47.829 zadetkov in za pregled uporabili 21 zadetkov. Prepoznanih je 5 različnih kategorij in sicer: pojav padcev, možni zapleti pri padcih, vzroki za padce v domačem okolju, ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju in službe ter aktivnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva v luči preventive padcev. Razprava: Ugotovili smo, da so najpogostejši vzroki za padce neprimerno okolje, slaba ozaveščenost (ocena tveganja) ter slaba skrb za fizično kondicijo. Starostnike bi bilo potrebno bolj intenzivno ozaveščali o tveganjih za padce in predvsem o možnih zapletih.

KEY WORDS: the elderly, falls in the home environment, fall prevention measures

ABSTRACT - Introduction: Due to the growing population of the elderly, caring for their quality of life is of particular importance. Quality of life is also affected by the falls, which are very frequent in older age. The purpose of this paper is to present the most common causes and measures to prevent falls in the home environment. Methods: A qualitative research approach was used, a review of the literature with content analysis. Results: We found 47,829 results in databases and used 21 results in our research. 5 different categories have been identified, namely: occurrence of falls, possible complications of falls, causes of falls in the home environment, measures to prevent falls in the home environment and services and activities at primary levels of health care in the light of preventive falls. Discussion: We found that the most common causes of falls are unsuitable environment, poor awareness (risk assessment) and poor physical fitness. The elderly should be made more aware of the risks of falls and, above all, of possible complications.

1 Teoretična izhodišča

Znano je, da poznamo številne definicije padca, obenem pa ne poznamo povsem enotne definicije. Po mednarodni klasifikaciji bolezni je padeč opredeljen kot nepričakovan dogodek, v primeru, ko oseba pade na tla z višjega ali istega nivoja (Voljč, 2016, str. 4). Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization WHO, 2018) opredeljuje padeč kot dogodek, ko oseba nehote obleži na tleh. Padeč je nenadno, nehoteno, nenadzorovano zrušenje na tla, ki se zgodi zaradi fizioloških in okoljskih vzrokov. Skupna značilnost različnih definicij padcev je, da do padcev ne pride zaradi napada ali samopoškodbe (Voljč, 2016, str. 32). Padeč je lahko definiran kot dogodek, ki se ne smatra kot padeč oziroma zdrs iz postelje, lahko pride tudi do zdrsa iz stola, spotika ali padca pri hoji. Padeč se lahko zgodi ob prisotnosti nekoga, ali ko je starostnik sam in se ne zaveda, kako je dejansko padel (Pribaković Brinovec, idr., 2010, str. 196).

Vsako življenjsko obdobje prinese pozitivne in negativne plati. S staranjem se začnejo pojavljati zdravstvene težave, ki v veliki meri vplivajo na kakovost življenja. Med pogost pojav zaradi fizičnih sprememb pri starostnikih prištevamo padce. Padci se lahko pojavijo v domačem ali

bolnišničnem okolju (Gabrijelčič Blenkuš in Robnik, 2017, str. 101). V domačem okolju pade kar 75 % starostnikov, od tega je 48 % takšnih, ki poiščejo zdravniško pomoč. Domnevajo, da je v domačem okolju padcev bistveno več, vendar niso evidentirani, torej lahko sklepamo, da je padcev v domačem okolju več, kot jih navaja statistika (Bandelj in Kaučič, 2017, str. 76). Pri starostnikih, ki so že doživeli padec, je večje tveganje, da se bo padec ponovil. Takšnih primerov je kar 55,4 % (Santos in Santos Tavares, 2016, str. 6).

Pri starostnikih padci predstavljajo skrb, saj vplivajo na počutje, velikokrat pa so tudi glavni vzrok za obolevnost, invalidnost ter umrljivost (European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, 2015). Največkrat pride do padca pri starostnikih, ki so slabotni. Pri več kot eni tretjini se padec konča s poškodbo. Po padcu velik delež starostnikov potrebuje pomoč na domu, ena tretjina potrebuje pomoč pri gospodinjskih opravilih in kar ena sedmina pomoč pri osebni higieni. Umrljivost starostnikov, ki so doživeli padec s poškodbo, je kar 23 % (Veninšek in Marušič, 2014, str. 25).

Ambrose, Cruz in Geet (2015, str. 86) navajajo, da so padci eden izmed osrednjih vzrokov umrljivosti in obolevnosti pri starostnikih. Kar 87 % padcev se konča z zlomom kosti, ki je običajno posledica poškodb v osteoporoznih kosteh. Na podlagi mesta zloma lahko ugotovimo, kako hitro osteoporoza napreduje in v kakšni meri je zmanjšanja trdota kosti (Marn Vukadinović, 2011, str. 162). Bandelj in Kaučič (2017, str. 71.) sta v svoji raziskavi preučevala padce starostnikov v domačem okolju in ugotovila, da je prišlo do poškodb pri padcih, pri kar 48 % starostnikov (N = 21), največ starostnikov je imelo zlom kolka (30 %), najmanj zlom hrbtenice (10 %), 63 % starostnikov je imelo udarnine, 27 % podplutbe, 9 % je imelo bolečine.

Starostniki v domačem okolju imajo nizko do zmerno stopnjo tveganja za padce. Na podlagi tega, je starostnik, ki je veliko bolj dejaven in aktiven, bolj samostojen in manj ogrožen. Aktiven starostnik ima boljše psihofizično kondicijo in posledično tudi manjše tveganje za padce (Šrampf, 2018, str. 1). Zelo pomembno je, da se starostniki udeležujejo preventivnih zdravniških pregledov. Na podlagi rezultatov se lahko naredi ocena tveganja za padce. Tako se izognemo tudi poškodbam in vsem zapletom padcev pri starostnikih (Ambrose idr., 2015, str. 86). Na sliki 1 so prikazani najpogostejši vzroki padcev.

Slika 1: Vzroki za padce



Vir: Phelan (2015). Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. Medical Clinics of North America, 99, 281–293.

2 Empiričen del, ki temelji na raziskavi (tematski naslov)

Namen raziskovalnega dela je bil raziskati, kateri so najpogostejši vzroki za padce pri starejših in ukrepe za preprečevanje padcev pri starejših v domačem okolju.

Zastavljeni raziskovalni vprašanji sta:

- Kateri so najpogostejši vzroki za padce pri starostnikih v domačem okolju?
- Kateri so možni ukrepi za preprečevanje padcev pri starostnikih v domačem okolju in kdo jih izvaja?

Uporabili smo kvalitativen raziskovalni pristop, in sicer strategijo pregleda literature.

Strokovna in znanstvena literatura je bila pregledana tako v slovenskem kot angleškem jeziku. Slovensko literaturo smo iskali s pomočjo virtualne knjižnice Slovenije – COBISS ter brskalnika Google. Pri iskanju tuje literature smo uporabili naslednje bibliografske podatkovne baze: Google Scholar, Science Direct in PubMed. Med iskanjem literature v slovenskem jeziku smo si pomagali z naslednjimi besednimi zvezami: »padci«, »statistika padcev«, »padci pri starejših«, »vzroki za padce v domačem okolju«, »ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju«. Iskanje v angleškem jeziku pa je potekalo s pomočjo naslednjih besednih zvez: »falls«, »falls statistics«, »falls in the elderly«, »causes of falls in the home environment«, »measures to prevent falls in the home environment«. Pregled literature je zajemal obdobje od leta 2009 do leta 2019. Pri iskanju literature smo v angleškem jeziku uporabili Boolov operator AND.

3 Rezultati

S PRIZMA diagramom smo shematsko opisali končno število zadetkov, vključenih v analizo in pregled literature (prikazano na sliki 2). V tabeli 1 so prikazane kategorije in podkategorije s pripadajočimi kodami, ki so bile prepoznane z vsebinsko analizo.

Slika 2: Prikaz poteka iskanja strokovne literature in znanstvenih prispevkov

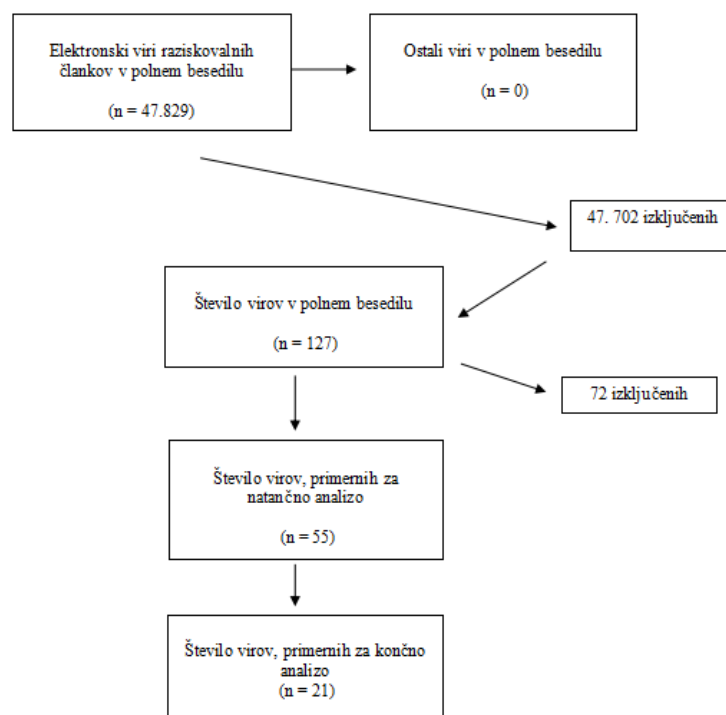


Tabela 1: Prikaz vsebinskega pregleda po kategorijah, podkategorijah in kodah

<i>Kategorije</i>	<i>Podkategorije</i>	<i>Kode</i>
Padci v domačem okolju	Pojav padcev	pojavnost padcev - padci starostniki- pogostost padcev – statistika - število padcev v določenem obdobju - trend pojavnosti padcev - napovedi
	Vzroki za padce v domačem okolju	domače okolje – tla – osvetlitev - pripomočki za hojo - duševne motnje- kronične bolezni - krvni tlak – slabovidnost – hipotenzija - sladkorna bolezen - telesne funkcije - kondicija starostnika
	Možni zapleti pri padcih	Bolečina – strah – poškodbe – nesamostojnost - odvisnost od drugih – umrljivost – invalidnost – stroški – družina - psihične motnje - depresija
Preprečevanje padcev v domačem okolju	Ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju	Ozaveščanje - strokovnost zdravstvenega osebja - prilagoditev bivalnega prostora - varnostni ukrepi – zaščita - pomoč družine - pripomočki
	Službe in aktivnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva v luči preventive padcev	Strokovnost - število obiskov – ozaveščanje - pomoč na domu -programi – organizacije - strategije

4 Razprava

Ugotovili smo, da je izbrana tematika izredno aktualna in da je dostopnost literature velika. Glede na to, da se delež starejše populacije iz leta v leto veča, je logično, da je večji tudi poudarek na kakovosti življenja starostnikov. H kakovosti življenja prispeva tudi dobro fizično stanje, pomemben vpliv pa imajo tudi nevšečnosti, kot so posledice padcev.

Pri raziskovalnem vprašanju glede najpogostejših vzrokov za padce v domačem okolju ugotavljamo, da so najpogostejši vzroki: neprimerno okolje, slaba ozaveščenost (ocena tveganja) ter slaba skrb za fizično kondicijo.

Naslednje vprašanje se je dotikalo ukrepov za preprečevanje padcev v domačem okolju. Med pregledom literature smo dobili vpogled v številne ukrepe za zmanjševanje in preprečevanje padcev pri starostnikih. Najpomembnejši ukrepi so: uporaba novih tehnologij v primeru padca (zapestnice in ure), redna udeležba starostnikov na preventivnih zdravniških pregledih, izobraževanje starostnikov, svojcev in zdravstvenega osebja, pravilna in redna prehrana, redna telesna vadba, pravilno ravnanje z zdravili ter primerna ureditev bivalnega okolja.

Dosedanje študije potrjujejo, da je pojavnost padcev pri starostnikih v domovih večja kot pri starostnikih, ki živijo sami v domačem okolju. V domovih za starostnike z dolgotrajno nego beležijo padce pri 30–50 % oskrbovancev, 40 % je takšnih, ki padec doživijo večkrat. Padci se pojavijo na podlagi številnih tveganj, ki med seboj delujejo vzajemno, predvsem pa je zanje značilno, da so kompleksna. Za dejavnike tveganja je značilno, da lahko na zdravstveno počutje vplivajo posredno ali neposredno. Na podlagi tega je potrebno dobro poznavanje problematike ter posledično pravilno razporejanje sredstev, namenjenih preprečevanju padcev starostnikov (Hvalič Touzery, 2010, str. 51).

Ugotavljajo, da so padci v domačem okolju zelo pogost pojav ter da povzročajo bolečine, odvisnosti in poškodbe. Ozaveščanje starostnikov je ključno, saj tako vsaj v manjši meri zmanjšamo število padcev ter posledično zagotovimo starostnikom kakovostnejše življenje in predvsem večjo varnost (Bandelj in Kaučič, 2017, str. 76). Isti avtorji so z raziskavo želeli

ugotoviti posledice padcev starostnikov v domačem okolju. Uporabili so kvantitativno metodo raziskovanja, v katero je bilo vključenih 28 starostnikov. Ugotovili so, da se je 48 % starostnikov ob padcu poškodovalo ter poiskalo zdravniško pomoč. Najpogosteje je prišlo do zlomov zgornjih okončin. Večina starostnikov je utrpela hujše poškodbe, vključno s tistimi, ki sploh niso poiskali zdravniške pomoči.

Zelo pomembno je tudi, da se domače okolje prilagodi potrebam starostnika. Pri ozaveščanju in izobraževanju starostnikov in družine ima pomembno vlogo zdravstveno osebje. Problematika padcev je običajno predstavljena s pomočjo letakov, plakatov in medijev. Zelo velik vpliv ima tudi lokalna skupnost, ki poskrbi za vključevanje starostnikov v različne telesne vadbe in izobraževanja. Poznavanje pripomočkov, ki jih starostniki uporabljajo (bergle, ograje, pomožni pripomočki ...), igra pomembno vlogo pri preprečevanju padcev (Zupan in Grmek Košnik, 2011, str. 223).

Na pogostost padcev lahko vplivajo tudi osebni vzroki. Pri osebnih vzrokih gre predvsem za strah pred ponovnim padcem, prisotnost različnih psihičnih motenj (neučakanost, zaspanost, nervoza ...), težave pri hoji zaradi različnih okvar stopal, težave s krvnim tlakom ter drugimi bolezenskimi stanji, ki vplivajo na ravnotežje, stranske učinke jemanja določenih zdravil, slabo fizično kondicijo, zanemarjanje uporabe pripomočkov pri hoji ter težave s hrbtenico (Mencelj, 2011, str. 8).

Glede na to, da med starostniki beležimo slabo ozaveščenost in seznanjenost s posledicami in tveganji za padce, je pomembno, da so starostniki deležni izobraževanja strokovnega osebja (Scanlan, Wheatley in McIntosh, 2012, str. 308). Poznavanje psihičnega in fizičnega stanja starostnika igra tudi izredno pomembno vlogo pri pripravi programa izobraževanja, namenjenega vsem prisotnim, vključenim pri preprečevanju padcev (Haines idr., 2015, str. 96).

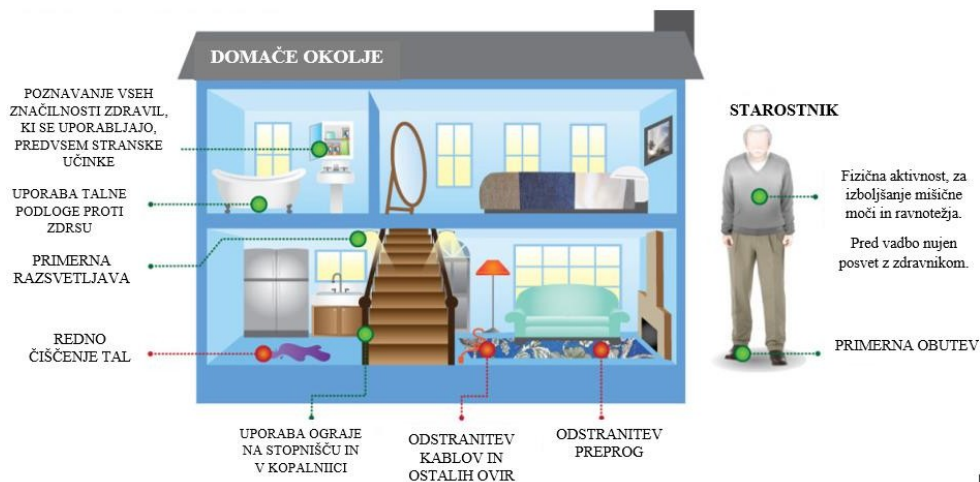
Pri starostnikih, ki živijo v domačem okolju, je zelo pomembna ureditev bivalnih prostorov. V domačem okolju se starostnik počuti še posebej varno in tako velikokrat zanemari skrb za urejenost prostorov. Prilagojenost bivalnega prostora glede na zdravstveno, predvsem pa fizično stanje starostnika igra zelo pomembno vlogo. V primeru, da starostnik, ki živi sam, pade, obstaja velika verjetnost fizičnih in psihičnih posledic zaradi padca (Voljč, 2011, str. 22). Bivalni prostor mora biti dobro osvetljen, predvsem zato, ker je za starostnike značilno, da jih spremlja slabovidnost. Vstop v bivalni prostor mora biti varen, v primeru, da je starostnik na invalidskem vozičku ali uporablja katerega od pripomočkov, mora biti vhod prilagojen. Dnevni prostor spremljajo številne nevarnosti, predvsem, če so prisotni predmeti, ki ovirajo starostnika pri prehodu. Zelo pomembno je, da so kabli zavarovani oziroma niso dostopni, kjer se starostnik največ giblje. Tam, kjer starostnik leži ali sedi, mora biti primerna višina, zaželeno je, da je bolj nizko. V primeru, da je starostnik slabo pokreten, so zaželena tudi naslonjala, da lahko lažje vstane. Preproge predstavljajo veliko oviro, zato je bolje, da so fiksirane (Voljč, 2010, str. 28).

V raziskavi Šrimpfa (2018, str. 1) so želeli proučiti stopnjo tveganja za padce ter prevladujoče dejavnike tveganja za padce posameznikov, ki živijo v domačem okolju. Vključenih je bilo 46 posameznikov v starosti 60 let in več, ki živijo v domačem okolju. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo anket. Raziskava je pokazala, da je pri večini, ki živijo v domačem okolju, tveganje za padce nizko do zmerno. Dejavniki tveganja sledijo v naslednjem vrstnem redu: kontinenca, postopek zdravljenja, okvara čutil, deformirana stopala in neprimerna obutev, podhranjenost ali debelost, ravnotežje, funkcionalno vedenje, predhodni padci, neprimerno okolje, slaba fizična aktivnost, slabo delovanje in spoznavne sposobnosti. Obenem je bilo ugotovljeno, da je v zadnjih 12 letih ena tretina doživela padec.

5 Sklep

Padci pri starostnikih so ena izmed prioriternih nalog reševanja zdravstvene problematike. Vsako življenjsko obdobje prinaša prednosti in slabosti, vendar se z leti delež slabosti povečuje. Starostniki se srečujejo s številnimi zdravstvenimi težavami, ki jim onemogočajo, da bi kakovostno živeli. Še posebej sta pomembna fizična kondicija starostnika in okolje, v katerem prebiva.

Slika 3: Ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju



Vir: Lasten vir.

Če je starostnik še vedno v stanju, da lahko skrbi sam zase, torej živi v domačem okolju, je zelo pomembno, da ohranja kondicijo in prilagodi okolje svojim potrebam ter se tako izogne nepričakovanim dogodkom (padcem) in posledično podaljša čas samostojnega bivanja. Starostniki imajo danes veliko možnosti, ki jim omogočajo vzdrževanje in izboljšanje kakovosti življenja. Mednje prištevamo ozaveščanje, pomoč zdravstvenega osebja, programe za izvajanje fizičnih aktivnosti, družabne dogodke ... Če je starostnik aktiven ter skrbi za svoje telo in okolje, v katerem živi, se izogne vsem nevšečnostim, ki mu otežujejo življenje.

Predvidevamo, da bo v prihodnje še vedno veliko pozornosti namenjene starostnikom in kakovosti njihovega življenja, saj imamo že zdaj velik nabor informacij v zvezi z zmanjševanjem in preprečevanjem padcev.

Glede na to, da so v zdravstvu in ostalih organizacijah zelo dejavni na področju izobraževanja in izvajanja aktivnosti, ki vključujejo življenje starostnikov, lahko sklepamo, da bo tudi v prihodnje precejšen del pozornosti namenjen obravnavani populaciji. V ta namen smo na osnovi spoznanj oblikovali zloženko z zdravstveno vzgojnim materialom, ki je namenjena starejšim. Zloženka med drugimi slikovno informira glede nevarnosti in kako lahko posameznik preventivno deluje (slika 2 prikazuje slikovni prikaz ukrepov).

LITERATURA

1. Ambrose, A. F., Cruz, L. in Geet, P. (2015). Falls and Fractures: A systematic approach to screening and prevention. *Maturitas*, 82, 85–93.
2. Amedisys (2019). Elderly Falls - Risk Factors in Prevention Tips. Pridobljeno s <https://www.amedisys.com/resources/> <https://www.pinterest.com/pin/7810999331543550/>.

3. Bandelj, A. in Kaučič, M. (2017). Posledice padcev starejših oseb v domačem okolju. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov*, Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 16. november 2017 (str. 71–78). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
4. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion (Eurosafte), 2015. Pridobljeno s www.eurosafte.eu.com.
5. Gabrijelčič Blenkuš, M. in Robnik, M. (2017). Starostniki: od epidemiologije do specifičnih lastnosti populacije. Nekateri spregledani (javno) zdravstveni problemi. *Farmacevtski vestnik*, 68, 97–105.
6. Haines, T. P., Cylie, M. W., Hill, A. M., McPhail, S. M., Hill, D., Brauer, S. G., Hoffmann, T. C. in Etherton Beer, C. (2015). Depressive symptoms and adverse outcomes from hospitalization in older adults: Secondary outcomes of a trial of falls prevention education. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 96–102.
7. Hvalič Touzery, S. (2010). Poročilo o preprečevanju padcev med starimi ljudmi. *Kakovostna starost*, 13, 51.
8. Marn - Vukadinović, D. (2011). Rehabilitacija in pričakovani izidi po poškodbah zaradi padcev. V M. Mencej (ur.), *Bolezni in sindromi v starosti 5* (str. 157–164). Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
9. Mencelj, M. (2011). *Kaj lahko storim, da ne padem?* Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
10. Phelan, E. (2015). Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. *Medical Clinics of North America*, 99, 281–293.
11. Pribaković Brinovec, R., Masten Cuznar, O., Ivanuša, M., Leskošek, B., Pajntar, M., Poldrugovac, M., Simčič, B. in Tušar, S. (2010). *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
12. Santos, N. J. in Santos Tavares, D. M. (2016). Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Artigo Original Texto Contexto Enferm*, 25, 1–9.
13. Scanlan, J., Wheatley, J. in McIntosh, S. (2012). Characteristics of falls in inpatient psychiatric units. *Australasian Psychiatry*, 20, 305–308.
14. Šrmpf, M. (2018). *Dejavniki tveganja za padce pri starejših v domačem okolju* (Diplomsko delo). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
15. Veninšek, G. in Marušič, U. (2014). Prevalence of falls in elderly population: incidence, risk factors, consequences and prevention. V U. Marušič, B. Šimunič in R. Pišot (ur.), *Hip fracture in the elderly-reasons, consequences and rehabilitation* (str. 11–30). Koper: Univerzitetna založba Annales.
16. Voljč, B. (2010). *Zmanjšajmo padce v starosti. Priročnik za širitelje*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
17. Voljč, B. (2011). Epidemiološka tranzicija in spremenjena narava staranja. *Kakovostna starost*, 14, 22–26.
18. Voljč, B. (2016). Aktivno in zdravo staranje za aktivno zdravo starost – Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. Analitsko poročilo v okviru Delovnega sklopa 4. Projekta AHA.SI. Pridobljeno s Projekt AHA.SI. http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/analitsko_porocilo3-_padci_0.pdf.
19. World Health Organization (2018). Falls. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
20. Zupan, D. in Grmek Košnik, I. (2011). Odnos slovenskih starostnikov do preprečevanja padcev. *Zdravstveno varstvo*, 50, 213–226.

Pomen in vloga obravnave otročnic s strani patronažne službe

KLJUČNE BESEDE: otročnica, patronažno varstvo, babištvo

POVZETEK - *Uvod:* V poporodnem obdobju se zgodijo pomembne telesne spremembe pri materi. Pomanjkljiva zdravstvena obravnava v tem času lahko privede do slabega zdravstvenega stanja ženske. Patronažna služba ima izjemen pomen in vlogo pri zagotavljanju optimalne obravnave žensk v tem obdobju. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako ženske dojemajo obravnavo patronažnih medicinskih sester s področja Maribora z okolico v času poporodnih obiskov. *Metode:* Uporabljena je bila kvazialno-eksperimentalna metoda. Anketni vprašalnik je bil sestavljen na osnovi pregleda literature in objavljen s pomočjo aplikacije za spletno anketiranje Ika na socialnih omrežjih. Vzorec so predstavljale ženske, ki so vsaj enkrat rodile od vključno leta 2016 in bivajo v Mariboru in okolici. Pri vzorčenju je bil uporabljen princip snežne kepe. Zbrani podatki 146 ustrežno izpolnjenih vprašalnikov so bili statistično obdelani s pomočjo aplikacije Ika. *Rezultati:* Kontrola skrčenosti maternice je bila vključena v 27 % obravnav, pregled čišče v 19 % in pregled presredka v 53 % tistih otročnic, ki so imele rano v predelu presredka. *Razprava in sklep:* Elemente obravnave otročnic v poporodnem obdobju opredeljuje Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Navedeni elementi bi morali biti vključeni v obravnavo otročnice.

KEYWORDS: maternity care, community care, midwifery

ABSTRACT - *Introduction:* In the postpartum period the main changes happen. A lack of proper care in this period can lead to a poor health condition for both of them. The community nursing service is responsible for the care of the mother in this period. *Purpose:* The aim of this research was to find what's their opinion about the care they received from the community nursing service. *Methods:* A non-experimental causal research method was applied. A structured survey questionnaire was used. Women living in Maribor and its surroundings, who had given birth at least once since 2016 were invited to participate. A snowball sampling technique was used. 146 questionnaire were fulfilled adequately and they were statistically processed with Ika. *Results:* The care for the mother included examination of the uterus involution in 27 %, lochia examination in 19 % of the cases and perineum examination in 53 % of the women who had a perineal wound. *Discussion and conclusion:* The examination of the uterus involution, lochia and the perineum are the elements that should be included in the home visits. Regulations in Slovenia determine what community nursing service have to do within maternity care.

1 Uvod

Poporodno obdobje je občutljivo obdobje v katerem se zgodijo glavne spremembe, ki določajo blagostanje matere in otroka. Prav pomanjkanje primerne zdravstvene obravnave v tem času lahko privede do občutno slabšega zdravstvenega stanja obeh (World Health Organization (WHO), 2013). Glavne spremembe, ki se zgodijo v poporodnem obdobju pri materi, so involucija ali krčenje maternice, čišča oziroma izcedek iz maternice, ponovna vzpostavitev ovarijske dejavnosti in vzpostavitev laktacije (Steen in Wray, 2014, str. 504–509). Ker v Sloveniji in po svetu vse bolj narašča trend zgodnjega odpuščanja iz bolnišnic in s tem tudi iz porodnišnic (Nilsson, Kronborg, Knight in Strandberg - Larsen, 2017, str. 61–67), je patronažna

služba ključen element med zdravstveno oskrbo v bolnišnici in obravnavo otročnice in novorojenčka na domu.

V cikel nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja z več strani vstopajo zdravstveni delavci, zato je pomembno, da z žensko vzpostavijo zaupljiv odnos. Le tako lahko skupaj z dobrim znanjem tem ženskam ponudijo največ in najboljše. Del teh zdravstvenih delavcev predstavljajo diplomirane babice, ki se v Sloveniji izobražujejo na visokošolskem nivoju, študijski program pa v celoti upošteva Evropsko direktivo za regulirane poklice št. 2005/36/ES (Direktiva, 2005).

1.1 Poporodno obdobje

Avtorji opredeljujejo poporodno obdobje kot obdobje, ki se začne takoj po rojstvu posteljice in traja še šest tednov po porodu (Kuder, 2016, str. 627; Lučovnik, 2015, str. 383). V tem času žensko imenujemo otročnica (Pravilnik, 1998). V poporodnem obdobju se v ženskem telesu dogajajo številne spremembe, ki so povsem normalne. Oskrba otročnice mora zato temeljiti na dobrem poznavanju le teh (Lučovnik, 2015, str. 383).

Ena od teh sprememb je involucija maternice. Pod tem pojmom razumemo fizično krčenje maternice skupaj s spremembami, ki se dogajajo na celičnem nivoju (Lučovnik, 2015, str. 383). Poznavanje tega procesa je ključnega pomena pri spremljanju vračanja maternice v normalno velikost (Steen in Wray, 2014, str. 505–507). Takoj po porodu posteljice je vrh maternice tipen v višini popka ali malo pod popkom (Lučovnik, 2015, str. 383). Maternica je ob tem na otip trda. Naslednji dan se maternica dvigne do popka, predvsem zaradi krčenja mišic medeničnega dna. Nato se maternica spušča vsak dan približno za en centimeter. 12. dan maternica izgine za simfizo in je ne tipamo več (Couch in DeCocker - Geist, 2014, str. 419 – 422). Približno po šestih tednih se maternica povrne v velikost izpred nosečnosti (Kuder, 2016, str. 627 – 628; Lučovnik, 2015 str. 383). Vračanje maternice za simfizo ocenjujemo s tipanjem preko trebušne stene. Pri tem se oceni razdaljo med vrhom sramne kosti in vrhom maternice. Ženski naj bo v vsakem trenutku zagotovljena zasebnost in spoštovanje, zdravstveno osebje pa mora poskrbeti za higieno svojih rok (Steen in Wray, 2014, str. 506).

Druga opaznejša sprememba v poporodnem obdobju je čišča. Gre za izcedek, ki se izloča skozi nožnico v poporodnem obdobju (Legan, Petrovič in Sket, 2018). Sestavljajo ga kri, sluz, ostanki posteljice in jajčnih ovojev (Lavrič, 2018, str. 195–209). Čišča je znak celjenja rane v maternici, njen videz in količina pa se spreminjata (Lavrič, 2018, str. 195–209). Avtorji v grobem ločijo tri vrste čišče. Lochia rubra je prisotna prve tri do štiri dni. Je rdeče barve, saj vsebuje predvsem kri. Peti do deveti dan se pojavi Lochia serosa, ki traja sedem do deset dni. Vsebuje levkocite in majhno količino krvi, je nekoliko neprijetnega vonja in je znak celjenja maternične sluznice. Na koncu se pojavi Lochia alba, ki lahko traja tudi do štiri tedne in je blede rumenkaste barve (Lučovnik, 2015 str. 383–384; Couch in DeCocker - Geist, 2014, str. 419–422). Navadno čišča traja približno tri tedne (Maurič in Kopše Berčič, 2017, str. 10–11; Lučovnik, 2015, str. 383–384), ni pa neobičajno če je po šestih tednih še vedno prisotna (Fletcher, Grotegut in James, 2012, str. 1290–1294). Količina, barva, vonj in izgled čišče, je lahko pri vsaki ženski drugačen, zato je pomembno individualno ocenjevanje skupaj z drugimi dejavniki. Ženska naj tudi sama opazuje spreminjanje čišče, saj bo le tako najhitreje opazila morebitne spremembe, ki niso fiziološke (Steen in Wray, 2014, str. 506).

1.2 Patronažni obiski pri otročnici

Novorojeni otrok in mlada mamica sta v prvem letu od poroda skupaj upravičena do osmih obiskov s strani patronažne službe. Od tega sta dva namenjena otročnici (Pravilnik, 1998). Enake usmeritve je delovna skupina ohranila tudi v Strokovnih podlagah za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in

dojenčkov na domu iz leta 2016 (Mihevc Ponikvar idr., 2016). WHO (2017) priporoča vsaj tri poporodne obiske na domu do šestega tedna po porodu. Naloge, ki jih ima patronažna medicinska sestra ali babica ob teh obiskih, so naslednje:

- v izrednih razmerah vodenje poroda na domu;
- fizični pregled otročnice (merjenje temperature, pulza, RR, pregled dojk, čišče, fundusa uterusa, šivov, anogenitalnega predela, prisotnost edemov);
- pravilna nega in higienski režim v poporodnem obdobju;
- pravilna prehrana in pitje ustreznih količin tekočin;
- zdravstvenovzgojno delo z družino in otročnico (motivacija za dojenje, nega novorojenčka, tehnika previjanja, seznanitev o otrokovih potrebah po toplini, nežnosti in varnosti, seznanitev z nekaterimi obolenji, poučitev o poporodni telovadbi, seznanitev z metodami zaščite pred nezaželeno nosečnostjo, napotitev na poporodni pregled, svetovanje o normalnem delu, življenju in spolnih odnosih, zdravstvenovzgojno delo v družini v smislu krepitve in ohranitve zdravja ter preprečevanja bolezni);
- izvajanje individualnih nalog, prepoznanih na podlagi osebnih potreb (Pravilnik, 1998).

1.3 *Diplomirane babice v patronažnem varstvu*

Mednarodno združenje babic (International Confederation of Midwives - ICM) v svoji definiciji babico predstavi kot osebo, ki je uspešno zaključila potrebna izobraževanja (ICM, 2017). V Sloveniji se babice izobražujejo na visokošolskem nivoju, pridobijo pa naziv diplomirana babica ali diplomiran babičar.

Diplomirana babica je oseba, ki sodeluje z žensko ji daje podporo in nudi oskrbo v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja (ICM, 2017; Železnik idr., 2008). Samostojno lahko vodi porod in oskrbi novorojenčka. V obseg njenega dela sodi še preventivno delovanje, zavzemanje za fiziološki porod, odkrivanje zapletov pri materi in otroku in po potrebi nudenje nujne pomoči (ICM, 2017). Babica odigra pomembno vlogo tudi pri izobraževanju in svetovanju tako ženski kot celotni družini in skupnosti. Pri tem posega na področje priprave na starševstvo, zdravja žensk, spolnosti in reprodukcije (ICM, 2017; Železnik idr., 2008). Svoje delo lahko opravlja v zdravstvenih enotah, klinikah, bolnišnicah in na domu (ICM, 2017).

Tako v Direktivi Evropskega parlamenta in sveta o priznavanju poklicnih kvalifikacij (Direktiva, 2005), kot tudi v dokumentu Kompetence za osnovno babiško prakso (Zakšek idr., 2008, str. 215–220) in v Pravilniku o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije (Pravilnik, 2017), piše, da naj bo babicam med drugim omogočeno izvajanje dejavnosti na področju nege matere in otroka v poporodnem obdobju. Kljub temu so diplomirane babice v Sloveniji v velikem deležu zaposlene v porodnišnicah, občutno manj pa v zdravstvenih domovih (Mivšek in Beričič, 2011, str. 93–100).

2 Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti, katere informacije o poporodnem obdobju dobijo otročnice in novorojenčki s področja Maribora z okolico, ter katerih intervencij so deležne s strani patronažne službe. Avtorici želita ugotoviti, na katerih področjih oskrba s strani patronažne službe na domu odstopa od priporočil in smernic, ki veljajo pri nas in v svetu.

Na podlagi pregleda literature so bila zastavljeni naslednji raziskovalni vprašanji:

- Ali je v okviru patronažne obravnave otročnice zajeta kontrola skrčenosti maternice, pregled čišče in pregled stanja presredka?

- Kakšno je zaupanje žensk v strokovne delavce, ki delujejo v okviru patronažnega varstva?

Glede na zastavljena raziskovalna vprašanja so bile izpeljane naslednje hipoteze:

- Pregled čišče je pri obravnavi otročnic zajet v več kot 60 %.
- Pregled stanja presredka je pri obravnavi otročnic zajet v manj kot 60 %.
- Kontrola skrčenosti maternice je pri obravnavi otročnic zajeta v manj kot 60 %.
- Ženske so zaupanje v strokovne delavce, ki opravljajo patronažno službo v več kot 50% ocenile z oceno 4 ali 5.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kavzalno-neeksperimentalna metoda raziskovanja. S pomočjo ankete smo ugotavljali, ali so v obravnavo otročnice in novorojenčka s strani patronažne službe zajete naslednje teme: krčenje maternice, čišča in presredek. Ugotavljali smo tudi, ali so otročnice zadovoljne z obravnavo s strani patronažne službe.

2.2 Opis instrumenta

Vprašalnik smo sestavili na osnovi pregleda literature. Razdeljen je bil na 6 vsebinskih sklopov vseboval pa je 32 vprašanj. Vprašanja so bila zaprtega in odprtega tipa. V raziskavi sta se avtorici osredotočili na tretji, četrti in peti sklop vprašanj, ki dajejo odgovorne na raziskovalna vprašanja. Objavljen je bil s pomočjo odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje Ika (<https://www.1ka.si/>).

2.3 Opis vzorca

K sodelovanju v raziskavi so bile povabljene ženske, ki so vsaj enkrat rodile od vključno leta 2016. Pogoj za vključenost v raziskavo je bil tudi bivanje v Mariboru in okolici. Pri vzorčenju je bil uporabljen princip snežne kepe.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketni vprašalnik je bil posredovan preko socialnega omrežja Facebook in deljen v skupine, kamor se vključujejo mamice. Te skupine so Mamice - Maribor, Dojiva.se, Z Willmo skozi nosečnost, porod in dojenje. Anketni vprašalnik je bil aktiven od dne 22. 10. 2018 do dne 22. 1. 2019. Zbrani podatki so bili statistično obdelani s pomočjo aplikacije za spletno anketiranje Ika.

3 Rezultati

Končni statistično obdelan vzorec je vseboval 146 ustrezno izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Na vprašanje »Vas je patronažna medicinska sestra/babica vprašala, kako je z vašo čiščo (vaginalno krvavitvijo po porodu)?« je 84 % anketirank odgovorilo z »Da«, 16 % pa z »Ne«.

Pri tistih, kjer je patronažna medicinska sestra ali babica vprašala, kako je s čiščo, je le v 23 % primerov čiščo tudi pogledala. V ostalih 77 % čišče ni pogledala.

Na vprašanje »Je patronažna medicinska sestra/babica zanimalo kaj o prisotnosti rane v intimnem predelu?« je 66 % vprašanih odgovorilo z »Da«, kar 34 % pa z »Ne«. V nekaj več kot polovici primerov je patronažna medicinska sestra ali babica rano tudi pogledala, v 47 % primerov pa ne.

Zanimalo nas je tudi, če in kako pogosto je patronažna medicinska sestra ali babica ocenjevala krčenje maternice. V samo 27 % primerov je patronažna medicinska sestra ali babica ocenjevala

krčenje maternice. V 73 % tega ni storila. Dve anketiranki ne vesta, če je patronažna medicinska sestra ali babica ocenjevala krčenje maternice.

Pri zadnjem vprašanju nas je zanimalo, kako ženske ocenjujejo njihov odnos s patronažno medicinsko sestro ali babico. Vprašanje je bilo sestavljeno iz štirih trditev, z oceno med 1 in 5. Pri tem 1 pomeni popolnoma se ne strinjam, 5 pa popolnoma se strinjam. Anketiranke so odnos med njimi in medicinsko sestro ali babico v večini primerov, ocenile z oceno 4 ali 5 na Likertovi lestvici.

4 Razprava

Poporodno obdobje je kompleksno obdobje, ko se novorojenček prilagaja na življenje zunaj maternice, ženska se prilagaja na vlogo matere, moški pa postanejo očetje. Tvori se družina. (Nylander in Christine, 2010, str. 189–209). Je občutljivo obdobje, v katerem se zgodijo glavne spremembe, ki določajo blagostanje matere in otroka. Prav pomanjkanje primerne zdravstvene obravnave v tem času lahko privede do občutno slabšega zdravstvenega stanja matere in novorojenčka (WHO, 2013). V raziskavi so bila zajeta ključna področja, kot so zdravstvena obravnava otročnice ter odnos med otročnico in zdravstvenimi delavci.

Ob prvem raziskovalnem vprašanju si je avtorica zastavila tri hipoteze. Prvo hipotezo, ki se glasi: »Pregled čišče je pri obravnavi otročnic zajet v več kot 60 %.« je bila ovržena, saj je pri analizi podatkov bilo ugotovljeno, da je patronažna medicinska sestra ali babica v 84 % vprašala kako je s čiščo, od tega pa je le v 23 % čiščo tudi pogledala. Podatek je zaskrbljujoč, gleda na to, da pregled čišče sodi med naloge, ki jih ima patronažna služba pri skrbi za otročnico (Pravilnik, 1998). Opazovanje čišče pri vsakem pregledu otročnice pa priporočajo tudi v Strokovnih podlagah za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu (Mihevc Ponikvar idr., 2016).

V enem izmed vprašanj nas je zanimalo, v kolikšni meri je pri obravnavi otročnic zajet pregled stanja presredka. Postavljena je bila naslednja hipoteza: »Pregled stanja presredka je pri obravnavi otročnic zajet v manj kot 60 %.« Glede na zbrane podatke je osebje patronažne službe v 66 % anketiranke vprašalo o morebitni prisotnosti rane v predelu presredka. Med tistimi otročnicami, ki so imele rano v predelu presredka, je bil pregled izveden v 53 %. V tem primeru je bila hipoteza potrjena. Glede na Pravilnik (1998) in Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu (Mihevc Ponikvar idr., 2016), bi moralo biti opazovanje celjenja presredka opravljeno pri vsakem pregledu otročnice.

Na vprašanje »Je patronažna medicinska sestra/babica kdaj ocenjevala krčenje vaše maternice?« je samo slaba tretjina anketirank odgovorilo pritrdilno. Tudi pregled krčenja maternice je postopek, ki bi moral biti izveden ob vsakem pregledu otročnice (Mihevc Ponikvar idr., 2016; Pravilnik, 1998), vendar vidimo, da je stanje v praksi precej drugačno. S tem je bila hipoteza »Kontrola skrčenosti maternice je pri obravnavi otročnic zajeta v manj kot 60 %« potrjena.

V zadnjem sklopu so bila postavljena vprašanja o odnosu patronažne medicinske sestre ali babice. Anketiranke so s svojimi odgovori na zastavljene trditve pokazale, da so v veliki meri zadovoljne z zdravstveno oskrbo, ki jim jo nudijo lokalne patronažne službe. Glede na te rezultate lahko hipotezo, ki pravi »Ženske so zaupanje v strokovne delavce, ki opravljajo patronažno službo v več kot 50 % ocenile z oceno 4 ali 5« potrdimo.

Patronažna služba je trenutno organizirana, kot polivalentna patronažna služba, kar pomeni, da ena oseba pokriva in skrbi za paciente z zelo različnimi potrebami, od novorojenčka, otroka,

mladostnika, nosečnice, otročnice, zrele ženske in moškega, pa vse do starostnika. Ob dejstvu, da mora biti pri zdravstveni skrbi nosečnice otročnice in novorojenčka nabor znanja zelo širok, miselnost in učinkovitost polivalentne patronažne dejavnosti pod vprašaj postavlja dokument Razmere v patronažnem varstvu Slovenije in predlogi za spremembe (Završ Džananović, 2016). Tudi Nacionalni inštitut za javno zdravje (Mihevc Ponikvar idr., 2016) v svojih strokovnih podlagah odpira vprašanje preventivnih obiskov pri otročnicah in novorojenčkih. Avtorji dokumenta poudarjajo, da za oskrbo nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov potrebujemo ustrezno usposobljen kader. Dobro rešitev vidijo v zaposlovanju za to posebej specializiranih strokovnjakov in ne v dodatnih izobraževanjih že tako obremenjenih patronažnih medicinski sester (Mihevc Ponikvar idr., 2016). Te strokovnjake bi lahko predstavljale diplomirane babice, saj v času študija pridobijo dovolj znanja, njihove kompetence, ki jih priznavajo številni dokumenti, pa obsegajo prav obravnavo nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka (Direktiva, 2005; ICM, 2017; Zakšek idr., 2008, str. 215–220; Železnik idr., 2008).

Rezultati raziskave nikakor ne kažejo na slabe razmere v patronažnem varstvu v Mariboru in okolici. Za nosečnice, otročnice, novorojenčke in dojenčke je na analiziranih področjih primerno poskrbljeno, vendar je prostora za izboljšave še veliko. Potrebno bi bilo poglobljeno raziskati zgoraj navedena področja zdravstvene obravnave, raziskavo razširiti na celoten slovenski prostor, ob tem pa preučiti tudi druga zelo pomembna področja zdravstvene obravnave otročnice, kot sta dojenje in duševno zdravje. Le tako bi dobili dober uvid v dejansko stanje na področju poporodne obravnave žensk.

5 Sklep

Pregled strokovne in znanstvene literature s področja poporodnega obdobja nam je dal vpogled v pravilnik in strokovne smernice pri zdravstveni obravnavi otročnice in novorojenčka. Ugotovili smo, da so za to področje v Sloveniji uveljavljena pravila, ki pa v praksi pogosto niso uporabljena.

Zdravstveno osebje, ki deluje v patronažnem varstvu na področju Maribora z okolico, je v majhnem procentu opravilo pregled čišče pri pregledu otročnice. Pregled presredka pri otročnici je bil opravljen pri le polovici otročnic, ki so navedle, da imajo rano v predelu presredka, ocenjevanje krčenja maternice pa je bilo opravljeno le v slabi tretjini primerov. Na zadnje raziskovalno vprašanje pa daje odgovor zadnji sklop vprašanj, kjer so anketiranke izrazile zadovoljstvo z obravnavo s strani patronažne službe.

Glede na dobljene rezultate raziskave ugotavljamo, da je stanje na področju patronažne službe v Mariboru z okolico dobro. Kljub temu je prostora za izboljšave še veliko, predvsem na strokovnem področju. Pravilniki, ki pokrivajo področje zdravstvene obravnave otročnice in novorojenčka, bi morali biti v celoti upoštevani. Oskrba otročnic in novorojenčkov na domu bi se lahko izboljšala s pomočjo kadrovske podkrepitve patronažnih služb. V delo patronažne službe bi se moralo vključevati več diplomiranih babic, ki so strokovnjakinje na področju zdravstvene obravnave otročnic in novorojenčkov.

LITERATURA

1. Couch, K. A. in DeCocker - Geist, K. (2014). Physiological alterations during the postnatal period. V R. G. Jordan, J. L. Engstrom, J. A. Marfell in C. L. Farley (ur), Prenatal and postnatal care: a woman-centered approach. (str. 419–422). United Kingdom: John Wiley & Sons.

2. Direktiva Evropskega parlamenta in sveta 2005/36/ES z dne 7. septembra 2005 o priznavanju poklicnih kvalifikacij (2005). Uradni List RS, št. 255 (30.09.2005). Pridobljeno 23.03.2021, s <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=EN>.
3. Fletcher, S., Grotegut, C. A. in James, A. H. (2012). Lochia patterns among normal women: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 2019, 1290–1294. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3668>
4. ICM – International Confederation of midwives, (2017). International definition of the midwife. Pridobljeno s https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf.
5. Kuder, L. (2016). Fiziološke spremembe in vodenje poporodnega obdobja. V I. Takač in Geršak K. (ur.), *Ginekologija in perinatologija* (str. 627–631). Maribor: Medicinska fakulteta.
6. Lavrič, M. (2018). Poporodno obdobje. V M. Lavrič (ur.), *Porodništvo* (str. 195–209). Celje: Visoka zdravstvena šola.
7. Legan, M., Petrovič, D. in Sket, D. (ur.) (2018). *Slovenski medicinski slovar*. Kamnik: Amebis, d. o. o..
8. Lučovnik, M. (2015). Puerperij – poporodno obdobje. V M. Pajntar, Ž. Novak Antolič in M. Lučovnik (ur.), *Nosečnost in vodenje poroda* (str. 383–388). Ljubljana: Društvo medicinski razgledi.
9. Maurič, D. in Kopše Berčič, M. (2017). Fiziologija poporodnega obdobja. V I. Takač (ur.), *Obravnava ženske v poporodnem obdobju v ginekološki dispanzerski ambulanti: zbornik predavanj: učna delavnica za zdravnike specializante in specialiste družinske medicine, zdravnike pripravnike, medicinske sestre in zdravstvene administratorje* (str. 10–11). Maribor: Univerzitetni klinični center.
10. Mihevc Ponikvar, B., Tomšič, S., Drglin, Z., Rok Simon, M., Mesarič, E. in Dravec, S. (2016). Strokovne podlage za posodobitev programa preventivnega zdravstvenega varstva nosečnic, otročnic, novorojenčkov in dojenčkov na domu ter podlage za nadaljnji razvoj preventivnih programov za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/strokovne_podlage_za_posodobitev_programa_preventivnega_varstva_nosecnic_otrocnic_novorojencokv_in_dojencokv_na_domu.pdf.
11. Mivšek, A. P. in Beričič, K. (2011). Zaposlenost in kadrovske potrebe po diplomiranih babicah v Sloveniji. *Obzornik Zdravstvene Nege* 45 (2), 93–100. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2817>.
12. Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Knight, C. H. in Strandberg - Larsen, K. (2017). Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns? *Sexual & Reproductive HealthCare*, 2017, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.007>.
13. Nylander, S. in Christine, S. (2010). Working with parents: Forming the future. V S. Byrom, G. Edwards in D. Bick (ur.), *Essential midwifery practice. Postnatal care* (str. 189–209). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
14. Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije. (2017). Uradni List RS, št. 4/17 in 10/20 (27.01.2017). Pridobljeno 23. 3. 2021, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG4302>.
15. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. (1998). Uradni List RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15 (1998). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>.
16. Steen, M. in Wray, J. (2014). Physiology and care during the puerperium. V J.E. Marshall in M. D. Raynor (ur.), *Myles textbook for Midwives* (str. 499–514). Edinburgh: Elsevier.
17. WHO – World Health Organization, (2013). Postnatal care of the mother and newborn. Pridobljeno s http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1.
18. WHO – World Health Organization, (2017). WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Pridobljeno s <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1>.
19. Zakšek, T., Drglin, Z., Mivšek, A. P., Šimnovec, I., Skubic, M. in Stanek Zidarič, T. (2008). *Novosti–izkušnje–pobude–odmevi: Kompetence za osnovno babiško prakso*. Obzornik Zdravstvene Nege, 42

- (3), 215–220. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2670>.
20. Zavrl Džananović, D. (2016). Razmere v patronažnem varstvu Slovenije in predlogi za spremembe. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/pv_ugotovitve_2_analiz_in_predlogi_za_spremembe.pdf.
21. Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B. idr. (2008). Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi. Pridobljeno s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf.

Informiranje staršev o gosti hrani

KLJUČNE BESEDE: dojenček, gosta prehrana, smernice, starši, informiranost

POVZETEK - Starši informacije o uvajanju goste hrane pridobijo na različne načine. Poznati in zavedati se morajo pomembnosti uvajanja goste hrane dojenčku in vedeti, kdaj je primeren čas za uvajanje in kakšne so lahko posledice nepravočasnega in neprimernega začetka uvajanja. Le-te pridobijo že v šoli za starše, dalje od patronažne medicinske sestre in medicinske sestre na sistematskem pregledu otroka. Namen raziskave je bil ugotoviti, po katerih smernicah diplomirane medicinske sestre svetujejo staršem o uvajanju goste hrane pri dojenčku in kakšne so razlike v podajanju informacij. Raziskava je bila kvalitativne narave, uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno neeksperimentalna raziskovalna metoda. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko intervjuvanja. V intervju smo vključili šest diplomiranih medicinskih sester s področja pediatrije. Raziskava je potekala v septembru in oktobru 2020. Medicinske sestre pri svojem delu uporabljajo različna priporočila, na podlagi katerih svetujejo staršem. V največjem obsegu sledijo Smernicam zdravega prehranjevanja za dojenčke ter v sicer manjšem, a vseeno pomembnem obsegu smernicam za uvajanje dopolnilne hrane Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano. Ugotovili smo razlike v podajanju informacij o začetku uvajanja določenih živil, kot so jajce, kruh, meso in ribe.

KEYWORDS: infant, dense diet, guidelines, parents, information

ABSTRACT - Parents obtain information about the introduction of dense food in different ways. They need to know and be aware of the importance of introducing dense foods to the baby and know when is the right time to introduce them and what the consequences of an untimely and inappropriate start to the introduction may be. These are obtained already in the school for parents, away from the community nurse and the nurse on the systematic examination of the child. The purpose of the research was to find out according to which guidelines graduate nurses advise parents on the introduction of dense food in infants and what are the differences in providing information on the introduction of dense nutrition in infants. The research was of a qualitative nature, using a descriptive and causally non-experimental research method. Primary data for analysis were obtained using the interview technique. We included six graduate nurses in the field of pediatrics in the interview. The survey was conducted in September and October 2020. Nurses use a variety of recommendations in their work to advise parents. To the greatest extent, they follow the Guidelines for Healthy Eating for Infants and, to a lesser extent, the guidelines for the introduction of complementary foods at the European Association for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. We found differences in providing information on the start of the introduction of certain foods, such as egg, bread, meat and fish.

1 Teoretična izhodišča

Prehrana ima v prvem letu otrokovega življenja velik vpliv na njegovo zdravje v prihodnosti (Hoyer in Vettorazzi, 2016, str. 7). Obdobje od začetka nosečnosti pa do drugega leta starosti je obdobje, ko poteka intenziven razvoj otrokovih možganov in telesa, zato je nujno potrebna dobra prehrana, ki vpliva na zdravo prihodnost otroka. Če otrok v tem obdobju ne dobi ustreznih hranil, je škoda lahko nepopravljiva (Vettorazzi, 2015, str. 11–12). Prehranjevanje dojenčka v prvem letu življenja delimo na tri obdobja (Kegl in Harih, 2012, str. 84): izključno mlečna prehrana oziroma dojenje v prvih šestih mesecih, uvajanje mešane (dopolnilne, čvrste) prehrane in prehod na prilagojeno družinsko prehrano.

Dopolnilna prehrana je vsa trdna in tekoča hrana, ki ni humano mleko ali mlečna formula (Bratanič idr., 2010, str. 48). Je prva čvrsta hrana, ki pa ni mišljena kot nadomestilo materinemu mleku ali mlečni formuli, temveč je dodatek oziroma dopolnilo obstoječemu hranjenju. Z dopolnilno prehrano otrokova prehrana postopoma postane bolj raznolika (Rapley in Murkett, 2016, str. 16). Dopolnilno hrano moramo dojenčku uvajati zato, ker v obdobju rasti samo dojenje ali hranjenje z mlečno formulo ne pokrije otrokovih povečanih potreb po hranilih in energiji, dojenčka v tem obdobju trdna hrana tudi čedalje bolj zanima (Nase in Nase, 2017, str. 48), z razvojnega vidika pa dojenček razvija sposobnost žvečenja in kaže zanimanje za drugo vrsto hrane (Kegl in Harih, 2012, str. 83). Evropska priporočila za prehrano dojenčkov pravijo, naj se uvajanje mešane hrane ne prične pred 17. tednom starosti (= 119 dni ali 3,9 meseca) in ne po 26. tednu (= 182 dni ali 6 mesecev) (Bratanič idr., 2010, str. 48).

Prehrana v zgodnjem obdobju življenja je osnova pravilnega in zdravega otrokovega razvoja, zato je promocija zdravih prehranjevalnih navad pomembna aktivnost na področju javnega zdravja. Pri tem je zelo pomemben dobro zastavljen nacionalni program, ki lahko s svojimi cilji in z aktivno vključenostjo različnih ustanov in nevladnega sektorja vodi do boljše prehranske situacije v državi. Da bi lahko država na tem področju ukrepala, mora imeti razvite jasne smernice (Poličnik, 2011, str. 283). Smernice prehranjevanja dojenčkov so zasnovane zato, da usmerjajo splošno populacijo (Marks, 2015, str. 888).

Starši in skrbniki lahko do informacij o uvajanju dopolnilne hrane pridejo na različne načine; lahko informacije pridobijo sami, z lastnim interesom in voljo (družbena omrežja, splet idr.), ali pa jih informirajo zdravstveni delavci (Bobnar, 2017, str. 9). »Zdravstveni delavci imajo ključno vlogo pri izboljšanju materinega upoštevanja smernic za prehranjevanje dojenčkov.« (Clayton idr., 2013, str. 1111). Te informacije lahko medicinska sestra poda v dispanzerju za otroke, na patronažnem obisku ali drugih srečanjih s starši, kot je na primer šola za starše (Bobnar, 2017, str. 9). Diplomirane medicinske sestre, ki delujejo na teh področjih, morajo biti dobro poučene o prehrani dojenčkov, da bodo lahko pravilno svetovale in odgovorile na zastavljena vprašanja (Bobnar, 2017, str. 16). Pri izobraževanju staršev medicinske sestre v Sloveniji upoštevajo Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke Ministrstva za zdravje, ki predstavljajo pomembno strokovno izhodišče za ozaveščanje javnosti o pomenu zdrave prehrane (Kocjan in Lorger Rekić, 2018, str. 26).

Namen raziskave je bil preučiti, po katerih smernicah diplomirane medicinske sestre svetujejo staršem o uvajanju goste hrane pri dojenčku in kakšne so razlike v podajanju informacij o uvajanju goste prehrane pri dojenčku.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskripciji in kavzalno neeksperimentalni kvalitativni metodi dela. Primarne podatke smo pridobili s tehniko intervjuvanja. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Vir podatkov je bil tudi pregled strokovne in znanstvene literature, pridobljene s pomočjo podatkovnih baz COBISS, Cinahl in PubMed.

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali predlogo za polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Bratanič idr., 2010; Fewtrell idr., 2017; Poličnik, 2011) in vsebuje 15 vprašanj. Predloga za intervju je sestavljena iz dveh delov. V prvem delu smo pridobili sociodemografske podatke

intervjuvancev (spol, starost, izobrazba, delovna doba in mesto zaposlitve), v drugem delu pa smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja. Vzorec je bil namenski. Kriterija za izbiro oseb, vključenih v raziskavo, sta bila: izobrazba (diplomirana medicinska sestra) in delovne izkušnje s področja pediatrije.

2.3 Opis vzorca

V intervju smo vključili šest diplomiranih medicinskih sester, ki se med seboj najverjetneje poznajo, njihovo delo pa poteka v različnih institucijah (otroški oddelek, otroški dispanzer in patronažna služba).

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

K intervjuju so intervjuvanke pristopile prostovoljno na podlagi predhodno opravljenega osebnega razgovora. Kandidatkam smo zagotovili anonimnost in spoštovanje etičnih načel, ki veljajo v raziskovanju. Vsi sodelujoči so pred sodelovanjem v raziskavi podpisali soglasje. Raziskava je potekala v septembru in oktobru 2020. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli s pomočjo mobilnega aparata. Tonske posnetke smo po končanih intervjujih preblikovali v pisno obliko in zapise posredovali intervjuvankam v avtorizacijo. Podatke, pridobljene z intervjuji, smo nato analizirali, odgovore uredili v tabele, zapisali kode ter jih interpretirali. Ugotovitve so prikazane, analizirane in ovrednotene v razpravi in zaključku raziskave, za katero smo pred opravljanjem intervjujev pridobili soglasje zavodov, in sicer Splošne bolnišnice Novo mesto in Zdravstvenega doma Črnomelj.

3 Rezultati

Intervjuvali smo žensko populacijo srednje starosti. Najmlajša intervjuvanka je stara 30 let, najstarejša pa 52 let. Vse intervjuvanke so ženskega spola, njihova povprečna starost je 41 let. 5 intervjuvank je diplomiranih medicinskih sester, medtem ko je ena diplomirana medicinska sestra s podiplomskim izobraževanjem pridobila naziv magistrica vzgoje in menedžmenta v zdravstvu. Dve delata v otroški ambulanti, dve v patronažni službi, dve pa na otroškem oddelku. Povprečna delovna doba intervjuvank v pediatriji je 9,5 leta. Večina intervjuvank (4) je navedla, da pri svojem delu uporabljajo smernice Ministrstva za zdravje. Ena pove, da je temu tako, ker deluje po njih njihova pediatrinja, medtem ko tri po njih delujejo zato, ker so uradni dokument. Ena izmed intervjuvank pri svojem delu upošteva priporočila pediatra in dietetikov, medtem ko druga ne navede, katera priporočila ali smernice uporablja pri svojem delu, staršem pa svetuje, da mati doji do šestega meseca oziroma uporablja adaptirano mleko, priporoča uvajanje zelenjave in beljakovin, odsvetuje pa vegetarijansko in vegansko prehrano. Poudari pomen raznolike prehrane, priporoča pa tudi uporabo majhnih količin živil in omogočanje, da je otrok pri hranjenju samostojen.

Vse intervjuvanke svetujejo izključno dojenje otroka do šestega meseca starosti. Tretja intervjuvanka doda, da je izključno dojenje odvisno tudi od navodil pediatra. Večina intervjuvank (4) priporoča dojenje ob dodajanju goste hrane do starosti enega leta. Ena se ni povsem opredelila, zato je omenila še starost od leta in pol do dveh let, odločitev o dolžini trajanja pa je odvisna od želje matere in otroka. Druga svetuje dojenje ob dodajanju goste hrane do dveh let oziroma po želji otroka, medtem ko prva ve, da se po smernicah svetuje dojenje do drugega leta otrokove starosti, a svetuje, da matere dojenje opustijo po tem, ko je otrok v vrtcu, one pa so se prilagodile novemu tempu življenja, službi, oziroma takrat, ko si to želijo.

Dve intervjuvanki priporočata pričetek uvajanja goste hrane med petim in šestim mesecem, ena med četrtem in šestim mesecem, dve pri starosti šestih mesecev in ena med šestim in sedmim mesecem. Prva intervjuvanka doda, da je pričetek uvajanja goste hrane odvisen tudi od

zanimanja otroka, druga meni, da je čas odvisen od pripravljenosti otroka, četrta svetuje, da se otroka opazuje in se po njegovem zadovoljstvu, spancu in napredovanju odloči, kdaj pričeti uvajanje goste hrane. Povprečna starost za pričetek uvajanja goste hrane je šest mesecev. Šesta intervjuvanka pa meni, da je čas uvajanja odvisen od otrokovega razvoja.

Vse intervjuvanke priporočajo, da je prvo živilo, ki ga dojenček poskusi, zelenjava. Kar štiri intervjuvanke so navedle, da je temu tako zato, ker zelenjava ni sladka. Druga intervjuvanka se je za zelenjavo odločila zato, ker je lahko prebavljiva, tretja, ker je nevtralna, četrta pa zato, da se otrok navadi nevtralnega okusa, k čemur se s svojim mnenjem o naravnih okusih pridružuje tudi šesta. Štiri intervjuvanke svetujejo, da se sadje prične uvajati šele takrat, ko smo že uvedli zelenjavo. Dve dodajata, naj se prične pri starosti šestih mesecev, ena, da pri sedmih mesecih, in ena svetuje sadje ob popolnih obrokih dojenčka, okoli prvega leta. Prvi dve intervjuvanki svetujeta, da se rumenjaki v prehrano uvaja pri šestih mesecih, prva poudarja, da so priporočila o uvajanju rumenjaka v prehrano dojenčka deljena. Tretja intervjuvanka meni, da se rumenjaki uvaja pri sedmih mesecih starosti dojenčka, četrta svetuje uvajanje med petim in šestim mesecem, peta intervjuvanka, da se ga uvaja med devetim in desetim mesecem starosti otroka, in šesta je odgovorila, da se ga uvaja kasneje, a ne ve točno, kdaj naj bi se ga. Tudi pri mnenju o uvajanju beljaka v prehrano se pojavijo razlike med odgovori intervjuvank. Prva ne ve točno, kdaj naj bi se beljak uvajal v prehrano, saj pozna priporočila, ki pravijo, da naj bi se ga pri dvanajstih mesecih, in priporočila, ki uvajanje priporočajo pri šestih mesecih. Druga intervjuvanka svetuje pri starosti šestih mesecev, tretja pri sedmih mesecih, četrta po prvem letu starosti otroka, peta svetuje uvajanje tako beljaka kot rumenjaka med devetim in desetim mesecem, šesta se tudi tukaj časovno ne opredeli točno, po njenem mnenju naj se beljak uvaja kasneje.

Dve intervjuvanki svetujeta, naj se ribe uvaja v šestem mesecu starosti, ena med šestim in sedmim mesecem starosti, ena v dopolnjenem sedmem mesecu starosti, dve pa pri starosti enega leta. Dve intervjuvanki svetujeta uvajanje glutena pri starosti šestih mesecev, dve pa med šestim in sedmim mesecem. Ostali intervjuvanki bi uvajanje glutena nekoliko odložili, in sicer bi peta intervjuvanka gluten uvajala pri starosti desetih mesecev, četrta pa zaradi velikega pojava glutenske preobčutljivosti še kasneje, pri osemnajstih mesecih. Vse intervjuvanke se strinjajo, da je mleko kot samostojni obrok potrebno uvajati po prvem letu starosti otroka, šesta intervjuvanka pa poleg tega svetuje previdnost in opazovanje otroka zaradi morebitnega pojava alergij. Prvi dve intervjuvanki se strinjata, da se mlečne izdelke uvaja pri devetih mesecih. Nekoliko prej (pri osmih mesecih) bi mlečne izdelke postopoma uvajala četrta intervjuvanka, še prej, pri šestih mesecih, pa bi v majhnih količinah in po uvedbi zelenjave mlečne izdelke uvajala šesta intervjuvanka. Tretja intervjuvanka bi mlečne izdelke v manjših količinah uvajala pri desetih mesecih, medtem ko bi peta to storila kasneje, pri enajstih mesecih. Polovica intervjuvank je dodala, da bi uvajale manjše količine mlečnih izdelkov v prehrano. Polovica intervjuvank (3) meni, da se belo meso uvaja pri šestih mesecih. Ostale intervjuvanke bi belo meso uvajale kasneje; pri sedmih, osmih mesecih in med devetim do desetim mesecem.

Ena od intervjuvank svetuje uvajanje kruha ob uvedbi glutena, kar je po njenem mnenju med šestim in sedmim mesecem. Pri starosti sedmih mesecev bi kruh uvajala tretja intervjuvanka, četrta bi kruh postopoma uvajala pri osmih mesecih, med devetim in desetim mesecem bi ga uvajala peta intervjuvanka in po desetem mesecu druga intervjuvanka. Uvajanje kruha po dopolnjenem prvem letu starosti svetuje šesta intervjuvanka, ker po njenem mnenju to živilo ni nujno za razvoj otroka, je pa živilo, ki predstavlja nevarnost aspiracije.

Štiri od šestih intervjuvank v prehrani dojenčka odsvetujejo med zaradi bakterije, botulizma oziroma alergenosti. Vse intervjuvanke navedejo alergije kot razlog za odsvetovanje določenih živil, kot so jagode, med, morski sadeži, mleko. Večina intervjuvank (4) v prehrani dojenčka

odsvetuje sol; dve odsvetujeta tudi sladkor. Dve intervjuvanki odsvetujeta še težko prebavljiva živila, ena od njiju tudi koščičasta. Arašide odsvetuje peta intervjuvanka zaradi nevarnosti alergije in aspiracije, šesta pa oreščke na splošno.

Ena intervjuvanka svetuje presledek med uvajanjem novih živil od tri do štiri dni, ena pa od štiri do sedem dni. Dve svetujeta presledek sedmih dni, dve pa od sedem do štirinajst dni. Vse intervjuvanke svetujejo dodatno tekočino za dojenčka v obdobju uvajanja dopolnilne hrane, in sicer vodo. Štiri od njih dodajo, da matere lahko dodajo tudi nesladkan čaj. Polovica (3) jih meni, naj matere tekočino začnejo dodajati takoj ob uvajanju goste hrane. Peta intervjuvanka meni, da dojeni otroci ne potrebujejo dodatne tekočine, če pa jo matere dodajajo, naj to storijo po obroku.

Vse intervjuvanke informacije o uvajanju goste hrane posredujejo ustno s pogovorom. Pet intervjuvank informacije posreduje tudi pisno s pomočjo raznih brošur, ena od njih z letakom Novolaca.

4 Razprava

Ugotovili smo, da diplomirane medicinske sestre ne sledijo le enim smernicam, temveč pri svojem delu uporabljajo različna priporočila, na podlagi katerih svetujejo staršem. Kljub temu pa intervjuvanke v največjem obsegu sledijo Brataniču idr. (2010), ki so izdali Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke, ter v sicer manjšem, a vseeno pomembnem obsegu tudi M. Fewtrell idr. (2017), ki so objavili smernice za uvajanje dopolnilne hrane v okviru Evropskega združenja za pediatrično gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano. Tako lahko sklenemo, da so njihova priporočila v večini v skladu s strokovnimi smernicami.

Dalje ugotavljamo, da intervjuvane diplomirane medicinske sestre večinoma svetujejo, da matere sadje uvajajo po tem, ko so pri dojenčku uvedle zelenjavo, kar potrđita tudi Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.), ki dodata, da pred sadjem uvedemo tudi krompir, meso in žita. Sadje po mnenju avtoric uvajamo od osmega meseca starosti. Bratanič idr. (2010, str. 50) svetujejo, da sadje uvajamo dva meseca po pričetku uvajanja goste hrane, torej od začetka sedmega do začetka devetega meseca skupaj z žiti.

Bratanič idr. (2010, str. 50) in Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.) priporočajo, da se rumenjaka uvaja po šestem mesecu starosti, beljak pa po prvem letu (Bratanič idr., 2010, str. 54; Fajdiga Turk in Blaznik, b. d., b. s.), medtem ko M. Fewtrell idr. (2017, str. 129) priporočajo uvajanje vseh alergenih živil kadar koli po četrtem mesecu starosti, kar potrđijo tudi priporočila Infant feeding and allergy prevention (2016, str. 2), ki svetujejo uvajanje vseh alergenih živil kadar koli v obdobju od četrtega do dvanajstega meseca starosti. Odgovori intervjuvank so bili glede uvajanja rumenjaka in beljaka zelo različni. Glede na priporočila se opredelijo za različne starosti pri uvajanju tako rumenjaka (polovica svetuje uvajanje okoli šestega meseca, ostala polovica pa kasneje) kot beljaka (le ena od intervjuvank priporoča uvajanje pri starosti enega leta, dve se ne opredelita točno, ena intervjuvanka priporoča uvajanje pri šestem, druga pri sedmem in tretja med devetim in desetim mesecem starosti).

Večina intervjuvank svetuje uvajanje rib po šestem mesecu dojenčkove starosti (od šestega do sedmega meseca), kar potrđijo Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke (Bratanič idr., 2010, str. 50–51), v katerih je dodano, da ribe uvedemo po tem, ko ima otrok v svoji prehrani že tri obroke goste hrane. Dve intervjuvanki svetujeta uvajanje rib po prvem letu starosti, kar se ne sklada z nobenimi smernicami, saj navajajo, da se ribe uvede v obdobju od četrtega do dvanajstega meseca starosti (Bratanič idr., 2010, str. 50; Infant feeding and allergy prevention, 2016, str. 2; Fajdiga Turk in Blaznik, b. d., b. s.; Fewtrell idr., 2017, str. 122). Z raziskavo ugotavljamo, da polovica sodelujočih v raziskavi priporoča uvajanje belega mesa od šestega

meseca starosti dojenčka dalje, kar potrjujejo navedbe avtorjev Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.), da za uvajanje belega mesa ne obstaja nikakršno tveganje po smernicah, v prehrano dojenčka se ga uvaja od šestega meseca dalje. Ostala polovica sodelujočih pa priporoča uvajanje belega mesa nekoliko kasneje, od sedmega do desetega meseca starosti.

Večina intervjuvank priporoča uvajanje glutena po šestem mesecu oziroma med šestim in sedmim mesecem, kar je v skladu s Smernicami zdravega prehranjevanja za dojenčke (Bratanič idr., 2010, str. 48) in priporočili avtoric Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.). Fewtrell idr. (2017, str. 123) priporočajo uvajanja glutena v prehrano dojenčka kadarkoli od četrtega do dvanajstega meseca starosti ob tem, da je dojenček še dojen. Intervjuvanke tako v večini priporočajo uvajanje goste hrane po smernicah, razen dveh, ki bi uvajanje glutena preložile na kasnejše starostno obdobje.

Bratanič idr. (2010, str. 54) mleko kot samostojni obrok in mlečne izdelke odsvetujejo v prehrani dojenčka do dvanajstega meseca starosti, s čimer se strinjata tudi Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.), dovoljen je le dodatek zelo majhnih količin mleka v gosto hrano po devetem mesecu starosti dojenčka. Ta priporočila so tudi v skladu s priporočili M. Fewtrell idr. (2017, str. 129). Intervjuvanke materam glede uvajanja mleka kot samostojnega obroka svetujejo v skladu z vsemi navedenimi smernicami, glede mlečnih izdelkov pa so njihova priporočila drugačna. Dve intervjuvanki priporočata prezgodnje uvajanje mlečnih izdelkov, dve priporočata uvajanje v skladu s smernicami, dve pa kasnejše uvajanje.

Intervjuvanke imajo glede uvajanja kruha v prehrano različna mnenja; polovica priporoča uvajanje kruha med šestim in sedmim mesecem starosti oziroma pri sedmem mesecu, kar potrdijo tudi v smernicah *Your baby's first solid foods* (2019, b. s.) in *Introducing complementary foods: Feeding from around 6 months* (2019, b. s.) ter Rozga (2013, b. s.). Bratanič idr. (2010, str. 53) priporočajo, da se kruh uvaja od desetega meseca dalje. Pet intervjuvank uvajanje kruha priporoča prej, ena pa ga priporoča po prvem letu starosti. Glede na Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke intervjuvanke ne sledijo priporočilom slovenskih smernic, so pa nekatera njihova priporočila v skladu z drugimi tujimi.

V prehrani dojenčka se moramo izogniti medu zaradi morebitne prisotnosti bakterije *Clostridium botulinum*, kar navajajo Fewtrell idr. (2017, str. 128), Bratanič idr. (2010, str. 54) in raziskava *Complementary feeding (weaning)* (2019, b. s.). To v skladu z ugotovitvami raziskave priporočajo tudi skoraj vse intervjuvanke. Za odsvetovanje različnih živil (jagode, morski sadeži, mleko, gluten) kot razlog intervjuvanke navedejo alergije, kar ni v skladu s priporočili avtorjev Bratanič idr. (2010, str. 49) in Fewtrell idr. (2017, str. 122), ki navajajo, da v obdobju med četrtem in šestim mesecem vsem dojenčkom lahko uvajamo potencialno alergena živila, pri tem pa opazujemo otrokov odziv. Intervjuvanke odsvetujejo tudi sladkor in sol, kar potrdijo še Bratanič idr. (2010, str. 54) in Fewtrell idr. (2017, str. 127).

Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.) svetujeta uvajanje novih živil postopoma, v od štiri- do sedemdnevnih razmikih, kar navede tudi ena od intervjuvank. Bratanič idr. (2010, str. 48) svetujejo uvajanje novih živil v razmiku enega tedna, na podlagi česar svetujeta tudi dve intervjuvanki. Ena od intervjuvank priporoča krajši razmak (3–4 dni), dve pa večji (7–14 dni), zato njihova priporočila niso v skladu z nobenimi navedenimi.

Vse sodelujoče v naši raziskavi kot najpomembnejšo pijačo v prvem letu starosti dojenčka priporočajo vodo, kar potrdijo Bratanič idr. (2010, str. 53), Fajdiga Turk in Blaznik (b. d., b. s.) in priporočila *Foods and Drinks to Encourage* (2018, b. s.). Podatki kažejo, da polovica intervjuvank priporoča še nesladkan čaj kot primerno pijačo, kar potrdijo tudi Bratanič idr. (2010, str. 53). Avtorji svetujejo, da dojenčku tekočino ponujamo po obroku, kot svetuje tudi ena od intervjuvank.

V odgovorih intervjuvank se pojavljajo razlike, čeprav so skoraj vse odgovorile, da delujejo na podlagi Smernic zdravega prehranjevanja za dojenčke. Ugotavljamo, da diplomirane medicinske sestre informacije o uvajanju goste hrane posredujejo na različne načine. Najpogosteje omenjajo pogovor, torej verbalni način posredovanja informacij, ki se jim zdi najpomembnejša oblika posredovanja informacij. Prav tako informirajo pisno s pomočjo brošur. Svetujejo še informiranje pri pediatru ali na patronažnem obisku. Iz slednjih rezultatov lahko razberemo, da so pri načinu podajanja informacij raznolike in se poslužujejo več kot le ene vrste posredovanja informacij, kar zagotovo pripomore k boljši ozaveščenosti skrbnikov, kot navajajo Arikpo idr. (2018, str. 9).

5 Sklep

Medicinska sestra ima pri prenosu informacij o uvajanju goste hrane pri dojenčku veliko vlogo. Predstavlja strokovnjaka, ki stoji v prvi vrsti pri sprejemu staršev in dojenčka v obravnavo, najsi gre za obisk pri pediatru, sprejem na oddelek ali patronažni obisk. Ob tem je deležna vprašanj neizkušenih staršev, ki potrebujejo nasvet ali pomoč pri izbiri načina uvajanja goste hrane, zato je pomembno, da medicinska sestra pozna strokovne smernice, ki jih loči od laičnih in tistih, ki nimajo zadosti strokovne podlage glede varnosti in primernosti (kot na primer BLW). Smernice zdravega prehranjevanja za otroke izhajajo iz leta 2010, zato je njihova vsebina zastarela. Kljub temu zdravstveni delavci po večini delujejo po njihovih načelih, ker je to gradivo Ministrstva za zdravje. Strokovnjaki iz drugih evropskih držav (Evropsko združenje za gastroenterologijo, hepatologijo in prehrano) so svoja priporočila že posodobili, posodobitve pa temeljijo na sodobnih raziskavah in ugotovitvah. Tudi v Sloveniji bi bilo potrebno smernice Ministrstva za zdravje posodobiti in po desetih letih pripraviti novo orodje za zdravstvene delavce, po katerem bi svetovali staršem glede uvajanja goste hrane. Morda imajo lahko vpliv na to tudi diplomirane medicinske sestre, ki svetujejo o uvajanju goste hrane pri dojenčku. One namreč lahko opozorijo na to, da so Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke že zastarele, in tako pomagajo staršem do boljšega, bolj zdravega in varnega uvajanja goste hrane. Potrebno bi bilo ukrepanje na tem področju, saj obstaja vse več strokovnih raziskav, ki v kar nekaj točkah izpodbijajo priporočila, ki jih je leta 2010 izdalo Ministrstvo za zdravje v Republiki Sloveniji.

Poslanstvo diplomiranih medicinskih sester je med drugim tudi promocija zdrave prehrane, ki lahko vodi do izboljšanih prehranjevalnih navad celotne družine, s tem pa tudi do izboljšane zdravja posameznih članov. Diplomirane sestre morajo biti v svoja načela in znanja prepričane, zato morajo smernice o zdravi prehrani dojenčkov, po katerih delujejo, tudi dobro poznati in po njih delovati. So pa pri svojem delu lahko v strokovnem precepu, kot je pokazala naša raziskava, saj ne vedo, katere smernice naj upoštevajo, saj jih poznajo kar nekaj.

LITERATURA

1. Arikpo, D., Edet, E. S., Chibuzor, M. T., Odey, F. in Caldwell, D. M. (18. 5. 2018). Educational interventions for improving primary caregiver complementary feeding practices for children aged 24 months and under. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011768.pub2>.
2. Bobnar, A. (2017). Pomen informiranosti in zadovoljstvo staršev s prejetimi informacijami o uvajanju mešane prehrane dojenčkom (Diplomska naloga). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
3. Bratanič, B., Fidler Mis, N., Hlastan Ribič, C., Poličnik, R., Širca Čampa, A., Kosem, R. idr. (2010). Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
4. Clayton, H. B., Li, R., Perrine, C. G. in Scanlon, K. S. (2013). Prevalence and Reasons for Introducing Infants Early to Solid Foods: Variations by Milk Feeding Type. *Pediatrics*, 131 (4), e1108-e1114. Pridobljeno, s <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2265>.

5. Complementary feeding (weaning): Food Fact Sheet. (2019). Pridobljeno, s <https://www.bda.uk.com/resource/complementary-feeding-weaning.html>.
6. Fajdiga Turk, V. in Blaznik, U. (b. d.). Prehrana zdravega dojenčka (otroka do enega leta starosti). Pridobljeno, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prehrana_dojencka_kratko_informativno_gradivo.pdf.
7. Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N. idr. (2017). Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Comitee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64 (1), 119–132.
8. Foods and Drinks to Encourage. (3. 12. 2018). Pridobljeno s <https://www.cdc.gov/nutrition/InfantandToddlerNutrition/foods-and-drinks/foods-and-drinks-to-encourage.html>.
9. Hoyer, S. in Vettorazzi, R. (2016). Uspešno dojenje za dobro zdravje otrok in mater. Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
10. Introducing complementary foods: Feeding from around 6 months. (19. 6. 2019). Pridobljeno s <http://conditions.health.qld.gov.au/HealthCondition/condition/8/78/412/introducing-solids-feeding-from-around-6-mont>.
11. Kegl, B. in Harih, M. (2012). Smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke – Primerjava vidika medicinskih sester in mater z dojenčki. V M. Pevec (ur.), IX. Srečanje medicinskih sester v pediatriji (str. 83–94). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.
12. Kocjan, N. in Lorger Rekić, C. (2018). Podpora staršem pri uvajanju mešane prehrane po smernicah zdravega prehranjevanja za dojenčke. V M. Šmit, A. Kvas in S. Vrbovšek (ur.), Zdravstvena vzgoja v vseh življenjskih obdobjih (str. 19–26). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
13. Marks, K. (2015). Infant and toddler nutrition. *Australian Family Physician*, 44 (12), 886–889.
14. Nase, J. in Nase, B. (2017). Otroške bolezni. Ljubljana: Mladinska knjiga.
15. Poličnik, R. (2011). Nacionalne smernice zdravega prehranjevanja za dojenčke. *Obzornik zdravstvene nege* 45 (4), 283–286.
16. Rapley, G. in Murkett, T. (2016). Naj otrok izbira pot: uvajanje čvrste hrane na željo otroka. Ljubljana: Slovenska fundacija za UNICEF.
17. Rozga, M. (3. 12. 2019). Baby-led weaning for introduction to complementary foods- Part 2. Pridobljeno, s https://www.canr.msu.edu/news/baby_led_weaning_for_introduction_to_complementary_foods_part_2.
18. Vettorazzi, R. (2015). Dojenje – prva izbira zdrave prehrane. V A. Ljubič in M. Oštir (ur.), Zbornik predavanj: Zdravstvena nega zdravega in bolnega dojenčka, Otočec, 23. in 24. oktober 2015 (str. 11–19). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
19. Your baby's first solid foods. (1. 3. 2019). Pridobljeno, s <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/solid-foods-weaning/>.

Pomen sprejemanja etičnih odločitev v zdravstvu

KLJUČNE BESEDE: etični problem, sprejemanje odločitev, zdravstvo, kodeks

POVZETEK - Uvod: Sodobno zdravstveno okolje zahteva široke poklicne kompetence, vključno z znanji za obvladovanje etičnih problemov. Za lažje reševanje slednjih se lahko zdravstveni delavci zanesejo na različne dokumente in tehnike. Metode: Za pridobitev podatkov je uporabljena deskriptivna metoda s tehniko analize dokumentov. Vzorec zajema 18 virov literature; 13 slovenskih in 5 tujih. Rezultati: Zaznana je bila razlika v naravi etičnih problemov med javnimi in zasebnimi ustanovami. Zdravstvenim delavcem so v pomoč pri sprejemanju etičnih odločitev različni dokumenti, ki so lahko skupni celotnemu zdravstvu ali pa se razlikujejo glede na področje dela. Izpostavljeni so Ustava Republike Slovenije, Hipokratova zaprisega, Kodeks zdravniške etike, etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter etike fizioterapevtov Slovenije. Kot pomoč pri sprejemanju etičnih odločitev je predstavljena tudi metoda imenovana DECIDE. Razprava: Članek predstavi dokumente, ki bi zdravstvenim delavcem morali biti že znani, vendar pa hkrati izpostavi problematiko sprejemanja etičnih odločitev ter metodo, ki lahko doprinese k širšemu naboru načinov sprejemanja etičnih odločitev v zdravstvu.

KEYWORDS: Ethical issues, decision-making, healthcare, code

ABSTRACT - Introduction: The modern healthcare environment requires knowledge to manage ethical issues. To help solve the latter, health professionals can rely on a variety of documents and techniques. Methods: A descriptive method with a document analysis technique is used to obtain data. The sample includes 18 sources of literature: 13 Slovenian and 5 foreign. Results: A difference in the nature of ethical issues between public and private institutions was noticed. Healthcare professionals are assisted in making ethical decisions by various documents, which may be common to the whole healthcare system or may differ in accordance with the field of work. The Constitution of the Republic of Slovenia, the Hippocratic Oath, the Code of Medical Ethics, the ethics of nurses and medical technicians of Slovenia and the ethics of physiotherapists of Slovenia are highlighted. A method called DECIDE is also presented to provide assistance in making ethical decisions. Discussion: The article presents documents that should be already known to health professionals, but at the same time highlights the issue of ethical decision-making and a method that can contribute to a wider range of ethical decision-making in healthcare.

1 Etična vprašanja in zdravstvo

Sodobno zdravstveno okolje zahteva široke poklicne kompetence, vključno z znanji za obvladovanje etičnih problemov (Puh in Hlebš, 2017). Te nastanejo z razvojem same etike, ki jo Jug (2015) definira kot »sisteme dejanj, ki jih vodijo principi in pravila, ki vplivajo na vedenje posameznika in dovoljujejo (dopuščajo), zahtevajo (obvezujejo) in prepovedujejo (nikoli ne dopuščajo)«. Za lažje reševanje etičnih problemov se lahko zdravstveni delavci zanesejo na različne dokumente in tehnike, saj reševanje le-teh zahteva trajno ustvarjalnost, pri čemer mora odgovor na etične ovire zajemati širše področje, da bi lahko dvignili standard zdravstvene prakse. Etične probleme zdravstvene nege v veliki meri sestavlja obstoj negotovosti glede izbire odločitve. Negotovost nastane, ker mora rešitev vključevati obstoj dostojanstva, upoštevanje pravic in volje pacientov. Takšne situacije lahko povzročijo dvome ali konflikte pri izbiri negovalnih posegov (Nora, Deodato, Vieira in Zoboli, 2016, str. 2).

Še posebej velika etična odgovornost bremeni medicinske sestre. Te so odgovorne tako svojim nadrejenim kot tudi pacientom. Ne prevzemajo samo etične odgovornosti, marveč so za svoje vedenje in dejanja odgovorne tudi strokovno in kazensko. Pri svojem delu morajo biti na voljo vsem pacientom, jim enakovredno nuditi potrebno zdravstveno nego, pri tem pa morajo biti odgovorne za svoja dejanja, vse morebitne napake pa so dolžne sporočiti zaposlenim; svojim nadrejenim. Če svoje delo opravljajo na visokem nivoju, s spoštljivim odnosom in poštenostjo tako do sebe kot do sodelavcev in pacientov, potem so na podlagi tovrstnih dejanj tudi širše družbeno sprejete in deležne odobravanja. Odgovornost, ki na nek način zapoveduje okvir zdravstvene nege, lahko delimo na dva dela. Na osebni ravni je to obnašanje in ravnanje posameznika, na poklici ravni pa odgovornost, ki je tudi pravno obravnavana (Černog in Bohinc, 2009).

Prav tako se fizioterapevti, kot ena izmed skupin zdravstvenih delavcev, dnevno srečujejo z etičnimi vprašanji, o katerih bi bilo treba razpravljati. Guccione je leta 1980 (v Puh in Hlebš, 2017) izpostavil sedem etičnih vprašanj v fizioterapiji, o katerih bi bilo treba primarno razpravljati. Slednja vsebujejo določanje prioritet za pacientovo obravnavo, kot so omejeni čas ali sredstva, prenehanje obravnave za paciente, ki ne upoštevajo navodil, nadaljevanje obravnave s terminalno bolnimi, nadaljevanje obravnave za namen psihološke podpore ob tem, ko so bili cilji fizioterapije doseženi, določanje strokovne odgovornosti, ko so pacientove potrebe ali cilji v nasprotju s potrebami ali cilji njegove družine, odločanje, ali zagovarjati obravnavo pacienta na način, ki bo odgovarjal zahtevam plačnika s strani tretje osebe, ter kot zadnje izmed sedmih vprašanj, vprašanje o ohranjanju zaupanja pacienta in njegove družine v druge zdravstvene delavce ne glede na osebno mnenje.

Literatura odpira še več etičnih vprašanj in problemov na področju fizioterapije, iz česar je razvidno, da je sprejemanje etičnih odločitev postal že skoraj vsakdan fizioterapevta (Puh in Hlebš, 2017). S tem povezana stres in preobremenjenost nista tuja pojma v povezavi z delom zdravstvenih delavcev in medicinskih sester psihiatričnih bolnišnic. Ti so zaradi narave ustanove srečujejo z etičnimi zahtevami in tudi neuspešnimi izidi pacientov, vendar pa so kot ostali zdravstveni delavci zavezani k zaupnosti podatkov, zaradi česar se o kakšnih dotično težkih primerih ne morejo pogovarjati, kot bi želeli. Zaskrbljujoča je ugotovitev literature, ki trditev, da psihiatrične ustanove vzbujajo vrste stresnih reakcij pri zdravstvenih delavcih (moralna stiska, moralni stres ...), označuje kot splošno znano (Lützen, Blom in Ewalds-Kvist, 2010, str. 215). Z etičnimi vprašanji se srečujejo tudi psihoterapevti, ki nosijo veliko etično odgovornost, saj se morajo pri svojem delu držati norm, ki jih zapoveduje etični kodeks. Pomembno je strogo spoštovanje zasebnosti podatkov pacientov, posebej pozorni pa morajo biti, da ne prestopijo profesionalnega odnosa terapevt – pacient (Gombač, 2014, str. 12).

1.1 Namen raziskave

Izvedli smo raziskavo z namenom preučevanja pomena sprejemanja etičnih odločitev na področju zdravstva ter kaj k temu pripomore.

1.2 Cilji raziskave

Cilji raziskave so bili poiskati in proučiti strokovno in znanstveno literaturo s področja etičnih odločitev in nadalje ugotoviti, kateri dokumenti pripomorejo k sprejemanju etičnih odločitev v zdravstvu. Cilj je tudi preučiti vsebino dokumentov, ki pripomorejo k sprejemanju etičnih odločitev v zdravstvu, in raziskati potek sprejemanja etičnih odločitev. Z raziskavo želimo tudi ugotoviti, ali obstajajo razlike v soočanju z etičnimi odločitvami glede na različna področja zdravstva.

1.3 Hipoteze

H1: Zdravstveni delavci se pri svojem delu ravnavajo po enotnih dokumentih in kodeksih.

H2: Obstaja standardni proces sprejemanja etičnih odločitev.

H3: Soočanje z etičnimi odločitvami se razlikuje glede na javno in zasebno raven.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Zastavljene cilje smo želeli doseči s pomočjo deskriptivne metode. S pomočjo internetnega brskalnika in baz s strokovnimi članki smo poiskali vire, ki se nanašajo na raziskovano področje. Nato smo uporabili tehniko analize dokumentov.

2.2 Opis vzorca

Vzorec zajema 18 virov literature. Izmed slednjih je 11 virov slovenskih ter 7 tujih. Vsi dokumenti so viri v spletni obliki.

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Vso literaturo smo zbrali s pomočjo spleta. Ločili smo med uporabno literaturo in literaturo, ki se ne tiče našega področja. Nato smo izbrane dokumente preučili, analizirali ter nadalje podali izsledke ugotovitev zbrane literature.

3 Rezultati

Zdravstveni delavci se soočajo z različnimi etičnimi problemi tako v javnih kot zasebnih ustanovah. Pri sprejemanju etičnih odločitev si zdravstveni delavci lahko ali pa celo morajo pomagati z različnimi dokumenti. Nekateri izmed teh so skupni celotnemu zdravstvu, drugi se razlikujejo glede na področje dela. Poleg dokumentov si lahko pomagajo z metodami sprejemanja etičnih odločitev.

3.1 Dokumenti

V nadaljevanju so izpostavljeni le nekateri izmed pomembnih dokumentov: Ustava Republike Slovenije, Hipokratova zaprisega, Kodeks zdravniške etike, etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter etike fizioterapevtov Slovenije.

Ustava Republike Slovenije: Temeljni, najvišji splošni akt in najmočnejši pravni akt v Sloveniji je Ustava Republike Slovenije (Republika Slovenija, 2019). Po slednji se mora ravnati vsak državljan, zaradi česar velja seveda tudi za zdravstvene delavce. Najpomembnejši členi ustave, ki se dotikajo dela zdravstva, so 17., 25. in 46. člen. Sedemnajsti člen veleva: »Človekovo življenje je nedotakljivo. V Sloveniji ni smrtne kazni.« To podpira tudi 35. člen: »Zagotovljena je nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic.« (Republika Slovenija, 2019). Pomemben člen ustave za zdravstvene delavce je 46. člen: »pravica do ugovora vesti«, ki da vsakemu posamezniku, tudi zdravniku, pravico, da zavrne aktivnosti, ki mu jih nalagajo predpisi (Republika Slovenija, Državni zbor, 2015).

Hipokratova zaprisega: Kar je skupno vsem zdravstvenim delavcem, so temeljna etična načela, ki temeljijo na zapisih, osnovanih v 4. stoletju pred našim štetjem – Hipokratovi zaprisegi, ki predstavlja povzetek moralnega kodeksa starogrške medicine in prispeva k stabilizaciji tridelnega odnosa med zdravnikom, pacientom in boleznijo, kot je to opisal Hipokrat.

Harmonijo tega interaktivnega trikotnika je zmotilo več dejavnikov, kot so tehnološki razvoj, javni mediji in stroškovno učinkoviti načini z različnimi posledicami, zaradi česar je bila kasneje posodobljena in prilagojena (Antoniou, A., Antoniou, G. in Granderath, 2010, str. 3075–3076).

Kodeks zdravniške etike: Leta 1992 je bil s strani Zdravniške zbornice Slovenije sprejet Kodeks zdravniške etike, ki je bil kasneje dopolnjen in spremenjen do oblike, kot jo poznamo danes. Že v uvodu govori o vestnem in odgovornem opravljanju svojega poklica kot zdravnik, pod kar se štejejo zdravnik, zdravnica, zobozdravnik in zobozdravnica. Hkrati pove, da se mora zdravnik v prvi vrsti truditi za ohranjanje in obnavljanje zdravja ter hkrati za preprečevanje in lajšanje trpljenja ne glede na spol, raso, genetske dejavnike in vrsto drugih naštetih dejavnikov, ki se od posameznika do posameznika razlikujejo. Kodeks je sestavljen iz osmih delov. Prvi del vsebuje člene, ki se navezujejo na odgovornost do pacienta v splošnem pogledu ter glede na vidik komunikacije, odločanja in soglasja, vidik zasebnosti in zaupnosti, vidik načrtovanja družine, vidik presajanja organov in tkiv, vidik zdravniške pomoči v zadnjem obdobju življenja ter vidik raziskovanja. Drugi del se nanaša na odgovornost zdravnika do družbe, tretji na odgovornost zdravnika do poklica. Nadalje vsebuje člene o odnosih v zdravstvenem timu, o zdravniku v gospodarski dejavnosti, povezani z zdravstvom, člene, ki govorijo o etičnem obnašanju zdravnika v javnosti, o odgovornosti, ki jo ima do samega sebe, ter o končnih določbah (Kodeks zdravniške etike, 2016).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: »Temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obravnavanje zdravja ter lajšanje trpljenja /.../ neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstvo in pravice človeka.« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002). Praksa delavcev zdravstvene nege zajema veliko odgovornosti in z njimi povezan vpliv na zdravje in življenje ljudi. Moralnih vrednot ni moč ovrednotiti samo s pravno zasnovanimi zakoni in načeli, saj le-te izhajajo iz posameznikove notranjosti. Tako je v Sloveniji napisan Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, kjer so jasno in točno zapisana načela v pomoč pri osnovanju etičnih vrednot, ki predstavljajo smernice za opravljanje poklicne zdravstvene prask. Za lažje in poenoteno delo znotraj države predstavlja Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih delavcev rdečo nit pri izbiri in oblikovanju moralnega razmišljanja ter služi »tudi kot osnova za etično presojo svojega dela« (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002). Kodeks zajema devet načel, ki zajemajo standarde in omejitve, ki jih mora medicinska sestra upoštevati pri svojem delu. V njih so zajete dolžnosti, ki jih je dolžna opravljati v naslednjih zvezah: medicinska sestra in varovanec (I–VI), medicinska sestra in sodelavci (VII), medicinska sestra in družba (VIII) ter medicinska sestra in poklic (IX) (Berkopec, 2018, str. 33).

Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije: Nekaj let po sprejetju Kodeksa zdravniške etike je Zbornica fizioterapevtov Slovenije sprejela Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije z namenom usmeritve opravljanja dejavnosti v odnosu z ostalimi dejavnostmi v zdravstvu in družbi. Kodeks hkrati »določa pomen in vlogo fizioterapevta v zdravstvu in družbi ter daje sodobne smernice za razvoj stroke« (Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije, 2002). Poleg slovenskega kodeksa obstajajo tudi svetovna merila etičnih načel fizioterapevtov, zbrana v Etičnih načelih Svetovne zveze za fizioterapijo (Puh in Hlebš, 2017).

3.2 Metode sprejemanja etičnih odločitev

Ne glede na etični problem si lahko zdravstveni delavci poleg vseh dokumentov pomagajo pri sprejemanju etičnih odločitev tudi z različnimi tehnikami. V nadaljevanju sta predstavljeni tehniki DECIDE in SDM.

Tehnika DECIDE je akronim, pri čimer vsaka črka predstavlja sosledje korakov za lažje končno sprejetje etične odločitve. Prvi korak opredeljuje črka D in pomeni določitev problema (oziroma angl. *define the problem*). Torej je treba določiti, kaj je problem, kaj naj bi se ali kaj se dogaja. Naslednja črka E pomeni določitev merila (oziroma angl. *establish the criteria*), ki ga določimo s pomočjo odgovorov na vprašanja, po katerih kriterijih se ravnati, kaj želimo doseči z našo odločitvijo in s čim se želimo izogniti problemu. Tretji korak je preučitev vseh alternativ (oziroma angl. *consider all the alternatives*, zato črka C), pri katerem si pomagamo z vprašanjem, kaj so dosegljive in izvedljive odločitve, ki zadovoljijo vzpostavljene kriterije. V tem koraku je pomembno, da se upoštevajo vsi faktorji. Četrti korak zajema črko I in se v angl. glasi *identify the best alternatives*, pri katerem se selektivno izbere najučinkovitejša alternativa na podlagi izkušenj, intuicije in eksperimentiranja. Predzadnji korak je razvijanje in izvajanje načrta ukrepanja in ga predstavlja črka D, ki se v angl. glasi *develop and implement a plan of action*. Tu si pomagamo z vprašanji o tem, kako bo načrt ukrepanja izveden, katere vire in tehnike bo treba uporabiti za izvedbo ukrepa. Zadnji korak je E – angl. *evaluate and monitor the solution*, v katerem ocenimo in opazujemo rešitev ter podamo povratne informacije, kadar je to potrebno. K temu koraku spada tudi razmislek o možnih zapletih alternative, ki se izvajajo, kaj bi lahko bilo narobe, s čim lahko odpravimo problem v primeru, da nastane, ter poročanje nadrejenim o izidu (Guo, 2008).

Druga metoda se označuje s kratico SDM in zajema skupno odločanje pacientov in zdravstvenih delavcev. SDM se spodbuja v številnih zdravstvenih sistemih in ima mednarodni pomen, saj lahko pomaga bolnikom in zdravnikom, da dosežejo dogovor o zdravljenju pri dolgoročnih odločitvah. SDM vključuje vsaj enega pacienta in enega zdravstvenega delavca, kjer obe stranki sprejmeta ukrepe za aktivno sodelovanje v procesu odločanja, izmenjavo informacij in osebnih vrednot ter skupaj z deljeno odgovornostjo prideta do odločitve o zdravljenju. Večja vključenost pacienta v odločitve o zdravljenju pozitivno vpliva na odziv o končni odločitvi zdravljenja, kar se kaže v večjem zadovoljstvu pacienta. SDM se aplicira, ko obstaja več možnih načinov zdravljenja, ki imajo različne in negotove izide, ali če se izid zdravljenja šteje za subjektivno pomemben. SDM je povezan z občutki avtonomije, nadzora in individualne kompetence. Kljub temu so potrebne dodatne raziskave o splošnih učinkih SDM. Posegi za olajšanje SDM postajajo vse pomembnejši in njihove rezultate je treba oceniti in izmeriti. Meritve za SDM lahko razvrstimo po predhodnih odločitvah (npr. preferenca do vloge), postopku odločanja (npr. opaženo ali zaznano vedenje zdravnika) ali rezultatih odločitve (npr. konflikt pri odločanju, obžalovanje, zadovoljstvo). Postopek SDM lahko oceni zunanji opazovalec, pacient ali zdravnik (Doherr, Christalle, Kriston, Harter in Scholl, 2017).

3.3 Javne in zasebne ustanove

Pri sprejemanju etičnih odločitev si niso različni le dokumenti, na katere se zdravstveni delavci zanašajo, temveč tudi problem glede na naravo dejavnosti, ali gre za privatno ali javno prasko. V raziskovanju razlik med slednjimi smo se podrobneje osredotočili na področje fizioterapije. Pomemben vidik poklicne avtonomije fizioterapije je etični kodeks poklica, tako kolektivnega kot individualnega izvajanja poklica. Vrsta etičnih vprašanj za fizioterapevte, čeprav so nekatera od teh lahko skupna tako javnim kot zasebnim praksam, se v večini navezuje na ohranjanje zasebnosti in razpolago virov predvsem v zasebnih praksah (Hudon, Drolet in Williams - Jones, 2015, str. 126).

Najbolj očitna razlika je v profitni naravi zasebne prakse fizioterapije. Motiv dobička lahko vpliva na zasebne prakse, da spodbujajo ali celo prakticirajo nekatera vedenja, ki so lahko v nasprotju s primarnimi interesi in cilji pacientov, in tako ustvarjajo zaskrbljujoča navzkrižja interesov za zdravstvene delavce in vodje. Za razliko od fizioterapevtov, ki delujejo v javnem sektorju in prejemajo plačo na podlagi urne postavke, so tisti v zasebnih praksah najpogosteje

plačani glede na število pacientov, ki jih sprejmejo na dan. Ta struktura plačil lahko prisili fizioterapevte zasebnih praks najti načine, kako paciente obdržati dlje časa, jih pogosteje obravnavati in zdraviti večje število pacientov hkrati, saj si na tak način zagotovijo reden prihodek in stabilnost zasebne prakse (Hudon idr., 2015, str. 126). Pod poslovna in ekonomska etična vprašanja Hudon idr. (2015, str. 126–128), poleg navzkrižij interesov, uvrščajo tudi neenakost v okviru upravljane oskrbe in pomanjkanje časa, ki velikokrat vpliva na kakovost oskrbe. Poleg ekonomskih in poslovnih etičnih vprašanj ugotavljajo, da se pojavljajo tudi etična vprašanja v povezavi s strokovnostjo, kako ravnati kot poklicni fizioterapevt, pristojnostjo, ki jo te imajo, in avtonomijo. Postavlja se vprašanje, ali v strahu za službo fizioterapevt upošteva svojo lastno klinično presojo ali nasvet svojega delodajalca. Kot tretje področje etičnih vprašanj dodajajo vprašanja o pacientovih pravicah in blaginji, npr. vprašanja v povezavi s težavami, s katerimi se soočajo v primeru razlik in konfliktov v kulturnih vrednotah in prepričanjih, ter vprašanja v povezavi z asimetrijo moči med fizioterapevti in njihovimi pacienti itd. Slednje kot etični problem izpostavita tudi Praestegaard in Gard (2013) ter dodata vprašanje o meji profesionalnega odnosa pri zavzemanju za pacienta. Tako se sprašujeta, ali naj fizioterapevt, na primer, pomaga pri izbiri ustanov, je v stalnem stiku z zdravnikom, zagotovi napotitev k dotičnim zdravnikom, piše zavarovalnicam, ostane v kontaktu z nekdanjimi pacienti itd., da zagotovi dobro počutje pacienta in ga s tem zadrži v zasebni praksi, ali pa je to že izven meja profesionalnosti.

4 Razprava

Etična načela, pravila vedenja so od kulture do kulture različna ter se z njenim razvojem spreminjajo. Članek predstavlja različne dokumente, ki podajajo smernice in tehnike za lažje reševanje etičnih problemov (Nora idr., 2016). Ugotovili smo, da so nekateri izmed dokumentov skupni celotnemu zdravstvu, medtem ko se drugi razlikujejo glede na področje dela. Zaradi slednjega lahko hipotezo 1, ki pravi, da se zdravstveni delavci pri svojem delu ravnajo po enotnih dokumentih in kodeksih, delno potrdimo in delno ovržemo.

Kot smernice za sprejemanje etične odločitve so na prvem mestu pravni akti in zakoni ter tudi posamezni etični kodeksi, obstaja pa tudi vrsta metod za lažje sprejemanje pravih etičnih odločitev. Izpostavili smo dve izmed teh metod, in sicer metodo DECIDE in metodo SDM. Slednja vključuje tako zdravstvene delavce kot pacienta, zaradi česar je pacient bolj kooperativen in zadovoljen z odločitvijo. Nora idr. 2016 izpostavljajo, da je v zdravstvu pogosto prisotna negotovost glede izbire odločitve, saj mora slednja vključevati tako obstoj dostojanstva kot upoštevanje pravic in volje pacientov, zaradi česar lahko odločitve privedejo tudi v konflikte. Metoda SDM zmanjša možnost za nastanek konfliktov in negotovost izbire odločitve. Obstaja veliko procesov in metod, s katerimi lažje sprejemamo etične odločitve, vendar pa imajo zdravstveni delavci večinoma proste roke pri izbiri metode. Zaradi slednjega hipotezo 2, v kateri smo predvidevali, da obstaja standardni proces sprejemanja etičnih odločitev, lahko le delno potrdimo.

Nekateri etični problemi so skupni vsem področjem zdravstva, spet drugi se razlikujejo glede na področje. Gombač (2014, str. 12) izpostavlja etične probleme psihoterapevtov, ki vključujejo spoštovanje zasebnosti podatkov pacientov, ter mejo v profesionalnem odnosu terapevt – pacient. Guccione (1980, v Puh in Hlebš, 2017) je po drugi strani raziskoval etične probleme fizioterapevtov ter že leta 1980 izpostavil sedem ključnih problemov. Etični problemi pa niso skupni oziroma se ne razlikujejo le glede na področje zdravstva, temveč tudi glede na raven prakse. Medtem ko se javne prakse srečujejo predvsem z etičnimi problemi ohranjanja zasebnosti, se zasebne srečujejo še z vrsto drugih etičnih problemov. Tako lahko tudi hipotezo

3, ki pravi, da se soočanje z etičnimi odločitvami razlikuje glede na javno in zasebno raven, le delno potrdimo.

Pomembno se je zavedati tudi, da so zdravstveni delavci v prvi vrsti ljudje, ki za svoj obstoj poleg zdravja potrebujejo seveda kapital. Tako je razumljivo, da prihaja do etičnih dilem v zasebnih praksah, kjer je k interesu ozdravitve pacienta dodan še interes zaslužka, ki lahko vodi do skrhanega odnosa zdravnik – pacient – bolezen, ki ga omenja Hipokrat (Antoniou idr., 2010, str. 2075), saj se med tridelni odnos vrine tudi želja po finančni varnosti ter obstoju zasebnih praks. Poleg finančnega aspekta je v zasebnih praksah fizioterapije moč opaziti tudi etična vprašanja v povezavi s strokovnostjo, avtonomijo, pacientovimi pravicami in blaginjo; do kod še ni etično sporno, da se fizioterapevt potruži in zavzame za pacienta, da se bo le-ta dobro počutil, fizioterapevt pa ga bo s tem zadržal v svoji zasebni praksi.

Članek ponovno posveča pozornost razlikam med javnim in zasebnim, osvetli in predstavi etične probleme, s katerimi se srečujejo zdravstveni delavci, predvsem fizioterapevti. Hkrati doprinese tudi vpogled v ključne dokumente v zdravstvu in poda dva primera metod oziroma tehnik za lažje sprejemanje etičnih odločitev. Metoda DECIDE je lahko hkrati implementirana tudi izven zdravstvenega področja, zaradi česar še dodatno prispeva k relevantnosti in priročnosti. Vendar pa kvantitativna raziskava članka vsebuje tudi omejitve. Dokumentov in kodeksov, ki zapovedujejo in narekujejo delo zdravstvenih delavcev, je še veliko več. Članek izpostavlja le nekaj skupnih dokumentov in le nekaj specifičnih za določena področja. Hkrati se večina izpostavljenih etičnih problemov navezuje na fizioterapijo ter druga zdravstvena področja postavi v ozadje. Za nadaljnjo raziskovalno delo priporočamo proučevanje širšega nabora dokumentov in kodeksov na zdravstvenem področju ter poglobljeno analizo etičnih problemov, ki so morda skupni večini zdravstvenih področij. Poleg slednjega je možnost za nadaljnje raziskovanje tudi na področju tehnik za lažje sprejemanje odločitev, saj članek predstavi le dve.

5 Sklep

Članek predstavi dokumente, ki bi zdravstvenim delavcem morali biti že znani, hkrati pa izpostavi problematiko sprejemanja etičnih odločitev ter metodo, ki lahko doprinese k širokemu naboru načinov sprejemanja etičnih odločitev v zdravstvu. Smernice so sprva pravni akti in zakoni ter tudi posamezni etični kodeksi, obstajajo pa tudi metode za lažje sprejemanje pravih etičnih odločitev. Prav tako se lahko zdravstveni delavec posvetuje in uporabi metodo skupnega odločanja ter si s tem zagotovi širši spekter mnenj ter posledično več alternativ, ki bi jih sam morda spregledal.

Medtem ko se nekatere etične dileme pojavljajo le v zasebnih praksah, druge najdemo tako v zasebnih kot javnih ustanovah. Če so se v zasebnih praksah etični problemi pretežno navezovali na dobiček, se v tem primeru navezujejo na samo oskrbo pacientov, saj je zaradi različnih bolezenskih stanj ter odzivov posameznikov težko predvideti pravilni potek zdravljenja: kdaj, kako in koliko je treba zdraviti, da bo le-to učinkovito. Velike etične izzive predstavljajo predvsem ljudje s posebnimi fizičnimi ali psihičnimi potrebami, starejše osebe ter neozdravljive osebe, saj je treba za to imeti profesionalen odnos. To pomeni, da zdravstveni delavec ne sme dopustiti, da bi bolezenska stanja pacientov ponotranjil ter s tem vplival na svojo dobrobit ter posledično tudi dobrobit ostalih pacientov, s katerimi je v interakciji. Hkrati je treba vsakega pacienta obravnavati kot celostni individuum, zaradi česar zdravstveni delavec težko določi meje.

Etične probleme in odločitve je težko posploševati, saj se razlikujejo glede na posamezno obravnavo. Kot eno izmed možnosti za izboljšanje stanja predlagamo timsko delo, saj si

zdravstveni delavci lahko s takšnim načinom dela izmenjujejo mnenja in si medsebojno pomagajo. Prav tako bi lahko poleg Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko znotraj ustanov zaposlovali strokovnjake na tem področju, ki bi bili v pomoč zdravstvenim delavcem pri vsakodnevni etični problemih in sprejemanju etičnih odločitev.

LITERATURA

1. Antoniou, A. S, Antoniou, G. A. in Granderath, F. A. (2010). Reflections of the Hippocratic Oath in Modern Medicine. *World Journal of Surgery*, 34, 3075–3079. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://link.springer.com/article/10.1007/s00268-010-0604-3>.
2. Berkopec, M. (2018). Profesionalni etični kodeks. *Utrip*, junij, julij, 32–35. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2020/02/Profesionalni-eti%C4%8Dni-kodeks-Berkopec-Utrip-Junij-Julij-2018.pdf>.
3. Černoga, A. in Bohinc, M. (2009). Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzornik zdravstvene nege*, 43 (3), 223–228. Pridobljeno 6. 1. 2021, s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/113B.pdf.
4. Doherr, H., Christalle, E., Kriston, L., Härter, M. in Scholl, I. (2017). Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies-A systematic review. *PloS one*, 12(3), Article e0173904. Pridobljeno 6. 1. 2021, s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173904>.
5. Gombač, S. (2014). Etični in pravni vidik v psihoterapiji. *Vzgoja*, 16 (62), 12–13. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://www.sabina-psihoterapija.si/images /uploaded/Eticni% 20in% 20pravni% 20vidik% 20v% 20psihoterapiji.pdf>.
6. Guo, L. K. (2008). A decision-making Model for more effective decision making by health care managers. *The Helath Care Manager*, 27 (2), 118–127. Pridobljeno 6. 1. 2021, s <https://europepmc.org/article/med/18475113>.
7. Hudon, A., Dorlet, M. J. in Williams - Jones, B. (2015). Ethical Issues Raised by Private Practice Physiotherapy Are More Diverse than First Meets the Eye: Recommendations from a Literature Reviews. *Physiotherapy Canada*, 67 (2), 124–132. Pridobljeno 6. 1. 2021, s <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/ptc.2014-10>.
8. Jug, D. (2015). Etičnost razmišljanja in etika skrbi v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 4 (2), 47–55. Pridobljeno 5. 1. 2021, s https://www.fosunm.si/media/pdf/RUO/03_Eticnost_razmisljanja_in_etika_skrbi_v_zdravstveni_n_egi.pdf.
9. Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije. (2002). Uradni list RS, št. 6/02 (25. 1. 2002). Pridobljeno 5. 1. 2021, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG1319>.
10. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2002). Uradni list RS, št. 4/02 (18. 1. 2002). Pridobljeno 5. 1. 2021, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NEZN196>.
11. Kodeks zdravniške etike. (2016). *Revija ISIS*, november, 17-21. Pridobljeno 7. 1. 2021, s <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn = 2&fbclid=IwAR19DIzOsc5exPq7Wu1bpU3jYsK0AkwaVEBqeFnoTgRSwq7IibPE3vUwgeg>.
12. Lützen, K., Blom, T. in Ewalds - Kvist, B. (2010). Moral stress, moral climate and sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17 (2), 213–224. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733009351951>.
13. Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S. in Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto Contexto Enferm*, 25(2), Article e4500014. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/25078/1/Elements% 20and % 20 Strategies % 20for% 20Ethical% 20Decision-Making% 20in% 20Nursing.pdf>.
14. Praestegaard, J. in Gard, G. (2013). Ethical issues in physiotherapy – Reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29 (2), 96–112. Pridobljeno 6. 1. 2021, s https://www.tandfonline.com /doi/full/10.3109 /09593985.2012.700388?casa_token =CR1R5WluiuEAAAAA% 3Ar8kd7kS4IqLcaKNc-sCy7NK3QT9LzFZVw5FQ3uidAiNyL1uxU2kZ3v_kX8b8FT61KGjtSdrUUxfO.

15. Puh, U. in Hlebš. S. (2017). Etične dileme in vprašanja v fizioterapiji; Ethical dilemmas in physiotherapy. *Rehabilitacija*, 15 (1), 26–35. Pridobljeno 6. 1. 2021, s https://www.researchgate.net/publication/322301867_Eticne_dileme_in_vprasanja_v_fizioterapiji_Ethical_dilemmas_in_physiotherapy.
16. Republika Slovenija, Državni zbor. (2015). Ugovor vesti. Pridobljeno 7. 1. 2021, s https://fotogalerija.dz-rs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2016/Ugovor_vesti.pdf.
17. Temeljni akti Republike Slovenije. (2019). Republika Slovenija. Pridobljeno 7. 1. 2021, s <https://www.gov.si teme/temeljni-akti-republike-slovenije/>.
18. Ustava Republike Slovenije (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami). (1991). Uradni list RS, št. 33/91-1 (28. 12. 1991). Pridobljeno 5. 1. 2021, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>.

Fizioterapija skozi čas

KLJUČNE BESEDE: zgodovina fizioterapije, razvoj fizioterapije, fizioterapija v Sloveniji

POVZETEK - Uvod: Fizioterapija je uveljavljena in spoštovana zdravstvena stroka za področji gibanja in funkcije. Namen prispevka je raziskati njene začetke in razvoj, ker je poznavanje zgodovine poklica ključ do celovite obravnave pacienta/klienta. Metode: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom literature iz šestih spletnih podatkovnih baz in različnih tiskanih virov. Zastavljeni kriteriji so bili osnova za končni izbor publikacij. Rezultati: Izmed 355179 identificiranih zadetkov je za končno analizo ustrezalo 13 virov. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da terapevtska praksa sega daleč v zgodovino ter da so načini zdravljenja v posamezni dobi odsevali vpliv socialno-kulturnega koncepta, ki je tedaj veljal. Razprava: Fizioterapija se je razvijala od prvega medicinskega zapisa na papirusu v starem Egiptu do njene današnje avtonomne in profesionalne narave. Čeprav se v 21. stoletju v fizioterapevtski stroki udejanja koncept z dokazi podprte praske, ne gre pozabiti in zanemariti izsledkov preučevanj vseh praktikov, ki so tekom zgodovine toliko prispevali k razvoju poklica.

KEY WORDS: history of physiotherapy, development of physiotherapy, physiotherapy in Slovenia

ABSTRACT - Introduction: Physiotherapy is an established and respected medical profession dealing with the areas of movement and function. The aim of this paper is to explore its beginnings and development, since knowledge of the history of the profession is the key to a comprehensive management of the patient/client. Methods: A descriptive research method was used to review the literature from six online databases and various printed sources. The set criteria were the basis for the final selection of publications. Results: Of the 355179 identified hits, 13 sources were suitable for the final analysis. The data obtained show that therapeutic practices date far back in history and that the treatment methods that were used in a particular age reflected the influence of the socio-cultural concept that was in force at the time. Discussion: Physiotherapy has evolved from the first medical record on papyrus in ancient Egypt to its present-day autonomous and professional nature. Although in the 21st century the concept of evidence-based practice is being implemented in the physiotherapy profession, the findings of all practitioners who have contributed so much to the development of the profession throughout history.

1 Teoretična izhodišča

S fizioterapijo naj bi se domnevno že 400 let pred našim štetjem ukvarjala zdravnik Hipokrat in Galen, saj sta pri zdravljenju svojih pacientov zagovarjala tehnike ročne terapije, masaže in hidroterapije. Po razvoju ortopedije v osemnajstem stoletju, je bila razvita naprava pri zdravljenju protina oz. putike in podobnih stanj s sistematičnimi vajami sklepov (Beecroft, 2017).

Za fizioterapijo kot stroko se je že leta 1813 zavzemal oče švedske gimnastike Per Henrik Ling, ustanovitelj Kraljevega centralnega inštituta za gimnastiko. V švedščini se izraz »sjukgymnast« uporabljaja za fizioterapevta ali nekoga, ki sodeluje pri zdravljenju bolnikov z gimnastiko. Švedski nacionalni odbor za zdravje in socialno skrbstvo je leta 1887 uradno priznal fizioterapevte. Temu so kmalu sledile tudi druge države (Beecroft, 2017). Leta 1894 so v Veliki Britaniji štiri medicinske sestre organizirale Chartered Society of Physiotherapy. Leta 1913 je bila na Univerzi v Otagu na Novi Zelandiji odprta šola za fizioterapijo, že leto kasneje je imel

Reed College v Portlandu v Oregonu diplomante. Z začetkom znanosti o fizikalni terapiji je koncept hrbtenične manipulativne terapije postal glavni element prakse (Beecroft, 2017).

Proti koncu devetnajstega stoletja je bila vzpostavljena sodobna fizikalna terapija. Ženske so najemali za športno vzgojo in izvajanje popravnih vaj. Fizikalna terapija je bila promovirana in uporabljena med izbruhom otroške paralize leta 1916. Fizioterapija je bila institucionalizirana med prvo svetovno vojno. Ženske so bile zaposlene kot pomoč pri delu z vojaki in za zdravljenje poškodb s fizikalno terapijo. Z raziskavami, ki so služile kot katalizator gibanja tovrstne terapije, in z izbruhom 1. svetovne vojne, je bila v vojaški bolnišnici Walter Reed v Washingtonu zgrajena prva šola le-te (Beecroft, 2017).

Leta 1921 je Mary McMillan organizirala Ameriško združenje za fizikalno terapijo (prvotno Združenje za fizikalno terapijo); istega leta, ko je bila objavljena »The PT Review«, prva raziskava o fizikalni terapiji. Zdravljenje je vključevalo masažo, vadbo in trakcijo (Beecroft, 2017). V začetku petdesetih let devetnajstega stoletja, so države britanskega Commonwealtha spodbujale uporabo manipulativnih postopkov na hrbtenici in okončinah. Sočasno z razvojem cepiv proti otroški paralizi se je povečevala tudi priljubljenost fizioterapevtov po Evropi in Severni Ameriki. Nekaj let kasneje so fizioterapevti začeli delati v rehabilitacijskih centrih, zdravstvenih domovih, javnih šolah, fakultetah oz. Univerzah (Beecroft, 2017).

Pri nas začetki fizioterapije segajo v leta po drugi svetovni vojni, ko se v takratni državi Jugoslaviji, še ni bilo mogoče izobraziti za fizioterapevta (Gaber, 2004). Medicinska fakulteta v Ljubljani in Ortopedska klinika sta bili pobudnik za odprtje prve dvoletne fizioterapevske šole v Sloveniji, v Rovinju. S strani Ministrstva za zdravje SRS je bila šola potrjena leta 1947. Prof. dr. Bogdan Breclj je s svojimi sodelavci prof. dr. Francem Dergancem, prof. dr. Edvardom Poharjem, dr. Martinom Horvatom in nemško priseljenko fizioterapevko Urško Breclj, veljal za začetnike fizioterapije na slovenskih tleh. Junija, leta 1954, so sprejeli zakon o Višji šoli za fizioterapevte, dosedanjim diplomantkam pa so priznali višješolsko izobrazbo. V istem letu, mesecu januarju, je bil uradno ustanovljen Republiški zavod za rehabilitacijo, pet mesecev kasneje Višja šola za fizioterapevte. Jeseni istega leta so fizioterapevke, ki so diplomirale na Višji šoli in fizioterapevke, ki so končale prvo srednjo šolo v Rovinju ustanovile Društvo fizioterapevtov Socialistične Republike Slovenije. Člani tega društva so postali tudi zdravstveni delavci, ki so se usposabljali na krajših tečajih in so bili takrat zaposleni v fizioterapevtskih enotah. Prof. dr. Edvard Pohar je bil redni profesor generacijam študentk in študentom vse do leta 1986, hkrati pa je bil tudi prvi dekan Šole za fizioterapevte v Sloveniji (Dobnik in Zupanc, 2017).

Prvi standardi so bili v skladu z nalogami Svetovnega združenja za fizioterapijo (World Confederation of Physical Therapy, 1951), ki so sodobni še danes in jih lahko povzamemo v šestih točkah: razvoj strokovnega dela fizioterapevtov in njihovo strokovno podiplomsko izpopolnjevanje, spremljanje in proučevanje izobraževanja fizioterapevtov, sodelovanje v komisijah in delovnih skupinah, ki pripravljajo izhodišča za zakonodajo s področja zdravstva, izobraževanja in dela, sodelovanje z društvi in organizacijami, ki se ukvarjajo z isto problematiko, vključevanje v zveze društev fizioterapevtov v Evropi in svetu, obveščanje članov in javnosti s časopisno založniško dejavnostjo (Dobnik in Zupanc, 2017).

Dvajset let kasneje sta se društvi fizioterapevtov in delovnih terapevtov ločili in leta 1990 je bilo ustanovljeno Društvo fizioterapevtov Slovenije. V Washingtonu, leta 1995, je Društvo fizioterapevtov Slovenije postalo polnopravni član Svetovnega združenja za fizioterapijo (WCPT, 1995).

2 Empirični del

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen je bil raziskati začetek nastanka in razvoja našega izbranega študija ter spoznati pobudnike fizioterapije na slovenskih tleh. Cilj je bil raziskati razvoj fizioterapije, njenih metod ter pripomočkov v svetu skozi čas. Želimo razumeti prvotne tehnike fizioterapije in spoznati povezovanje z drugimi strokami.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Kako se je fizioterapija razvijala skozi čas?

Kakšni so začetki fizioterapije pri nas in po svetu?

Kakšne so bile prvotne tehnike v primerjavi z današnjimi postopki in koncepti?

2.3 Raziskovalna metodologija

Za raziskovalno metodo smo izbrali pregled literature.

Strategija pregleda zadetkov

Pri iskanju literature smo uporabili naslednje spletne podatkovne baze: CINAHL, PEDro, COBISS+, PubMed, DOAJ in Google Scholar in v drugo literaturo, kot so zborniki, glasila in ostali pisni viri, dosegljivi v knjižnicah. Osredotočili smo se na razvoj fizioterapije skozi čas, zgodovino fizioterapije pri nas in po svetu ter za iskanje uporabili ključne besede: history of physiotherapy oz. zgodovina fizioterapije. Na podlagi vključitvenih kriterijev (razvoj fizioterapije, zgodovina pri nas, primerjava in razvoj konceptov, postopkov tehnik) smo izbrali ustrezne članke in jih v končno analizo vključili 13.

V tabeli 1 je v prvem delu prikazana literatura iz knjižnice FZAB, v drugem delu pa podatkovne baze, ki smo jih uporabili za iskanje podatkov o zgodovini fizioterapije.

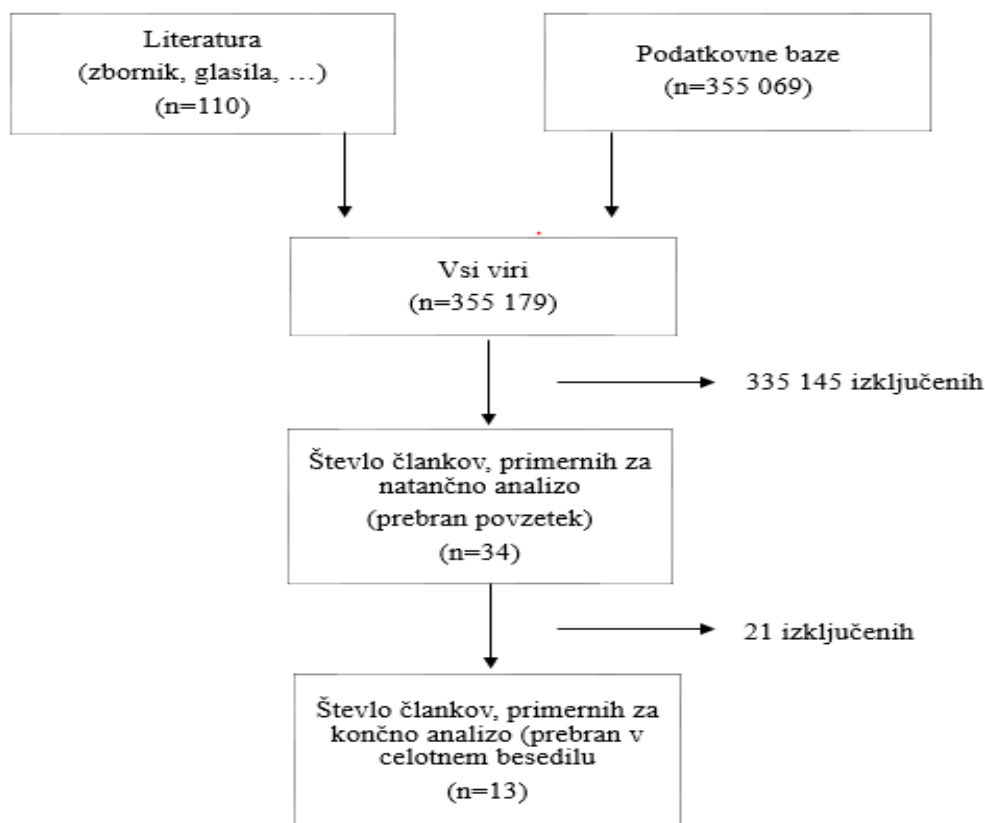
Tabela 1: Potek iskanja podatkov

<i>Podatkovna baza ali literatura</i>	<i>Ključne besede v podatkovnih bazah</i>	<i>Število člankov</i>	<i>Število člankov, primernih za analizo</i>
FZAB knjižnica, zborniki, glasila, ...	/	110	6
CINAHL	History of physiotherapy	79	2
PEDro	History of physiotherapy	53	0
COBISS+	History of physiotherapy, zgodovina fizioterapije	98	0
PubMed	History of physiotherapy	1479	0
DOAJ	History of physiotherapy	360	0
Google Scholar	History of physiotherapy	353000	5

3 Rezultati

Slika 1 prikazuje število vseh zadetkov v podatkovnih bazah. Po pregledu člankov, smo izbrali primerne za nadaljnjo analizo, kjer smo prebrali le povzetek in izločili članke, ki se ne nanašajo na našo temo. Za končno analizo in celotno prebrano besedilo smo izbrali 13 člankov, kot je razvidno s slike 1.

Slika 1: Prizma diagram postopka izbire raziskav za končno analizo



Avtorji in njihovi zapisi ter glavne ugotovitve avtorjev so zbrane v tabeli 2. V vsebini so zajete metode fizioterapije, izobraževanje in različne tehnike.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor, leto objave	Glavne ugotovitve avtorjev
Andry, 1743	Ortopedija v času razsvetljenstva (med Hipokratovo medicino in empirično-analitičnim raziskavam).
Amiot, 1779	Začetki fizioterapije na zahodu: preventivni in korektivni tretmaji idiopatične skolioze, dihanje in vadba Cong-Fou.
Barclay, 1994	Ortopedija, hidroterapija in elektroterapija, razvoj diagnostičnega mišičnega testiranja in terapevtskimi mišičnimi programi, nevrologija, manualna terapija.
Beecroft, 2017	Manualna terapija, masaža, hidroterapija, ortopedija, razvoj fizioterapije na Švedskem in v Veliki Britaniji, fizikalna terapija, ustanavljanje zvez fizioterapevtov po svetu.
Bentley, 2006	Šolanje fizioterapevtov (1977), terapija medicinske masaže, države Commonwealth.
Borelli, 1680	Biomehanika v času razsvetljenstva (med Hipokratovo medicino in empirično-analitičnim raziskavam).
Breasted, 1930	Začetki fizioterapije v antičnem Egiptu in Grčiji: medicinski zapisi, manipulacija za zmanjševanje dislokacije in poravnava zlomov, mavčne opornice za zlome, obkladki, tretmaji sestavljeni iz mobilizacije, uporaba kolesa in osnih aparatov, korekcija kifoskolioze, dieta, preventivna telovadba.
Grant idr., 2009	Terapevtska praksa, moderna fizioterapevtska praksa, socialno kulturni koncepti takratnega časa, v 19. stoletju vadbo promovira vlada.

Dobnik in Zupanc, 2017	Zakon o višji šoli za fizioterapevte, prve šole za fizioterapevte v Sloveniji, cilji takratnih fizioterapevtov, društvo fizioterapevtov Slovenije.
Gaber, 2004	Začetki fizioterapije na Slovenskem, odprtje prvih slovenskih šol za fizioterapevte, pomembne osebe za razvoj fizioterapije pri nas.
Grimmer idr., 2000	Fizioterapija v 21. stoletju, visoka kvaliteta fizioterapevtske obravnave (klasifikacija problema, ocena tveganja, tehnike ...).
Le Vay, 1990	Vojni ranjenci, ortopedске in periferne živčne poškodbe v času vojne.
Murphy, 1995	Masaža, ortopedija, hidroterapija in elektroterapija, otroška paraliza, program za potrebe rehabilitacije ranjenih vojakov.
Needham, 2000	Začetki fizioterapije na kitajskem, vaje kombinirane z globokim dihanjem in masaža, zdravnik Hua Tho, harmonija.
Porter, 1997	Hippocratis Corpus, Hipokratova medicina, kifoskolioza, mobilizacija, uporaba različnih aparatov, ledvena rolica.
Ramazzini, 1713	Poklicno zdravje v času razsvetljenstva (med Hipokratovo medicino in empirično-analitičnim raziskavam).
Sahrmann, 2002	električne tehnike, tretmaji za obnovo živčevja, ponovno učenje motoričnih funkcij, nevrološke disfunkcije (kap, cerebralna paraliza).
Taylor, 1988	Novi načini tretmajev v Veliki Britaniji, gimnastika, elektroterapija, dodiplomski programi v Avstraliji in na Novi Zelandiji.

4 Razprava

Terapevtska praksa iz pretekle medicinske tradicije je ponekod prehitela (za tisti čas) moderno fizioterapevtsko prakso v nekaterih pogledih celo za tisočletje. Mnoge terapije so bile osnovane na podlagi pazljivih opazovanj znakov, simptomov in reakcij na tretmaje, ki demonstrirajo vlogo eksperimentalnega znanja v formatih današnje prakse (Grant idr., 2009). Najstarejši znani medicinski zapis, danes poznan kot papirus Edwina Smitha, izvira iz 3. tisočletja pr. n. št.. Delo se upošteva kot prvi medicinski učbenik in je najstarejši primer induktivnega sklepanja, v njem teče razprava sklepnih in mišičnih poškodb ter nevroloških in respiratornih bolezni. Papirus je za fizioterapevtske interese pomemben, ker vsebuje prve pisne dokaze uporabe manipulacije za zmanjševanje dislokacije čeljusti, lopatice, za poravnavo zlomov ključnice, poravnavo in mavčne opornice za zlome ter obkladke za zvite sklepe in otekline tetive. Papirus ni dokončan v celoti in se konča pred opisom tretmaja za bolečine v križu (Breasted, 1930). Znanje in prakse medicinskih ved antične Grčije iz 5. stoletja pr. n. št. so ohranjene v zbirki knjig pod imenom Hippocratic Corpus (Porter, 1997). Hipokratova medicina temelji na razumevanju empiričnega in racionalnega delovanja telesa v njegovem naravnem okolju. Pri nekaterih primerih kifoskolioze so tretmaji prehitevali takratno znanje za 2500 let. Sestavljeni so bili iz mobilizacije, uporaba kolesa in osnih aparatov, postavitve ledvenega dela hrbtenice v ekstenzijo in poskus s telovadno napravo – lumbar roll / ledvena rolica. Antična medicina teži k pomembnosti diete in telovadbe za preprečitev bolezni ter vzdrževanju harmonije v telesu. V tem času lahko zaznamo že prve telovadnice, z različnimi utežmi, opremo, osebnimi trenerji ter maserji. Ideja o »zdravem duhu v zdravem telesu« izvira iz Hipokratovih časov (Breasted, 1930).

Kitajska medicina je bila sorodna Hipokratovi, saj je izredno pomembno ravnovesje ter harmonije notranjosti telesa z zunanjim svetom. Tako kot Grki, so tudi na Kitajskem prepoznali pomen vadbe za ohranjanje zdravja, le da so Kitajci dodatno poudarili dihanje. Na vadbo so gledali kot krepitev celotnega organizma in ne le mišičnih skupin kot npr. Grki. V 3. stoletju n. št. je zdravnik Hua Tho, čigar program vadbe podpira Taoizem, pravi, da harmonija prepreči bolezni. Hua Tho je razvil rutino vaj, kombiniranih z globokim dihanjem in masažo, kar naj bi izboljšalo prebavo ter cirkulacijo, zmanjševala togost in obnavljala harmonijo (Needham, 2000). Pojavila se je težnja k prepričanju antične Grčije, zato se je Hipokratova praksa

nadaljevala in nadgrajevala z inovativnim razmišljanjem (Porter, 1997). V času razsvetljenstva je prehod med Hipokratovo medicino in empirično-analitičnim raziskavam temeljil na biomehaniki (Borelli, 1680), ortopediji (Andry, 1743) in poklicnem zdravju (Ramazzini, 1713). Medicina je temeljila na razumevanju funkcije ter strukture telesa z inženirske perspektive, bolezen pa je razložena kot okvara mehanike. Med 17. in 18. stoletjem so jezuitski duhovniki potovali na Kitajsko, da bi si z domačini izmenjali zdravstvena/medicinska in religiozna dognanja. Na podlagi izmenjanega znanja je jezuit Amiot napisal razpravo o kitajskem načinu dihanja in vadbe, kar je naslovil Cong-Fou. Vadba je temeljila na konceptu razvoja moči iz nežnosti in iskanju harmonije. V 19. stoletju so vadbo promovirale vlade, kot metodo socialno-kulturne rehabilitacije za izboljševanje upada nacionalne moči, volje in identitete. Ta specifična uporaba vadbe označuje pomembnost socialno kulturnih faktorjev v evoluciji psihoterapevtske prakse (Grant idr., 2009). Po vojni so se morali fizioterapevti Commonwealtha in Združenih držav Amerike lotiti dela z vojnimi ranjenci, ki so imeli ortopedske in periferne živčne poškodbe (Le Vay, 1990). Iz tega je sledil razcvet fizioterapevtske prakse v okviru ortopedije in novih tretmajev, vključno s hidroterapijo in elektroterapijo (Barclay, 1994; Murphy, 1995). Sledila je tudi sprememba prakse s pasivne terapije v obliki masaže na aktivno vadbo. V Združenem Kraljestvu je dr. James Mennell (Snr) začel z učenjem fizioterapevtskih manipulativnih tehnik. Zgodnja Ameriška fizioterapija je temeljila na praksi masaže. Poklic se je razvil po vojni, leta 1917 in predstavili »Reconstruction AIDE«, program za potrebe rehabilitacije ranjenih vojakov (Murphy, 1995). Z izbruhom poliomielitisa (otročka paraliza) so se terapevti začeli ukvarjati z razvojem diagnostičnega mišičnega testiranja in terapevtskimi mišičnimi programi (Barclay, 1994). Po drugi svetovni vojni je razvoj medicine, mnogim pacientom z nevrološkimi poškodbami omogočila preživetje (Murphy, 1995). V tem obdobju se je razvilo mnogo eklektičnih tehnik - tretma za postopno obnovo živčevja, nevro-muskularna terapija in program za ponovno učenje motoričnih funkcij (Sahrmann, 2002). Poleg poudarka na nevrološki fizioterapiji, se je manualna terapija izkazala za pomemben način bolnišnične in privatne prakse. Povečalo se je zanimanje za tečaje dr. Jamesa Cyriaxa (Barclay, 1994), ki so se jih udeležili tudi Grieve, Kaltenborn, Maitland in McKenzie, da bi se naučili konceptnih okvirjev manualne terapije. Ti možje so imeli in imajo vpliv na širjenje specifičnih znanj manualne terapije in veščin po celem svetu. V tem obdobju je bil pomemben poudarek na šolanju v vseh državah. Prispevali so k izboljšanju učnih programov z dvigom študija na diplomsko raven, istočasno ponudili podiplomsko izobraževanja in nadgrajevanja znanja (Bentley, 2006). Pristop k specializaciji in poudarek na raziskavah so bile samoumevne pri razvoju programa v Veliki Britaniji leta 1977 (Barclay, 1994; Bentley, 2006). Od osemdesetih let prejšnjega stoletja so izrazi eksaminacija, evalvacija, diagnoza, prognoza, intervencija, re-eksaminacija in ocena izida postale standardna terminologija. Poudarek na dokazih podprti praksi je prevladujoč v zahodnih državah od devetdesetih let in trenutna področja specializacije obsegajo kardio-respiratorno, mišično-skeletno, nevrološko, poklicno zdravstvo, pediatrično in športno fizioterapijo, kot tudi zdravje žensk in gerontologija. V 21. stoletju se od fizioterapevtov zahteva definiranje, evalvacija in demonstracija kvalitetne obravnave in izidov. Visoko kvalitetna fizioterapevtska obravnava vključuje primerno klasifikacijo problema, oceno tveganja, izbira tehnike, na dokazih podprte prakse strategije in izidi meritev, ki odsevajo pacientove potrebe ter ceno storitve (Grimmer idr., 2000). Poklic fizioterapevta je v Sloveniji vedno bolj popularen. Do leta 2004 so zabeležili kar 1421 fizioterapevtov z višjo šolo in 420 fizioterapevtov z visoko izobrazbo, število danes narašča. Na začetku, ko stroka še ni bila razvita, so namesto fizioterapevtov zaposlovali učitelje telesne vzgoje, bolničarje, sestre ter druge zdravstvene delavce (Gaber, 2004). Prva dvoletna šola je bila ustanovljena leta 1947 v Rovinju. Leta 1950 ustanovili prvo fizioterapevtsko šolo v Ljubljani (Gaber, 2004). Program na ljubljanski šoli je bil primerljiv s študijskimi programi v svetu. Izredni študij se je prvič izvajal 1962 (Gaber, 2004). Leto 1962 je bilo za stroko pomembno, saj so se vse tedanje višje

zdravstvene šole združile v Višjo šolo za zdravstvene delavce. Šola je leta 1975 postala članica Univerze v Ljubljani, leta 1979 preimenovane v Univerzo Edvarda Kardelja v Ljubljani. Fizioterapevtski oddelek je pridobil sodobne kabinete, pričel pa se je tudi tesneje strokovno povezovati s fizioterapevtskimi oddelki bolnišnic in zdravstvenih domov (Gaber, 2004). Danes se študij fizioterapije izvaja na več fakultetah za zdravstvo v Sloveniji. Leta 2012 se je pričel študijski program v Mariboru na Alma Mater. Tri leta kasneje so s študijskim programom prve stopnje visokošolskega študijskega programa začeli na Fizioterapevtiki v Ljubljani, leta 2018 na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin in kot zadnji se je leta 2019 pridružil študij na Fakulteti za vede o zdravju v Izoli ter na Fakulteti za zdravstvene vede v Novem mestu (Gaber, 2004).

5 Sklep

Fizioterapija, sicer pod drugačnimi imeni, je prisotna že vse od starodavnih kultur. Sami začetki izhajajo iz antičnega Egipta. Velik razvoj je doživela na zahodu, kjer so na poškodbe in bolezni začeli gledati z ortopedskega vidika. Skupno vsem raziskovanim kulturam je, da je fizioterapija združila znanja medicine, masaž, ortopedije in terapevtske gimnastike. Po svetu se je razvijalo vse več fizioterapevtskih in negovalnih šol, v katere so se na začetku večinoma vpisovale le ženske. Za razvoj fizioterapije v Sloveniji so zaslužni predvsem zdravniki ortopedi. Svoje znanje so bogatili v tujini, in ga prenesli v prvo fizioterapevtsko šolo, ki je služila kot temelj razvoja stroke v Sloveniji. Fizioterapija je skozi zgodovino postajala vse bolj pomemben dejavnik v rehabilitaciji posameznika, zato je v stroki še veliko prostora za nove raziskave in razvoj.

LITERATURA

1. Amiot, J. M. (1779). Notice du Cong-Fou. V C. Batteaux idr. (ur.), *Memories concernant l'histoire* (str. 441–451). S.l.: par les Missionnaires de Peking.
2. Andry, N. (1743). *Orthopaedica: Or the art of correcting and preventing deformities in children*. Birmingham: Classics of Medicine Library.
3. Barclay, J. (1994). The Story Behind In Good Hands. *Physiotherapy*, 80 (12), 857–860.
4. Beecroft, T. (2017). *Physiotherapy: A History*. [online] Pridobljeno s <https://www.melbournesportsphysiotherapy.com.au/blog/2017/physiotherapy-a-history>.
5. Bentley, P. in Dunstan, W. D. (2006). *The path to professionalism: Physiotherapy in Australia to the 1980s*. S.l.: Australian Physiotherapy Association.
6. Borelli, G. A. (1680). *On the movement of animals*. Rome: s.n.
7. Breasted, J. H. (1930). *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Chicago: University of Chicago.
8. Dobrnik, T. in Zupanc, A., (2004). 50 let društva fizioterapevtov Slovenije. [online] Pridobljeno s <https://www.physio.si/zgodovina/?fbclid=IwAR3otAs23mtZaAY5PmXgXHgMKADbRaYW-vbyYyauefqBKeI0Qwa27Upm2QU>.
9. Gaber, G. (2004). Fizioterapija. V B. Kralj (ur.), *Zbornik ob 50-letnici Visoke šole za zdravstvo* (str. 59–75). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
10. Grant, M., McMeeken, J., Higgs, J., Smith, M., Webb, G., Skinner, M. in Croker, A. (2009). The physiotherapy workforce V E. Cant (ur.), *Contexts of Physiotherapy Practice* (str. 44–57). S.l.: Elsevier.
11. Grimmer, K., Beard, M., Bell, A., Chipchase, L., Edwards, E., Fulton, I. in Gill, T. (2000). On the constructs of quality physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy*, 46 (1), 3–7.
12. Le Vay, D. (1990). *The History of Orthopaedics: An Account of the Study and Practice of Orthopaedics from the Earliest Times to the Modern Era*. 1st ed. Lancs: Parthenon, 137–146.
13. Murphy, B. W. (1995). *Healing the generations: A history of physical therapy and the American Physical Therapy Association*. S.l.: American Physical Therapy Association.

14. Needham, J. (2000). *Science and Civilisation in China: Volume 6, Biology and Biological Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
15. Porter, R. in Crosby, A. W. (1997). The greatest benefit to mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present. *nature*, 391 (6664), 241.
16. Ramazzini, B. (1713). Disease of bakers and millers. *De morbis artificum diatriba*. S.l.: s.n.
17. Sahrman, S. A. (2002). Does Postural Assessment Contribute to Patient Care? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 32 (8), 376–379.
18. Taylor, L. A. (1988). *Dunedin school of massage: The first ten years of physiotherapy training in New Zealand*. New Zealand: University of Otago.

Vpliv podnebnih sprememb na tveganja v prehranjevalni verigi in posledično na zdravje ljudi

KLJUČNE BESEDE: podnebne spremembe, tveganje, hranilna vrednost, zdravje, obolenja

POVZETEK - Vpliv podnebnih sprememb na pridelavo hrane in njeno hranilno vrednost, kakovost pitne vode in produktov živalskega izvora, ostankov pesticidov ter herbicidov in povečana biološka tveganja povezana s hrano je pogosto zapostavljen vidik. Omenjena tveganja lahko privedejo do slabšega zdravja ljudi, zato je bil namen prispevka raziskati vpliv tveganj na zdravje ljudi. Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Pri pregledu literature smo uporabili podatkovne baze ScienceDirect, Web of Science in PubMed. V podatkovnih bazah smo literaturo iskali po ključnih besedah: climate change, food safety, nutrition, health, chronic diseases. S pregledom raziskav smo ugotovili, da je zdravje ljudi posredno ogroženo zaradi podnebnih sprememb. Različna tveganja imajo vpliv na zdravje ljudi predvsem v obliki kroničnih obolenj kot so srčno-žilne bolezni, pomanjkanje hranil in s tem povezane bolezni, diabetes ter izpostavljenost polutantom. Zmanjšana hranilna vrednost, slabša kakovost pitne vode, ostanki zdravil, pesticidov in ostali polutanti predstavljajo resno grožnjo našemu zdravju, s čimer pa se bomo zagotovo pogosteje srečevali v primeru nadaljevanja trenda zviševanja koncentracij emisij toplogrednih plinov v ozračju.

KEY WORDS: climate change, risk, nutritional value, health, diseases

ABSTRACT - The impact of climate change on food production and its nutritional value, the quality of drinking water and products of animal origin, residues of herbicides and pesticides and the increased biological risks associated with food are often neglected. These risks can lead to poorer health so the purpose of this paper was to investigate the impact of risks on human health. We will use a descriptive method of work. We will use the ScienceDirect, Web of Science and PubMed databases to review the literature. We will search the literature by keywords: climate change, food safety, nutrition, health and chronic diseases. A review of research has shown that human health is indirectly threatened by climate change. Various risks have an impact on human health, mainly in the form of chronic diseases such as cardiovascular disease, nutrient deficiencies and related diseases, diabetes and exposure to pollutants. Decreased nutritional value, poorer quality of drinking water, residues of medicines, pesticides and other pollutants pose a serious threat to our health, which we will certainly face more often if the trend of increasing concentrations of the greenhouse gas emissions in the atmosphere continues.

1 Teoretična izhodišča

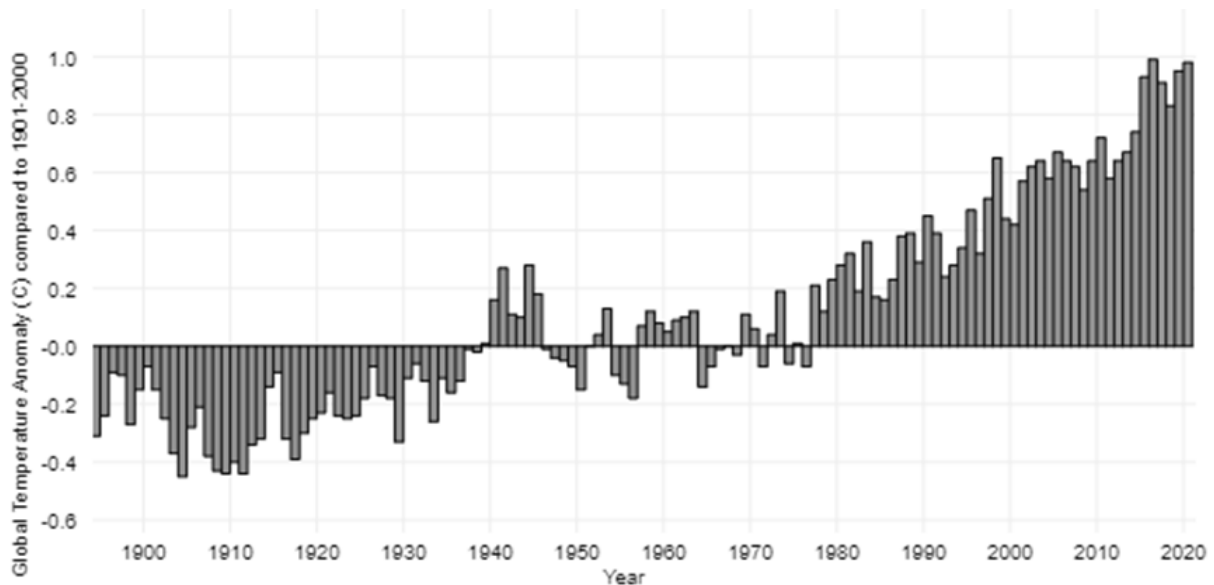
Preučevani problem je bil posredni vpliv globalnega segrevanja in podnebnih sprememb na zdravje ljudi. V sklopu preučevanja problema smo se osredotočili na področja kakovosti pitne vode, pridelave pridelkov rastlinskega in živalskega izvora, vpliv na hranilno vrednost živil, biološka tveganja in vpliv navedenih področij na zdravje ljudi.

1.1 Globalne klimatske spremembe

Glavni povzročitelji globalnega segrevanja ozračja so toplogredni plini, ki nastajajo pri uporabi in kurjenju fosilnih goriv, z namenom pridobivanja energije. Toplogredni plini, kot je ogljikov dioksid (CO₂), povzročajo prekomerno zadrževanje sončne toplote v atmosferi Zemlje, kar pa privede do podnebnih sprememb, ki jih zaznamo predvsem v obliki višjih temperatur,

nepredvidljivih padavin in katastrofalnih naravnih nesreč. V zadnjem desetletju je težava, kateri namenimo največ pozornosti globalno segrevanje ozračja. Toplogredni plini so se, predvsem v poindustrijski dobi, začeli znatno povečevati zaradi povečanja izpustnih plinov in uporabe fosilnih goriv, kar pa je povzročilo ogrevanje ozračja (Slika 1) in podnebne spremembe. Globalne klimatske spremembe ne pomenijo le višjih temperatur in večjih količin padavin vendar posredno in neposredno vplivajo na več različnih področij našega življenja, predvsem na področja kakovosti hrane in pridelkov ter oskrbe populacije z njo (Jakučionytė - Skodienė in Liobikienė, 2021).

Slika 1: Grafični prikaz spremembe globalne temperature od leta 1901–2020



Vir: Povzeto po Rebecca Lindsey, LuAnn Dahlman (2020). Climate Change: Global Temperature. Climate.gov

1.2 Vpliv globalnih sprememb na kakovost vode

Za povprečne sezonske in letne temperature je predvideno, da bodo tekom 21. stoletja postopoma naraščale. Predvideno je tudi naraščanje količin padavin, njihova pogostost ter ekstremni vremenski pogoji, katastrofe in acidifikacija. Višja temperatura bo vplivala tudi na prilagojenost in pogostost patogenih mikroorganizmov (Ziska in Crimmins, 2020).

Polutanti, ki se nahajajo v zraku kot posledica izpustov plinov in človeške dejavnosti, onesnažujejo padavine, ki pronicajo v podtalnico ter vodotoke in nenazadnje prispejo do uporabnikov. S pogostejšimi padavinami se bodo povečali pretoki vode iz višje ležečih območij, ki napajajo vodna telesa. Le-ta bodo bolj onesnažena s patogenimi mikroorganizmi, kemikalijami in predvsem težkimi kovinami, ki se nahajajo v zraku, kar pa lahko negativno vpliva na pitno vodo, pridelavo živil in posledično javno zdravje (Smith idr., 2015). Z uporabo onesnažene vode za namakanje in hidracijo pridelkov se nevarnost onesnaženja pridelkov poveča, kar pa vpliva na njihovo hranilno vrednost. Redna izpostavljenost onesnažilom, predvsem težkim kovinam, resno ogroža človeška življenja in ima lahko trajne in težke posledice za zdravje.

1.3 Vpliv globalnih sprememb na produkte rastlinskega izvora

Koncentracije emisij CO₂ stalno naraščajo in spreminjajo okolje v katerem živimo. Zaradi dvigovanja temperatur v ozračju in povečanih količin padavin je ogrožena tudi kakovost rastlinskih proizvodov in hrane na splošno (Smith in Myers, 2018).

Na nivoju posameznih organizmov lahko globalne spremembe vplivajo na fiziologijo rastlin, uspeh germinacije oziroma njihovo vzklitje, uspešnost cvetenja in proizvajanja plodov. Zaradi vedno bolj nepredvidljivega podnebja in padavin je ogrožena pridelava rastlin. V primeru prevelikih količin padavin je zemlja preveč hidrirana in ponekod poplavljen, prav tako pa to vpliva tudi na uspevanje mikroorganizmov, ki živijo v simbiozi s koreninskimi sistemi rastlin. V primeru neuspešne simbioze je okrnjena rast in uspeh rastlin, enako pa je tudi v primeru pretiranih sušnih obdobij (Hamann idr., 2021).

Višanje povprečne globalne temperature bo povzročilo večjo porabo pesticidov, ki bodo pogosteje v uporabi. Povečala se bo koncentracija, količina, pogostost in raznolikost pesticidov, ki bodo v uporabi. Prilagojena uporaba pesticidov bo vplivala tudi na potrošnika na koncu pridelovalne verige (Delcour, Spanghoe in Uyttendaele, 2015).

1.4 Vpliv globalnih sprememb na hranilno vrednost živil

Tekom zadnjih 800,000 let, do predindustrijske dobe, se je količina CO₂ v atmosferi Zemlje spremenila oziroma povečala iz 180 ppm (parts per million) na 280 ppm. Torej je bilo v času predindustrijske dobe v ozračju približno 280 ppm CO₂, do leta 2009 pa se je ta količina povečala na 384 ppm, povprečna globalna temperatura ozračja pa se je povečala za 0.76 °C. Napovedi za konec tega stoletja so, da bo atmosferski CO₂ presegel 700 ppm ali celo več, globalna temperatura pa se bo ob takem hitrem tempu spreminjanja ozračja dvignila za 1.8 – 4.0 °C. Študije iz področja vpliva globalnih podnebnih sprememb na hranilno vrednost živil nakazujejo, da naj bi se pridelki iz skupine C3 (žita: ječmen, oves, riž in pšenica) pozitivno odzvali na povečane koncentracije atmosferskega CO₂, vendar ob odsotnosti drugih dejavnikov. Ker globalno segrevanje ni odvisno samo od količine CO₂ v ozračju torej ne moremo upoštevati le tega dejavnika pri vplivu globalnega segrevanja na hranilno vrednost živil. Koristni učinek CO₂ na pridelke tako izničijo drugi dejavniki kot so povišane temperature, večje koncentracije troposferskega ozona ter spremenjeni in nepredvidljivi vzorci padavin (DaMatta, Grandis, Arenque in Buckeridge, 2010).

Mnogo pridelkov, ki uspevajo v koncentraciji CO₂ pod 550 ppm imajo visoko vsebnost proteinov, železa in cinka. Ker naj bi atmosferski CO₂ presegel 550 ppm v naslednjih 30-80 let pa je njihova hranilna vrednost ogrožena, saj naj bi se vsebnost hranil ob trenutnih razmerah in povečanju CO₂ v ozračju zmanjšala za 3-17 %. Ob upoštevanju napovedi za večanje CO₂ v ozračju in povečanju števila prebivalstva do leta 2050, naj bi se zaradi spremenjenih koncentracij proteinov in mineralov v pridelkih, število ljudi, ki jim primanjkuje cinka povečalo za 175 milijonov, število ljudi, ki pa jim primanjkuje proteinov pa za 122 milijonov. Prav tako naj bi prebivalci držav, kjer je prevalenca anemije 20 %, zaradi zmanjšane vrednosti železa v pridelkih utrpeli še več kot 4 % pomanjkanje železa v hrani. Območja, ki so na tveganim območju so Južna in Severnovzhodna Azija, Afrika in Srednji vzhod (Smith in Myers, 2018)

1.5 Vpliv globalnih sprememb na produkte živalskega izvora

Globalne podnebne spremembe imajo lahko tudi velik vpliv na nalezljive bolezni rejenih živali. Z globalnimi spremembami se spreminjajo pogostost, incidenca bolezni ter stopnja obolevnosti živali prav tako pa imajo globalne spremembe vpliv tudi na dovzetnost živali za te bolezni. Veliko patogenih mikroorganizmov, med katerimi je tudi veliko povzročiteljev zoonotskih bolezni, je občutljivih na spremembo vlage, količine padavin, temperaturne spremembe.

Globalne klimatske spremembe najbolj vplivajo na povzročitelji bolezni vektorskega prenosa in bolezni katerih vzrok je hrana, voda ali zemlja. Predvsem imajo vpliv na kvantiteto in razširjenost bolezni oziroma vektorjev prenosa, kot so muhe, klopi, komarji ali glodalci, ki pa lahko prenašajo bolezni na rejne živali (Godde, Mason - D'Croz, Mayberry, Thorton in Herrero, 2021).

1.6 Biološka tveganja

Doseganje določene stopnje varnosti hrane ni možno brez upoštevanja varnosti surovin. Občutljivost bakterij, virusov, parazitov ter drugih potencialno toksičnih mikroorganizmov na globalne podnebne spremembe nakazuje, da le-te lahko močno vplivajo na bolezni, katerih vir je hrana. Globalne spremembe lahko torej vplivajo na varnost hrane preko vpliva na posamezne faze procesa od pridelave do porabe (Maggiore, Afonso, Barrucci in Sanctis, 2020).

Med biološkimi tveganji, ki jih prinaša globalno segrevanje, so tudi:

- tvorba mikotoksinov, ki nastajajo tekom transporta surovin ali med shranjevanjem le-teh;
- toksini v morski hrani zaradi povečanega cvetenja alg;
- prisotnost patogenih mikroorganizmov v hrani (Smith idr., 2015).

Onesnaženost hrane in vode se bo povečala zaradi klimatskih sprememb, saj le-to posredno s spreminjanjem temperature, pH vrednosti in količino hranil vpliva na možnosti preživetja patogenih mikroorganizmov. Bolezni, ki se prenašajo s hrano in vodo, bodo tako pogostejše. Tekom raziskav so zaznali prilagajanje določenih mikroorganizmov na posamezne parametre. Zaznali so večje število sporadičnih izbruhov okužb z bakterijami *Campylobacter*, *Salmonella* spp., nekoleričnim *Vibrio parahaemolyticus* in *Vibrio vulnificus* ter parazitom *Cryptosporidium*. Našteti sporadični izbruhi so bili povezani z večjimi sezonskimi in padavinskimi spremembami ter temperaturo zraka in vode (Smith idr., 2015).

2 Metode

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen in cilj raziskave je bil določiti vzroke in ugotoviti učinke globalnega segrevanja na zdravje ljudi s teoretične perspektive. Proučiti smo želeli vpliv podnebnih sprememb in globalnega segrevanja na pridelavo hrane, njeno hranilno vrednost ter rastlinske in živalske proizvode ter biološka tveganja. Želeli smo ugotoviti, kakšen posreden vpliv imajo globalne spremembe na zdravje populacije, predvsem v primeru nadaljevanja trenda segrevanja ozračja.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Kako lahko podnebne spremembe vplivajo na pridelavo živil različnega izvora, in kakšne posledice ima le-to za zdravje ljudi?

Ali imajo globalne spremembe in segrevanje ozračja posreden vpliv na zdravje populacije?

2.3 Raziskovalna metodologija

Pri zbiranju podatkov smo uporabili deskriptivno metodo dela. Pri pregledu literature smo uporabili podatkovne baze ScienceDirect, Web of Science in PubMed. Literaturo smo iskali po ključnih besedah: climate change, food safety, nutrition, health, chronic diseases.

3 Rezultati

Polutanti, ki nastajajo kot posledica kurjenja fosilnih goriv so vodilni razlog za nastanek podnebnih sprememb, zaradi katerih pa se višajo povprečne globalne temperature in

spreminjajo podnebni vzorci. Nastanek večjih količin padavin vpliva na prenos polutantov v vodo in zemljo, preko katerih pa vplivajo na druga področja. Poleg onesnažene vode, ki nas ogroža neposredno, smo lahko izpostavljeni tudi bolj pogostim patogenim mikroorganizmom, ki se prilagodijo spremenjenim okoljskim pogojem. Polutanti preko zemlje in zraka vplivajo tudi na samo kakovost živil rastlinskega izvora. Spremembe v koncentracijah CO₂ v ozračju povzročijo slabšo hranilno vrednost živil, kar pa lahko povzroči določena pomanjkanja mineralov in vitaminov ter posledično bolezni (tabela 1). Zaradi sprememb v okolju in pogojev, v katerih živijo rejne živali smo lahko izpostavljeni tudi večjemu številu povzročiteljev zoonotskih bolezni. Spremembe v temperaturi, pH vode in ostalih parametrov povzročijo tudi boljšo prilagojenost določenih mikroorganizmov, kot so *Campylobacter*, *Salmonella*, *Cryptosporidium* ter *Vibrio parahaemolyticus*, kar pa lahko povzroči pogostejše sporadične izbruhe bolezni, ki jih le-ti povzročajo (tabela 1).

Tabela 1: Vzroki in učinki globalnega segrevanja na živila in posledično na zdravje ljudi

Vir	Področje vpliva podnebnih sprememb	Tveganja	Vzroki za nastanek tveganj	Vpliv sprememb na hrano
Ziska in Crimmins, 2020	Kakovost vode	Prilagojenost patogenih mikroorganizmov, pogostejše bolezni povzročene s hrano	Višja povprečna globalna temperatura	Slabša kakovost vode
Hamann idr., 2021	Kakovost produktov rastlinskega izvora	Neustrezno uspevanje rastlin, povečana uporaba pesticidov	Višja povprečna globalna temperatura, naravne katastrofe	Slabša kakovost živil rastlinskega izvora
Smith in Meyers, 2018	Hranilna vrednost živil	Pomanjkanje določenih vitaminov in mineralov	Povišane vrednosti CO ₂ v ozračju	Slabša hranilna vrednost živil
Godde, Mason - D'Croz, Mayberry, Thorton in Herrero, 2021	Kakovost in varnost živil živalskega izvora	Pojav zoonotskih bolezni	Večja količina padavin in vlaga, višje povprečne globalne temperature	Slabša varnost živil živalskega izvora
Smith idr., 2015	Biološka tveganja	Povečano število bolezni, katerih vzrok je hrana	Sprememba temperature, pH vrednosti vode in količine hranil	Tvorba raznih toksinov in prilagojenost mikroorganizmov

4 Razprava

Na podlagi ugotovljenih dejstev, ki smo jih pridobili iz literature smo ugotovili, da imajo globalne spremembe posredno lahko hude posledice za zdravje populacije. V primeru nadaljevanja trenda segrevanja ozračja je ogrožena oskrba populacije s kakovostnimi živali, saj nanje neposredno vplivajo podnebne spremembe (Jakučionytė - Skodienė in Liobikienė, 2021). Z onesnaženjem zraka in vode je ogroženo uspevanje rastlinskih pridelkov in posledično povečana uporaba fitofarmaceutskih sredstev (Hamann idr., 2021). Poleg tega je zaradi slabše kakovosti vode in okoljskih pogojev ogrožena tudi hranilna vrednost živil. To lahko privede do določenih pomanjkanj vitaminov in mineralov, kar pa vodi do resnih zdravstvenih težav kot so

pomanjkanje železa ter proteinov (Smith & Myers, 2018). Zaradi velikih zahtev po produktih živalskega izvora je intenzivna reja v porastu, s tem pa slabši pogoji za življenje živali. To povzroči številne bolezni živali, med katerimi so tudi zoonotske bolezni, ki lahko ogrozijo zdravje ljudi (Godde, Mason - D'Croz, Mayberry, Thorton in Herrero, 2021). Zaradi spremenjene klime se spreminjajo tudi pogoji, v katerih uspevajo mikroorganizmi, kar pa lahko privede do sporadičnih izbruhov bolezni, katerih vzrok je zdravstveno neustrezna hrana (Smith, idr., 2015), ki pa je za ljudi z oslabljenim imunskim sistemom lahko velik dejavnik tveganja.

5 Sklep

Svetovna populacija se stalno veča in s tem tudi zahteve po hrani. Zaradi zahtev po večji količini hrane so posegi v okolje večji in vedno bolj izraziti. Večja količina vzrejenih živali za zakol ali druge pridelke povzroča tudi večjo količino toplogrednih plinov, predvsem metana, ki pa posledično segreva ozračje. S povečevanjem izpustov se pospešuje segrevanje ozračja zaradi česar pa se spreminja klima. Slednje povzroča večjo količino padavin in nepredvidljive vremenske razmere. To povzroča škodo na rastlinskih pridelkih, njihovo slabšo kakovost in hranilno vrednost ter odpornost patogenih mikroorganizmov in škodljivcev, zaradi česar se posledično uporablja več fitofarmaceutskih sredstev. Le-ti se s padavinami izpirajo v tla, kjer potujejo v podtalnico in vodotoke in s tem ogrožajo kakovost vode, ki jo po procesih čiščenja uporabljamo za pitje.

V namene preprečevanja slabšanja kakovosti hrane in zdravja populacije, bi se moral obseg intenzivnega kmetijstva in vzreje živali zmanjšati, kar bi povzročilo pozitivne spremembe na različnih področjih. Predvsem bi se izboljšala kakovost hrane. Kot potrošniki ne bi bili izpostavljeni škodljivim dejavnikom, kot so ostanki pesticidov in herbicidov v vodi in rastlinskih pridelkih. Poleg tega se v primeru manj izrazitih in počasnejših podnebnih sprememb hranilna vrednost hrane ne bi slabšala, kar pa bi preprečilo določena pomanjkanja hranil, do katerih lahko pride v primeru slabše kakovosti pridelkov. Globalne klimatske spremembe poleg večjih količin padavin vplivajo na slabšanje kakovosti živil, vključno s pitno vodo in s tem močno vplivajo na naše zdravje. To bi moral biti zadosten razlog za takojšnje globalno ukrepanje na tem področju in stalno skrb k izboljšanju slabega stanja, ki bo v primeru neukrepanja postalo naša realnost.

LITERATURA

1. DaMatta, F., Grandis, A., Arenque, B. C. in Buckeridge, M. S. (2010). Impacts of climate changes on crop physiology and food quality. *Food Research International*, (7), 1814–1823. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodres.2009.11.001>.
2. Delcour, I., Spanghoe, P. in Uyttendaele, M. (2015). Literature review: Impact of climate change on pesticide use. *Food Research International*, 7-15. Pridobljeno 10. 4 2021, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0963996914006309>.
3. Godde, C., Mason - D'Croz, D., Mayberry, D., Thorton, P. in Herrero, M. (2021). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912420301413>. *Global Food Security*. Pridobljeno 10. 4 2021, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912420301413>.
4. Hamann, E., Denney, D., Day, S., Lombardi, E., Jameel, M., MacTavish, R. in Anderson, J. (2021). Review: Plant eco-evolutionary responses to climate change: Emerging directions. *Plant Science*, 110737. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.1016/j.plantsci.2020.110737>.
5. Jakučionytė - Skodienė, M. in Liobikienė, G. (2021). Climate change concern, personal responsibility and actions related to climate change mitigation in EU countries: Cross-cultural analysis. *Journal of Cleaner Production*, 125189. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclepro.2020.125189>.

6. Lindsey, R. in Dahlman, L. (2021). Climate Change: Global Temperature. Pridobljeno 27. 3 2021, s NOAA Climate.gov | science & information for a climate-smart nation: <https://www.climate.gov/news-features/understanding-climate/climate-change-global-temperature>.
7. Maggiore, A., Afonso, A., Barrucci, F. in Sanctis, G. (2020). Climate change as a driver of emerging risks for food and feed safety, plant, animal health and nutritional quality. EFSA Supporting Publications. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.2903/sp.efsa.2020.en-1881>.
8. Smith, B., Ruthman, T., Sparling, E., Auld, H., Comer, N., Young, I., ... Fazil, A. (2015). A risk modeling framework to evaluate the impacts of climate change and adaptation on food and water safety. Food Research International, 78–85. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodres.2014.07.006>.
9. Smith, M. in Myers, S. (2018). Impact of anthropogenic CO2 emissions on global human nutrition. Nature Climate Change, 834–839. Pridobljeno 27. 3 2021, s <http://dx.doi.org/10.1038/s41558-018-0253-3>.
10. Ziska, L. in Crimmins, A. (2020). U.S. Global Change Research Program. Pridobljeno 27. 3 2021, s The Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment: <https://health2016.globalchange.gov/food-safety-nutrition-and-distribution>.

Zadovoljstvo pacienta – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: zadovoljstvo, pacient, zdravstvene storitve

POVZETEK - Zadovoljstvo pacienta je zagotovljeno s strani pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v okviru Zakona o pacientovih pravicah. Zbrane informacije v tem članku nam razkrijejo, kaj je pomembno za pacienta in katere aspekte mora zdravstvena storitev zagotavljati, da je pacient zadovoljen z izvedeno storitvijo. Uporabili smo deskriptivno raziskovalno metodologijo. V članek smo vključili 10 priložnostnih del v slovenskem in angleškem jeziku, ki smo jih našli v znanstvenih spletnih bazah Google Scholar in PubMed. Zadovoljstvo pacientov z zdravstveno oskrbo je samo delni pokazatelj kakovosti, saj za celostno racionalno vrednotenje obravnave bolnik nima zadostnega znanja s tega področja. Za paciente je zadovoljujoča storitev sestavljena iz dobre komunikacije, učinkovitega zdravljenja, kontinuitete oskrbe in odzivnosti zaposlenih. Pridobljeni podatki pripomorejo k boljšemu razumevanju doživljanja bolnikov in nam podajo informacije o zadovoljivosti elementov zdravstvenega sistema. Pregledani rezultati priložnostnih desetih raziskav ne predstavljajo populacijskih podatkov in jih zato ne moremo posplošiti.

KEYWORDS: quality, patient, health care service

ABSTRACT - The quality of health care services is guaranteed by the right to suitable, qualitative services within the Patient Rights Act. The information gathered in this paper reveals what is important to the patient and which aspects must be ensured by the health care services, so that the patient is satisfied with the service. We used a descriptive research methodology. The article includes 10 scientific papers in Slovene and English, which were found on scientific websites such as GoogleScholar and PubMed. Patient satisfaction with health care is only a partial indicator of quality, as the patient does not have sufficient knowledge in this area for a comprehensive rational evaluation of treatment. For patients, satisfactory service consists of good communication, effective treatment, continuity of care and responsiveness of employees. The obtained data enables a better understanding of the experiences of patients and provides information about their satisfaction with the health system. The reviewed results of the occasional ten surveys do not represent population data and therefore cannot be generalised.

1 Uvod

Pacient ima pri uporabi zdravstvenih storitev določene pravice ter dolžnosti, ki so mu zagotovljene s strani pravice do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v okviru Zakona o pacientovih pravicah. Zakon zraven pravic pacienta določa tudi postopke uveljavljanja teh pravic kot tudi s temi pravicami povezane dolžnosti. Zapisano je, da ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino. Zakon želi omogočiti zdravstveno obravnavo, ki temelji na spoštljivem in zaupljivem odnosu med pacientom in zdravstvenim delavcem (Zakon o pacientovih pravicah, 11. člen, str. 6). Kakovostna zdravstvena obravnava temelji na preprostih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih. S pacientom in zdravstvenim osebjem se poskuša vzpostaviti odnos sodelovanja. Pri tem upošteva temeljna načela kakovosti (uspešnost, učinkovitost, pravočasnost, varnost, kontinuiteta, enakopravnost ter osredotočenost na pacienta). Varna zdravstvena obravnava preprečuje možno škodo za pacienta tekom zdravljenja, bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti. Skladna mora biti s potrebami pacienta ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Sloveniji (Zakon o pacientovih pravicah, 11. člen, str. 6).

V primeru, da pacient meni, da so bile njegove pravice kršene, si lahko vzame pravico do obravnave kršitve (Zakon o pacientovih pravicah, 47. člen, str. 29).

Ugodne izkušnje pacientov oziroma njihovo zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo ter nizka stopnja zapletov sta glavni komponenti na pacienta osredotočene zdravstvene oskrbe (Stein idr., 2015, str. 382–388). Informacije o izkušnjah pacientov znotraj zdravstvene obravnave se zbirajo v mnogih državah po vsem svetu z namenom pridobivanja informacij o izvajanju in kakovosti zdravstvenih obravnav. Izkušnje pacientov so bile opredeljene kot indikator za ocenjevanje in izboljšanje procesa oskrbe. Ko zdravstvene organizacije ocenijo zadovoljstvo pacientov, lahko strokovnjaki rezultate uporabijo za notranje izboljšanje zadovoljstva pacientov (Kieft idr., 2014, str. 1–3). Ob iskanju boljšega načina, kako prilagoditi plače med zdravstvenimi delavci, je bilo ugotovljeno, da je faktor, po katerem prilagajamo, lahko tudi pacient sam. Bolj natančno bi lahko merili pacientovo zadovoljstvo, do katerega lahko lažje dostopamo kot pa do merjenja stopnje umrljivosti in stopnje zapletov. Tako s cenovnega vidika kot tudi kakovostnega je ta način učinkovitejši. Pri vsem tem pa se moramo zavedati, da zadovoljstvo pacienta poda le informacijo o sposobnosti dobre bolnišnične oskrbe kot delu pacientove izkušnje (Lyu idr., 2013, str. 362). Pacientovo zadovoljstvo zvišuje predvsem obravnava usmerjena v pacienta. Pri takšni obravnavi je namreč pacient osrednja oseba, cilji obravnave pa so postavljeni kot skupni dogovor med pacientom in člani tima. Prisotna je večja motivacija in povečuje se pacientovo zadovoljstvo z obravnavo. Za aktivno vključitev pacienta je nujen pozitiven odnos med njim in zdravstvenim delavcem. Sama vključitev je odvisna tudi od organizacije in okolja. Lahko se zgodi, da bosta pacient in zdravstveni delavec imela drugačno predstavo o ciljih obravnave. Bolj kot se njuna predstava razlikuje, bolj nujna je potreba po skupnem dogovoru (Kuret in Osolnik, 2018, str. 22).

Namen članka je bil pregledati literaturo na temo zadovoljstva pacienta z zdravstveno obravnavo. Naš cilj je bil ugotoviti, kakšna je za pacienta zadovoljiva zdravstvena storitev.

Tako se je naše raziskovalno vprašanje glasilo: Kakšna je za pacienta zadovoljiva zdravstvena storitev?

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri pisanju članka smo uporabili deskriptivno raziskovalno metodologijo.

2.2 Opis instrumenta

Uporabili smo tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij. Naredili smo vsebinsko analizo spoznanj raziskav, ki so vključene v pregled.

2.3 Opis vzorca

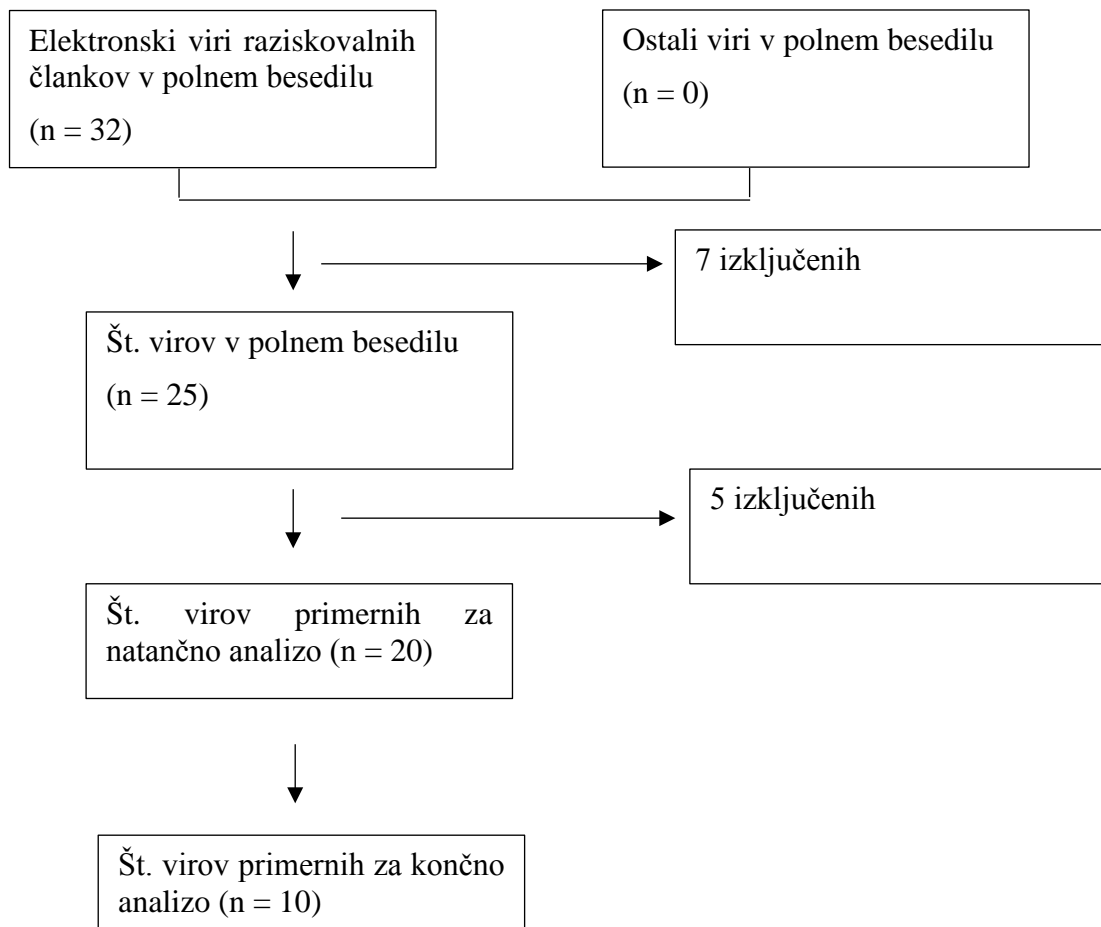
Vzorec je bila splošna populacija po korišчени zdravstveni storitvi.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Natančneje smo pregledali 20 člankov in jih kasneje glede na primernost in dostopnost v članek vključili deset. Za izbiro člankov smo uporabili naslednje kriterije: datum izdaje – pri tem smo se osredotočili na novejšo literaturo, jezik, dostopnost in primerna vsebina. Vsi vključeni članki so bili mlajši od deset let in so v slovenskem ali angleškem jeziku. Literaturo smo iskali meseca januarja, in sicer na spletnih mestih PubMed in Google Scholar. Pri iskanju člankov smo uporabili ključne besede.

3 Rezultati

Prizma diagram poteka raziskave



<i>Avtor</i>	<i>Leto objave</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Raziskovalna metodologija</i>	<i>Ključna spoznanja</i>
Humar, L., Blažica, J., Simčič, A., Malič, V., Piško, L., Plazar, N.	2011	76 pacientov, Slovenija	Kvalitativna študija, 76 pacientov, zdravstvena ustanova Sanatorio Triestino, ortopedska bolnišnica Valdoltra. Analiza podatkov o izkušnjah pacientov med procesom priprave na kirurško obravnavo.	Vsi anketirani pacienti so navedli, da visoko cenijo predvsem vljudnost ter spoštljivost medicinskih sester ter tudi razumljivost odgovorov.
Lyu, H., Wick, E. C., Julie, M. H., Freischlag, A., Makary, M. A.	2013	31 bolnišnic, Združene države Amerike	Kvalitativna študija, 31 bolnišnic (ZDA), pacienti in zdravstveni delavci, primerjava rezultatov iz vprašalnikov o zadovoljstvu pacientov z uspešnostjo različnih področij kirurške oskrbe.	Zadovoljstvo pacientov ni statistično povezano z večino področij kirurške oskrbe, izjeme so uspešnost timskega dela, varnost pri delu in spopadanje s stresom.

Owolabi, O., Zhang, Z., Wei, X., Yang, N., Li, H., Wong, S. YS., Wong, M. CS., Yip, W. in Griffiths, S. M.	2013	1994 anketirancev, Hong Kong	Kvalitativna študija, telefonske ankete, 1994 anketirancev. Povezava med pacientovim socialno-ekonomskim statusom in zanj zaznana kakovostjo.	Osebe z višjim dohodkom so statistično bolj zadovoljne s kakovostjo zdravstvenih storitev.
Bulut, A. in Oguzoncul, A. F.	2014	1290 pacientov, Turčija	Presečna kvalitativna študija, 1290 pacientov, vprašalnik (EUROPEP), ugotovitev stopnje zadovoljstva bolnikov z zdravstveno obravnavo v centrih družinske medicine v Turčiji.	Pacientove demografske značilnosti statistično relevantno vplivajo na stopnjo zadovoljstva bolnika z zdravstveno obravnavo.
Day, M. S., Hutzler, L. H., Karia, R., Vangsness, K., Setia, N., Bosco, J. A.	2014	3340 pacientov, Pensilvanija (ZDA)	Kvalitativna študija, 3340 pacientov iz 1 bolnišnice preko 2 let. Pregled rezultatov, primerjava stopnje zadovoljstva pacientov, ki so pridobili bolnišnično okužbo, in pacientov brez le-te.	Razvoj bolnišnične okužbe ni imel vpliva na stopnjo zadovoljstva pacienta z zdravstveno obravnavo.
Kieft, R. AMM., de Brouwe, B. BJM., Francke, A. L., Delnoij, D MJ.	2014	26 medicinski h sester, Nizozemska	Kvalitativna raziskava. Intervju 26 medicinskih sester iz različnih zdravstvenih področij. Raziskati in dokumentirati pogled nizozemskih medicinskih sester na to, kako njihovo delo in delovno okolje prispevata k zadovoljstvu pacientov z zdravstveno obravnavo.	Dejavniki, ki bi po mnenju medicinskih sester zvišali zadovoljstvo pacientov, so: kompetentno izobražen in ustrezen kader, dobri delovni odnosi, avtonomna nega, nadzor nad nego, podpora vodstva, obravnavo osredotočena na pacienta.
Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M., Farkaš – Lainščak, J.	2015	60 pacientov, Slovenija	Kvalitativna študija, vprašalnik, 60 pacientov s kronično obstruktivno pljučno bolezni, opisna statistika. Opredeliti zadovoljstvo pacientov s kronično obstruktivno boleznijo s samo obravnavo s strani koordinatorja odpusta.	Dejavnik, ki v največji meri vpliva na pacientovo zadovoljstvo z obravnavo, je komunikacija, temu sledita doživljanje bolezni in samoobvladovanje bolezni.

Stein, S., Day, M., Karia, R., Hutzler, L., Bosco, J. A.	2015	4605 bolnišnic, Združene države Amerike	Kvantitativna študija, pregled javno dostopnih podatkov o zadovoljstvu ter pojav bolnišničnih zapletov. 4605 bolnišnic (ZDA). Ugotoviti povezavo med zadovoljstvom in bolnišničnimi zapleti.	Nižje stopnje zapletov so bile povezane z višjim zadovoljstvom bolnikov. Z zmanjšanjem bolnišničnih zapletov lahko povečamo zadovoljstvo pacientov z zdravstveno obravnavo.
Kuret, Z. in Osolnik, B.	2018	64 pacientov, Slovenija	Kvalitativna študija, pregled zastavljenih ciljev 64 pacientov, (URI - Soča), vprašalnik. Pregled ciljev, ki si jih zastavijo pacienti v programu kronične bolečine.	Paciente bi morali aktivno vključevati v proces zastavljanja ciljev obravnave, saj bi s tem povečali njihovo zadovoljstvo.
Zakon o pacientovih pravicah		/	/	Zakon o pacientovih pravicah pokriva pravico pacienta do kakovostne, varne in primerne zdravstvene oskrbe.

Dva pregledana članka sta raziskala zadovoljstvo pacientov z zdravstveno obravnavo v Sloveniji (Humar idr., 2011, str. 237–281; Kadivec idr., 2015, str. 195–204). Avtorji Humar idr. (2011) so s pomočjo anketnega vprašalnika zbrali podatke o izkušnjah pacientov v procesu priprave na dnevno kirurško obravnavo ter le-te primerjali med dvema zdravstvenima ustanovama (Sanatorio Triestino in bolnišnica Valdoltra). Anketiranci so vprašalnik izpolnili anonimno in prostovoljno. Pacienti so kot zaskrbljujoče dejstvo najpogosteje označili možne operativne zaplete in tveganje ter okrevanje po operaciji. Medicinska sestra je v Ortopedski bolnišnici Valdoltra visoko presegla podajanje informacij medicinske sestre v Sanatoriu Triestinu. Pacienti v obeh zdravstvenih ustanovah visoko cenijo predvsem vljudnost in spoštljivost medicinskih sester ter razumljivost odgovorov.

Cilj zdravstvene obravnave je varna in uspešna obravnava pacienta brez dodatnih zapletov. Pacientova izkušnja in posledično zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstveno nego sta eno izmed meril za vrednotenje kakovosti zdravstvenih obravnav. S povezavo med zadovoljstvom in uspešnostjo zdravstvenih storitev so se ukvarjali avtorji v treh člankih (Lyu idr., 2013, str. 362–367; Day idr., 2014, str. 33–40; Stein idr., 2014, str. 382–388;). Avtorji Lyu idr. (2013) so želeli ugotoviti, ali zadovoljstvo bolnika lahko uporabimo kot merilo za vrednotenje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev. Pregledali in ovrednotili so povezavo med zadovoljstvom pacientov z zdravstveno storitvijo in kazalci kirurške kakovosti (odstranjevanje dlak, preprečitev vnetij, pravilna odstranitev katetra, preprečitev nastanka globoke venske tromboze). Avtorji so z raziskavo ugotovili, da ni statistične povezave med pacientovim zadovoljstvom in katerim izmed kazalcev kakovostne kirurške obravnave. Prišli so do zaključka, da pacientovo zadovoljstvo in njegovo zaznavanje uspešnosti storitve ni zadostno merilo za vrednotenje kakovostne kirurške obravnave.

Avtorji Owolabi idr. (2013) so leta 2011 raziskali, ali pacientov socialno-ekonomski status vpliva na pacientovo zadovoljstvo s primarno zdravstveno oskrbo. Študija je bila opravljena leta 2011 v Hong Kongu z naključnim anketiranjem 1994 oseb preko telefonskega klica. Avtorji so prišli do enakih rezultatov na področju povezanosti med višino pacientovega dohodka in njegovim zadovoljstvom z zdravstveno storitvijo kot avtorja Bulut in Oguzoncül (2014). Prišli

so namreč do ugotovitev, da so bile osebe z višjim dohodkom in posledično z možnostjo plačevanja zdravstvenih storitev statistično bolj zadovoljne z zdravstveno storitvijo. Ti podatki po mnenju avtorjev kažejo na prisotno neenakost v primarni zdravstveni obravnavi. Avtorji so mnenja, da je pomembno spodbujanje k večji javni odgovornosti in zmanjšanju neenakosti na primarnem zdravstvenem nivoju (Owolabi idr., 2013, str. 7).

Zadovoljstvo pacientov je kompleksen pojav pod vplivom številnih dejavnikov. Avtorja Bulut in Oguzoncul (2014) sta s svojo raziskavo želela ugotoviti, ali na zadovoljstvo pacientov z zdravstveno storitvijo vplivajo njihove demografske karakteristike. S pomočjo vprašalnika EUROPEP, ki je mednarodno standardizirano merilo zadovoljstva pacientov z zdravstveno oskrbo, sta ugotavljala zadovoljstvo pacientov v centrih družinske medicine in te podatke primerjala z demografskimi značilnostmi pacientov. Raziskava je bila opravljena v provinci Elazig v Turčiji, in sicer so bili podatki zbrani med decembrom 2013 in marcem 2014. V raziskavo je bilo vključenih 1290 pacientov. Avtorja sta prišla do ugotovitev, da pacientove demografske karakteristike (stopnja izobrazbe, spol, zaposlitev, višina mesečnega dohodka) statistično relevantno vplivajo na stopnjo zadovoljstva pacienta z zdravstveno obravnavo. Podatki so pokazali korespondenco med stopnjo izobrazbe in zadovoljstvom pacienta z zdravstveno obravnavo. Tako so bile osebe z višjo stopnjo izobrazbe v povprečju bolj zadovoljne z zdravstveno obravnavo kot osebe z nižjo stopnjo izobrazbe. Prav tako je bilo zadovoljstvo z zdravstveno storitvijo statistično višje pri moških, pacientih z otroki, pacientih z višjih dohodkom, prav tako je bilo zadovoljstvo višje pri vdovah in pacientih z zakonskim statusom ločenih ter pacientih, ki so bili po poklicu kmetovalci.

Avtorji Day idr. (2014) so v svoji raziskavi primerjali rezultate pridobljene z vprašalnikom HCAHPS o zadovoljstvu pacientov s kazalci kakovosti zdravstvene obravnave v bolnišnicah (nastanek razjed, preležanin, bolnišnične okužbe, okužbe sečil povzročene zaradi katetra). Ugotavljali so povezavo med zadovoljstvom bolnikov in uspešnostjo zdravstvene storitve, vendar so raziskali prisotnost povezave med nastankom hospitaliziranega stanja in stopnjo zadovoljstva pacienta z zdravstveno storitvijo. Zato so ugotavljali, ali razvoj hospitaliziranega stanja negativno vpliva na zadovoljstvo bolnika z zdravstveno obravnavo. Avtorji so v študiji ugotovili, da razvoj hospitaliziranega stanja ni vplival na zadovoljstvo pacientov. Pri tem so predvidevali, da je na to vplival primeren odziv zdravstvenih delavcev ob pojavu stanja.

Tudi avtorji Stein idr. (2014) so v svoji raziskavi uporabili vprašalnik HCAHPS ter primerjali zadovoljstvo pacientov z zdravstveno storitvijo in kazalce varnosti pacienta (pooperativna smrtnost zaradi zaznanih zapletov, število pojavov pooperativnih krvnih strdkov, vnetje ran itd.). 79 % rezultatov je nakazovalo na linearno zvezo med zaznanim zadovoljstvom pacientov in pojavom bolnišničnih zapletov (nižje stopnje zapletov so bile povezane z višjo stopnjo zadovoljstva bolnika). Rezultati te raziskave se tako razlikujejo od rezultatov raziskave avtorjev iz zgoraj omenjenih dveh člankov, saj so avtorji v tej raziskavi ugotovili, da so bile nižje stopnje zapletov povezane z višjim zadovoljstvom pacientov. Torej lahko z zmanjšanjem bolnišničnih zapletov povečamo zadovoljstvo pacientov z zdravstveno storitvijo. Avtorji so sklenili, da so dobre izkušnje pacientov na splošno povezane s kakovostno zdravstveno oskrbo.

Medicinske sestre s pacienti preživijo veliko časa skozi celotno zdravstveno obravnavo. Zato so avtorji Kieft idr. (2014) raziskali mnenje medicinskih sester glede tega, kako bi lahko izboljšali pacientovo zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo. Natančneje jih je zanimalo predvsem, kateri faktorji bi po njihovem mnenju izboljšali izkušnjo pacientov in s tem zvišali njihovo zadovoljstvo. Raziskava je bila opravljena na Nizozemskem. Pri tem so v raziskavo vključili 26 medicinskih sester in s pomočjo intervjujev zbirali podatke o tem, kaj bi po njihovem mnenju zvišalo zadovoljstvo pacientov. Pri tem so medicinske sestre poudarile naslednje ključne dejavnike, s katerimi bi po njihovem mnenju lahko izboljšali zadovoljstvo

pacientov z zdravstveno storitvijo: klinično kompetentno izobražen zdravstveni kader, dobri delovni odnosi, avtonomna zdravstvena nega, ustrezno osebje, nadzor nad negovalno prakso, vodstvena podpora in zdravstvena obravnava osredotočena na pacienta (Kieft idr., 2014, str. 4–10).

Avtorji Kadivec idr. (2015) so z namenom opredelitve zadovoljstva pacientov s koordinatorjem odpusta v Univerzitetni kliniki Golnik izvedli neeksperimentalno kvantitativno raziskavo. Raziskava je potekala anonimno s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki so ga poslali po pošti. V študijo je bilo vključenih 107 pacientov, vprašalnik je vrnilo 60 pacientov. Z analizo podatkov so ugotovili, da na zadovoljstvo pacienta s koordinatorjem odpusta vplivajo predvsem trije faktorji, in sicer komunikacija, samoobvladovanje bolezni in doživljanje bolezni. Z zadovoljstvom pacientov z zdravstveno storitvijo je najbolj povezana komunikacija, sledi ji doživljanje bolezni oziroma simptomi. Avtorji so prišli do zaključka, da je spremljanje zadovoljstva pacientov smiselno, saj pokaže priložnosti za izboljšave dela z vidika pacienta.

Pravilno zastavljeni cilji obravnave imajo lahko velik vpliv na zadovoljstvo pacienta z zdravstveno obravnavo. V novejših modelih se spodbuja aktivno vključevanja pacientov pri zastavljanju ciljev, kar naj bi povečalo njihovo zadovoljstvo. Avtorja Kuret in Osolnik (2018) sta pregledala, katere cilje si zastavljajo pacienti v programu za kronično bolečino na URI – Soča, in preverila, ali se ti skladajo s cilji programa in bi jih v takem primeru lahko vključili v sam zdravstveni proces. Avtorja sta prišla do zaključka, da si pacienti večinoma zastavljajo realne cilje in bi jih v prihodnje bilo pomembno bolj aktivno vključevati v proces zastavljanja ciljev obravnave. S tem bi povečali njihovo zadovoljstvo z obravnavo in izboljšali njihove izkušnje v obravnavi.

4 Razprava

Vsi članki uporabljeni v pregledu literature so se ukvarjali z zadovoljstvom pacientov z zdravstveno storitvijo. Pri tem moramo upoštevati, da je vsa vključena literatura pridobljena priložnostno in zaradi majhnega števila vključenih člankov, ki se nanašajo na to tematiko dobljenih rezultatov ne moremo posplošiti na širše prebivalstvo. Prav tako smo vključili prečiščeno besedilo ZPacP, saj ta zakon pokriva pravico pacientov do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave.

Naše raziskovalno vprašanje je bilo: »Kakšna je za pacienta zadovoljiva zdravstvena storitev?«. Na dotično temo smo zasledili dva članka (Humar idr., 2011, str. 273–281; Kadivec idr., 2015, str. 195–204), v katerih so vključeni bolniki poudarili faktorje, ki za njih predstavljajo zadovoljivo storitev. Ti faktorji so: dobra komunikacija, samoobvladovanje bolezni, doživljanje bolezni, vljudnost, spoštljivost, razumljivost odgovorov, kontinuiteta oskrbe in odzivnost zaposlenih. Prav tako smo vključili raziskavo (Kieft idr., 2014, str. 1–10), v kateri so avtorji raziskali, kateri dejavniki bi po mnenju medicinskih sester izboljšali zadovoljivost pacientov z zdravstveno storitvijo. Menimo namreč, da medicinske sestre v procesu zdravstvene storitve preživijo z bolnikom največ časa in imajo zato najboljšo predstavo o tem, kakšna je za paciente zadovoljiva storitev. Pri tem so medicinske sestre poudarile naslednje dejavnike, ki bi po njihovem mnenju izboljšali zadovoljstvo pacientov: klinično kompetentno izobražen zdravstveni kader, dobri delovni odnosi, avtonomna zdravstvena nega, ustrezno osebje, nadzor nad negovalno prakso, vodstvena podpora in zdravstvena obravnava osredotočena na pacienta.

O tem, ali bolnišnični zapleti vplivajo na zadovoljstvo pacienta, nimamo točnega podatka, saj so avtorji pregledanih člankov na to temo prišli do različnih rezultatov. V eni od raziskav (Humar idr., 2011, str. 276) so avtorji navedli, da so pacienti kot zaskrbljujoče dejavnike znotraj zdravstvenih storitev označili možne operativne zaplete in tveganje ter okrevanje po operaciji.

S temi rezultati se skladajo tudi rezultati avtorjev Stein idr. (2014), ki so ugotovili, da so nižje stopnje zapletov povezane z večjo stopnjo zadovoljstva pacienta z zdravstveno storitvijo. Samo iz teh podatkov bi lahko sklepali, da je zadovoljiva in varna zdravstvena obravnava pomemben dejavnik za zadovoljstvo pacientov. Vendar so avtorji v dveh pregledanih člankih (Lyu idr., 2013, str. 362–367; Day idr., 2014, str. 33–40) prišli do drugačnih rezultatov, in sicer niso zaznali statistično relevantne povezave med bolnišničnimi zapleti in zadovoljstvom pacientov z zdravstveno storitvijo. Zato menimo, da so potrebne dodatne raziskave na tem področju, da bi lahko ugotovili prisotnost oziroma odsotnost povezave med dotičnima dejavnikoma. Po opravljenem pregledu literature torej sklepamo, da zadovoljstvo pacienta ni zadosten pokazatelj kakovostne in varne zdravstvene obravnave, saj visoko zadovoljstvo bolnika ni zmeraj povezano z večjo varnostjo ali kakovostjo storitve. To lahko pripišemo dejstvu, da pacienti nimajo dovolj znanja s tega področja, da bi lahko racionalno vrednotili kakovost oskrbe. Prav tako smo pri pregledu literature ugotovili, da na zadovoljstvo pacientov vplivajo številni demografski dejavniki. Tudi slednje je eden izmed razlogov, zakaj menimo, da se zadovoljstvo kot tako ne more uporabiti za ugotavljanje stopnje varnosti in kakovosti zdravstvene storitve. Z raziskovanjem, ali socialno-ekonomski status vpliva na zadovoljstvo pacientov s storitvijo, so se ukvarjali avtorji v dveh pregledanih člankih (Owolabi idr., 2013; Bulut in Oguzoncul, 2014). V obeh raziskavah smo zaznali korespondenco med raziskanimi dejavnikoma. Zatorej lahko sklepamo, da je zadovoljstvo pacientov z zdravstveno storitvijo pod vplivom socialno-ekonomskega statusa bolnika, pri čemer je višji socialno-ekonomski status povezan z višjim zadovoljstvom bolnikov. Iz teh rezultatov lahko sklepamo, da obstajajo razlike v obravnavi pacientov z različnim socialno-ekonomskim statusom. Mnenja smo, da ima vsak pacient pravico do enake obravnave, zatorej bi bile potrebne spremembe v obravnavi, ki bi zagotovile enakopravno obravnavo vseh bolnikov. Avtorja Bulut in Oguzoncul (2014) sta prav tako zaznala druge statistično relevantne dejavnike, ki so bili povezani z višjim zadovoljstvom pacientov z zdravstveno storitvijo, in sicer moški spol, pacienti z otroki, vdove, pacienti z zakonskim statusom ločenih ter bolniki, ki so bili po poklicu kmetovalci.

Zadnji članek (Kuret in Osolnik, 2018, str. 21–28), ki smo ga vključili v pregled, se je ukvarjal z zastavljanjem ciljev bolnikov, saj menimo, da lahko z vključevanjem bolnika v proces zdravstvene storitve zvišamo njegovo zadovoljstvo. Rezultati članka so pokazali, da si pacienti zastavljajo uresničljive cilje, ki se skladajo s cilji programa. Zatorej smo mnenja, da lahko že s samim vključevanjem bolnikov v proces in omogočanjem, da si zastavljajo svoje cilje, povečamo njihovo zadovoljstvo z zdravstveno storitvijo.

5 Sklep

Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientom zagotavlja primerno zdravstveno oskrbo. V primeru, da se jim ta pravica krši, se lahko tudi pritožijo. Z namenom zagotavljanja, da se pacientom pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave ne krši, se je v zdravstvenih obravnavah pričela uporaba in razvoj klinične poti. Leta zdravstvenemu timu omogoča kakovostno obravnavo, ki je racionalna in temelji na znanstvenih dokazih. Prav tako se je z namenom zagotavljanja visoke kakovosti in varnosti pacientov ustanovila nacionalna strategija za kakovost in varnost v zdravstvu. Skozi pregled literature smo ugotovili, da se dojemanje zadovoljstva z zdravstveno obravnavo razlikuje glede na vprašano osebo ter je pod vplivom številnih demografskih dejavnikov. Pacienti imajo pogosto drugačna merila za to, kaj je za njih zadovoljiva obravnava, kot je to določeno v zakonu o pacientovih pravicah. Na zadovoljstvo pacientov vplivajo predvsem dobra komunikacija z zdravstvenimi delavci, vljudnost, spoštljivost, razumljivost odgovorov, kontinuiteta oskrbe in odzivnost zaposlenih. Zadovoljstvo pacientov ni zadosten pokazatelj kakovostne in varne

zdravstvene storitve in je tako lahko le delni pokazatelj uspešne zdravstvene oskrbe. Zatorej so za uporabo zadovoljstva kot merila za kazalnik kakovosti potrebne dodatne raziskave. V prihodnje je pomembno, da pacienta v večji meri vključujemo v proces zdravstvene obravnave kot tudi v določanje ciljev v rehabilitaciji. Tako bomo povečali zadovoljstvo pacientov in s tem izboljšali kakovost zdravstvenih obravnav.

LITERATURA

1. Bulut, A. in Oguzoncul, A. F. (2014). Evaluating the level of satisfaction of patients utilizing first-level health facilities as function of health system performance rating in the province Elazig, Turkey. Patient preference and adherence. Pridobljeno 6. 4. 2021, s https://www.researchgate.net/publication/267625299_Evaluating_the_level_of_satisfaction_of_patients_utilizing_first-level_health_facilities_as_a_function_of_health_system_performance_rating_in_the_province_of_Elazig_Turkey.
2. Day, M. S., Hutzler, L. H., Karia, R., Vangsness, K., Setia, N., Bosco, J. A. III. (2013). Hospital-Acquired conditions after orthopedic surgery do not affect patient satisfaction scores. Journal of healthcare quality. Pridobljeno 6. 4. 2021, s https://www.researchgate.net/publication/256608630_Hospital-Acquired_Conditions_After_Orthopedic_Surgery_Do_Not_Affect_Patient_Satisfaction_Scores.
3. Humar, L., Blažica, J., Simčič, A., Malič, V., Piško, L. in Plazar, N. (2011). Izkušnje pacientov z dnevno kirurško obravnavo: primerjalna študija. Obzornik zdravstvene nege. Pridobljeno 6. 4. 2021, s https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2851?fbclid=IwAR1AJ4_nFCAi20euPylKv7S-7LwvNxIowNUv66Cgr9it_tmax_4AndM5Knw.
4. Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. in Farkaš - Lainščak, J. (2015). Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. Obzornik zdravstvene nege. Pridobljeno 6. 4. 2021, s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/download/54/67/>.
5. Kieft, R. AMM., de Brouwe, B. BJM., Francke, A. L. in Delnoij, D. MJ. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. Health services research. Pridobljeno 6. 4. 2021, s <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-249?fbclid=IwAR0JyBi4kC5LmcEKm33IZN0SXmB2Hyvrr96no3IbziYpwkwxds8K-X4h7u0>.
6. Kuret, Z. in Osolnik, B. (2018). Vloga pacienta pri določanju ciljev v rehabilitaciji (bolnikov s kronično bolečino). Rehabilitacija. Pridobljeno 6. 4. 2021, s http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-U75M7J1J?fbclid=IwAR0_opn5TlsMTN-ZWDM3z6kPdVPZLbOXoUZMLCmrE0uX_jCVoBW8eMp_oGI.
7. Lyu, H., Wick, E. C., Julie, M. H., Freischlag, A. in Makary, M. A. (2013). Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. Jama surg. Pridobljeno 6. 4. 2021, s https://www.researchgate.net/publication/258921091_Patients'_socioeconomic_status_and_their_evaluations_of_primary_care_in_Hong_Kong.
8. Owolabi, O., Zhang, Z., Wei, X., Yang, N., Li H., Wong, S. YS., Wong, M. CS., Yip, W. in Griffiths, S. M. (2013). Patients' socioeconomic status and their evaluations of primary care in Hong Kong. BMC Health Services Research. Pridobljeno 6. 4. 2021, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222269/>.
9. Stein, S., Day, M., Karia, R., Hutzler, L. in Bosco J. A. (2015). Patients' perceptions of care are associated with quality of hospital care: A survey of 4605 hospitals. American journal of medical quality, 30 (4), 382–388.
10. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS, št. 15/08 (s poznejšimi spremembami in dopolnitvami). Pridobljeno 12. 4. 2021, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.

Seznanjenost starejših z ustnim zdravjem in njihov odnos do njega

KLJUČNE BESEDE: ustno zdravje, starejši, ozaveščenost, zobovje, kakovost življenja

POVZETEK - Ustnemu zdravju in seznanjanju starejših s pomenom zdrave ustne votline v starosti se namenja premalo pozornosti. Z raziskavo smo želeli ugotoviti odnos starejših do ustnega zdravja. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja, metodi deskripcije. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda literature. V neslučajnostni priročni vzorec smo vključili 100 naključno izbranih starejših v starosti nad 65 let, ki živijo v domačem okolju. Izbranega zobozdravnika ima 94,3 % anketiranih starejših, 93,1 % jih najbolj zaupa informacijam, ki jih prejmejo od zobozdravnika, 12,6 % anketiranih starejših si ščetka zobe vsak dan in 97,7 % jih pri ščetkanju uporablja tudi zobno pasto. Anketirani starejši v 91,9 % razumejo pojem karies in v 87,2 % pojem zobni kamen, 52,3 % anketirancev je seznanjenih z vplivom prehrane na ustno zdravje. Z odnosom medicinske sestre pri sprejemu v zobno ambulanto je zadovoljnih 94,3 %. Skrb za ustno zdravje je pomemben dejavnik, ki vpliva na kakovost življenja starejših. Zaradi starostnih sprememb, kroničnih nenalezljivih bolezni in uživanja zdravil ima medicinska sestra pomembno vlogo pri ozaveščanju o pomenu vzdrževanja zdravja ustne votline in zob ter pri motiviranju starejših za vzdrževanje ustne higiene.

KEYWORDS: oral health, the elderly, awareness, teeth, quality of life

ABSTRACT - Insufficient attention is paid to oral health and to educating the elderly about the importance of a healthy oral cavity in the old age. The aim of our research was to determine the attitude of the elderly towards oral health. The research was based on the quantitative research method, the descriptive method. The data were obtained by using the survey technique. For the measuring instrument we used a survey questionnaire, which we designed on the basis of a literature review. We included 100 randomly selected elderly over the age of 65 living in home environment into a non-random, convenience sample. 94.3% of the surveyed elderly have their chosen dentist, 93.1% of the respondents trust the information received from their dentist the most, 12.6% of the respondents brush their teeth every day, and 97.7% of them also use toothpaste while brushing. The surveyed elderly in 91.9% understand the term »caries«, and in 87.2% the term »tartar«. 52.3% of the respondents are aware of the impact of nutrition on oral health. 94.3% of the respondents are satisfied with the attitude of the nurse at the admission to the dental clinic. Oral health care is an important factor influencing the quality of life of the elderly. Due to age-related changes, chronic non-communicable diseases and medication use, the nurse has an important role in raising awareness of the importance of maintaining healthy oral cavity and teeth, and in motivating the elderly to maintain good oral hygiene.

1 Teoretična izhodišča

S stališča promocije zdravja je pomembno, da se proučujejo značilnosti tistih starejših, ki so neodvisni, in na podlagi tega definirajo programi in aktivnosti (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010). Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje ustno zdravje kot pomemben sestavni del splošnega zdravja in blagostanja, zato ga ne smemo obravnavati ločeno od splošnega zdravja in počutja. Bolezni ustne votline vplivajo na sposobnost osnovnih funkcij ustno-obraznega predela (žvečenje, prehranjevanje, sporazumevanje in izražanje čustev), hkrati pa slabijo splošno zdravje (Ranfl, Oikonomidis, Kosem in Artnik, 2015).

Po zadnjih podatkih se delež starejših v razmerju do drugih starostnih skupin nedvomno povečuje. Nenalezljive bolezni hitro postajajo poglavitni razlog smrtnosti, zato bodo v prihajajočih desetletjih snovalci zdravstvenih in socialnih politik pred velikimi izzivi, izhajajočimi iz bremen kroničnih bolezni pri starejših (United Nations, 2019).

Navkljub napredku glede odkrivanja, preprečevanja in zdravljenja v preteklosti so bolezni ustne votline med najpogostejšimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (Ranfl, idr., 2015). Vloga prehrane pri nastanku kariesa je predvsem lokalna. Za nastanek demineralizirane lezije, ki je začetek kariozne lezije, je nujna sočasna prisotnost kariogenih bakterij in fermentirajočih ogljikovih hidratov (Vrbič idr., 1988). Glede preprečevanja kariesa je zelo pomembna tudi pogostost uživanja kariogene hrane (Lingström, Van Houte in Kashket, 2000). Že nekaj časa se izvajajo raziskovanja zobne erozije, ki pomeni stanje izgube trdnih zobnih tkiv zaradi delovanja kislin nebakterijskega izvora. Te so lahko zunanega ali notranjega izvora. Notranjega izvora je želodčna kislina, zunanega izvora pa so kisline, ki so sestavni del hrane in pijače. Pozornost mora biti usmerjena tudi na pijače, ki poleg kisline vsebujejo tudi sladkor, ki še dodatno znižuje pH-vrednost v ustni votlini. Bolezni ustne votline posredno ali neposredno vplivajo na zdravstveno stanje človeka. Na to moramo biti posebej pozorni pri starejših, ki se srečujejo s pomanjkanjem zob, z zmanjšanim delovanjem žlez slinavk in z omejitvami pri žvečenju hrane (Gil - Montoya idr., 2017). Bolezni v ustni votlini, ki so posledica lokalnega delovanja bakterij, povzročijo bolečino, vnetja in izgubo zob. To prispeva k slabšemu estetskemu videzu in motnjam govora, kar vpliva na socialno interakcijo posameznika. Okrnjena je zmožnost žvečenja, kar pomeni spremenjen način prehranjevanja in izbora živil. Rezultat je dodatno tveganje za napredovanje bolezni in razvoj kroničnih bolezni. Dokazan je bil tudi vpliv bolezni ustne votline na sistemsko zdravje, saj paradontalna bolezen vpliva na bolezni srčno-žilnega sistema, pojav nizke porodne teže in prezgodnjega poroda ter na sladkorno bolezen. Velja pa tudi obratno, da se sistemske bolezni izrazijo v ustni votlini (Kim in Amar, 2006). Za zdravje ustne votline je kot preventiva najučinkovitejša uravnotežena prehrana, pri čemer imajo ključno vlogo vitamini (Thomas in Mirowski, 2010). Pomemben del zagotavljanja dobre zobozdravstvene oskrbe je komunikacija s pacienti. Ta je še zlasti pomembna, ko govorimo o starejših pacientih, ki v vsakdanjem življenju naletijo na veliko zapletenih zdravstvenih informacij, ki zahtevajo visoko raven pismenosti. Raziskave na tem področju, ki so jih opravili DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr in Pignone (2004) in Ivanović (2017), nakazujejo na pomembno vlogo zdravstvene pismenosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe ter na socialnoekonomske dejavnike, ki nanjo vplivajo.

Razmere v naravnem okolju in vedenje posameznika na zdravstveno stanje vplivajo neposredno, medtem ko razmere v družbenem okolju, ki same po sebi determinirajo vedenje, na zdravje vplivajo posredno. Celosten pristop k promociji zdravja zatorej po eni strani spodbuja posameznike, da privzamejo in vzdržujejo vedenje, ki bo preprečevalo bolezni in krepilo zdravje, po drugi pa onemogoča zdravju škodljiva vedenja pri posamezniku ter olajšuje zdravo izbiro (Gabrijelčič Blenkuš in Stanojević Jerković, 2010).

Namen prispevka je predstaviti seznanjenost z ustnim zdravjem in odnos starejših do njega. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje: Kakšna sta seznanjenost z ustnim zdravjem in odnos starejših do ustnega zdravja?

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije, sinteze in kompilacije.

2.2 Opis instrumenta

Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature (WHO, 2013). Anketni vprašalnik zaprtega tipa je bil razdeljen v tri dele. Prvi del so sestavljala vprašanja o demografskih podatkih anketirancev (spol, letnica rojstva, izobrazba in kraj bivanja). Drugi del vprašanj je bil sestavljen iz 26 zaprtih vprašanj, ki so se nanašala na izvajanje ustne higijene in preventive.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec v širši celjski regiji. V vzorec so bili vključeni anketiranci s starostno omejitvijo nad 65 let, brez demence in z bivališčem v domačem okolju. Skupno je bilo razdeljenih 100 anketnih vprašalnikov. Vsi anketni vprašalniki so bili razdeljeni v Savinjski statistični regiji. V vzorcu je bilo 28 žensk in 59 moških, 66 anketiranih starejših ima dokončano vsaj srednjo šolo. V domačem okolju na podeželju živi 35 starejših, v mestu pa 52.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli v maju leta 2019. Prvo polovico maja (1. 5.–15. 5. 2019) je potekalo anketiranje v urbanem okolju, nato v ruralnem okolju (16. 5.–31. 5. 2019). Z uvodom smo anketirance nagovorili na začetku anketnega vprašalnika. Z oddajo izpolnjenega anketnega vprašalnika v zaprto škatlo smo zagotovili anonimnost anketirancev. Podatke smo obdelali s statističnimi orodji računanja frekvenc, deležev v odstotkih, srednjih vrednosti (povprečna vrednost, modus), primerjave povprečnih vrednosti in t-testa za preizkušanje domnev v programu SPSS. Vsak udeleženec je v raziskavi sodeloval prostovoljno z možnostjo odklonitve. Zagotovili smo varovanje podatkov in njihovo uporabo le za izvajanje analize in raziskovanje.

2.5 Etični vidik raziskovanja

Udeležencem smo zagotovili popolno anonimnost, pravico do neškodovanja, pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe in pravico do zasebnosti, skladno z načeli Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 Rezultati

V nadaljevanju prikazujemo ključne rezultate opravljene raziskave o seznanjenosti z ustnim zdravjem in odnosu do njega med starejšimi, ki živijo v domačem okolju. Med 87 anketiranimi starejšimi ima 82 (94,3 %) starejših izbranega osebnega zobozdravnika.

Tabela 1: Poznavanje različnih boleznih ustne votline med anketiranimi starejšimi

Bolezni ustne votline	Frekvenca odgovorov	Delež na posamezni odgovor (%)	Delež anketiranih (%)
Karies	79	34,5	91,9
Zobni kamen	75	32,8	87,2
Paradontalna bolezen	54	23,6	62,8
Zobna erozija	21	9,1	24,2
Skupno	229	100,0	

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Tabela 1 prikazuje poznavanje različnih boleznih ustne votline med anketiranimi starejšimi in iz nje je razvidno, da starejši najbolj poznajo karies (91,9 %) in zobni kamen (87,2 %). Med odgovori je najmanj poznana zobna erozija (24,2 %). Na vprašanje je bilo mogoče podati več odgovorov (število vseh odgovorov je bilo 229).

Tabela 2: Poznavanje pojmov bolezn ustne votline med anketiranimi starejšimi

<i>Vsota prepoznavnosti pojmov iz tabele 1</i>	<i>Frekvenca</i>	<i>Delež anketiranih (%)</i>
0	1	1,2
1	15	17,2
2	18	20,7
3	34	39,1
4	19	21,8
Skupno	87	100,0

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Tabela 2 prikazuje skupno poznavanje različnih bolezn ustne votline (karies, zobni kamen, paradontalna bolezen in zobna erozija). Večina anketiranih (39,1 %) je prepoznala tri od štirih pojmov. Vsaj en pojem je prepoznalo 98,8 % anketiranih. Od vseh anketiranih jih je 21,8 % prepoznalo vse štiri pojme.

Tabela 3: Pripomočki, ki jih anketirani starejši uporabljajo za nego zobovja

<i>Pripomoček</i>	<i>Frekvenca odgovorov</i>	<i>Delež na podani odgovorov (%)</i>	<i>Delež anketiranih (%)</i>
Prha	18	8,9	20,7
Medzobna ščetka	51	25,1	58,6
Zobna pasta	85	41,9	97,7
Električna zobna ščetka	14	6,9	16,1
Zobna nitka	35	17,2	40,2
Skupno	203	100,0	

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Iz tabele 3 je razvidno, katere pripomočke za nego zobovja najpogosteje uporabljajo anketirani starejši. Zobno pasto uporablja 97,7 % anketiranih starejših. Sledi uporaba medzobne ščetke (58,6 %) in zobne nitke (40,2 %). Zobno prho in električno zobno ščetko uporablja le 20,7 % oziroma 16,1 % starejših.

Tabela 4: Poznavanje dejavnikov, ki pospešujejo razvoj kariesa, med anketiranimi starejšimi

<i>Dejavnik</i>	<i>Frekvenca odgovorov</i>	<i>Delež podanih odgovorov (%)</i>	<i>Delež anketiranih (%)</i>
Prehrana	45	21,8	52,3
Sladki napitki	57	27,7	66,3
Slaba ustna higiena	75	36,4	87,2
Pomanjkanje F	29	14,1	33,7
Skupno	206	100,0	

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Tabela 4 kaže seznanjenost anketiranih starejših z dejavniki, ki vplivajo na razvoj kariesa, tako da ga pospešujejo in/ali zavirajo. Na vprašanje je bilo mogoče podati več odgovorov (število vseh odgovorov je bilo 206). Vpliv prehrane pozna 52,3 % anketiranih starejših. Vpliv fluora (33,7 %) je med anketiranimi starejšimi dosegel najnižjo vrednost prepoznavnosti. Največ jih pozna negativne učinke sladkih pijač na razvoj kariesa (66,3%) in slabe higiene, ki je bila prepoznana v najvišjem deležu, 87,2 %.

Tabela 5: Razporeditev dejavnikov po pomembnosti glede preventive med anketiranimi starejšimi

Pomembnost	Dejavniki						
	Obloge	Fluor	Sladke pijače	Prehrana	Kajenje	Čiščenje zob	Pregled
0 – ni odgovora	3	3	4	2	4	1	4
1 – najmanj pomembno	6	12	3	22	0	21	22
2	15	19	0	31	1	0	17
3	31	24	1	14	1	0	15
4	28	25	4	14	2	0	10
5	2	3	54	2	21	0	2
6	1	1	21	1	58	1	0
7 – najbolj pomembno	1	0	0	1	0	64	17
Skupno	87	87	87	87	87	87	87
Vrstni red (rang) glede na pomembnost	3	4	5	2	6	7	1

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Iz tabele 5 izhaja, da je za anketirane starejše za preventivo bolezni ustne votline najpomembnejši dejavnik vsakodnevno čiščenje zob (64 od 87 anketiranih je omenjen dejavnik ocenilo s 7). Na drugem mestu je zmanjševanje kajenja (58 od 87 anketiranih). Po pomembnosti tako sledijo negativen vpliv sladkih pijač, uporaba zobne paste z vsebnostjo fluora in čiščenje zobnih oblog. Redni pregledi pri zobozdravniku so po pomembnosti na zadnjem mestu.

Tabela 6: Izbira vira, ki mu anketirani najbolj zaupajo glede priporočil o ustnem zdravju

Vir	Frekvenca odgovorov	Delež odgovorov (%)	Delež anketiranih (%)
Zobozdravnik	81	46,3	93,1
Propaganda	1	0,6	1,1
Prijatelji	6	3,4	6,9
Spletne informacije	4	2,3	4,6
Farmacevt	22	12,6	25,3
Mediji	1	0,6	1,1
Medicinska sestra	39	22,3	44,8
Strokovna literatura	21	12,0	24,1
Skupno	175	100,0	

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Tabela 6 prikazuje, da največji delež starejših, vključenih v anketo, najbolj zaupa zobozdravniku (93,1 %) in medicinski sestri (44,8 %). Približno četrtnina (25,3 % oziroma 24,1 %) jih zaupa nasvetom farmacevtov oziroma strokovni literaturi. V tabeli so navedeni rezultati z deležem vseh drugih virov, ki so bili na izbiro in imajo zanemarljive vrednosti. Anketiranci so imeli na izbiro več mogočih odgovorov.

4 Razprava

V raziskavi smo proučevali seznanjenost starejših z različnimi vidiki ustnega zdravja, kot so ustna higiena in ustne bolezni, ter njihov odnos do informacij o ustnem zdravju. Podatek o izbranem osebnem zobozdravniku med anketiranimi kaže na to, da imajo skoraj vsi starejši izbranega zobozdravnika, kar je po navedbah Ministrstva za zdravje (2020) pogoj za

uveljavljanje pravic iz osebnega zdravstvenega zavarovanja. Menimo, da je ta delež pri anketiranih starejših tako velik zaradi različnih težav, ki jih imajo starejši v ustni votlini. Velik delež starejših je tudi seznanjen z zdravstvenim stanjem ustne votline (tabela 2), iz česar lahko sklepamo, da se starejši zavedajo pomembnosti strokovnega mnenja zaposlenih v zobni ambulanti pri skrbi za ustno zdravje, velik delež jih je tudi spremenil svoj odnos na podlagi priporočil medicinske sestre. Podatki o poznavanju različnih bolezni ustne votline kažejo na to, da je velik delež starejših seznanjen z bolezenskimi stanji ustne votline, kot sta karies in zobni kamen. Zelo nizka je seznanjenost starejših z zobno erozijo (tabela 1), ki je novejšo spoznanje v dentalni medicini. Rode (2008) tako ugotavlja, da imajo starejši več težav zaradi starostnih sprememb in bolezni, ki vplivajo na ustno zdravje, ali bolezni, ki so posledica spremembe v ustni votlini ter stranskih učinkov zdravil, ki so jim predpisana zaradi zdravljenja bolezni. Najpogostejše starostne spremembe v ustni votlini so koreninski karies, napredovale oblike paradontalne bolezni, motnje v izločanju sline in spremembe v ustni sluznici. Kronična bolezen, ki zelo vpliva na zobno zdravje, je diabetes, katerega posledice so kserotomija, pekoč jezik, spremembe okusa, glivične ter bakterijske okužbe v ustih, gingivitis in paradontitis. Skalarič (2006) kot stranski učinek jemanja zdravil navaja nastanek značilnih sprememb, ki se pokažejo v obliki suhih ust, oteklin, razjed, vezikul, bul, pigmentacij, hipertrofije dlesni in krvavitev.

Menimo, da na seznanjenost ljudi z ustnim zdravjem pomembno vplivata promocija zdravja in ozaveščanje o pomembnosti ohranjanja zdravja, pri čemer ima pomembno vlogo medicinska sestra, kar ugotavljajo tudi strokovnjaki (Miller in Scully, 2015; World Health Organization, 2013). Medicinska sestra mora pri svojem delu upoštevati, da se v starosti številni pogoji ohranjanja ustnega zdravja razlikujejo od tistih, ki veljajo za druge starostne skupine, kar se mora kazati s ciljano usmerjenimi zdravstvenovzgojnimi vsebinami. Naša raziskava je pokazala, da so anketirani starejši dobro seznanjeni z zdravjem ustne votline, pri čemer izstopa predvsem poznavanje kariesa. A vseeno je delež tistih, ki ne poznajo dejavnikov, ki zavirajo nastajanje kariesa, velik. Ugotavljamo, da je vpliv prehrane na ohranjanje ustnega zdravja dokaj nepoznan, velik delež anketiranih pa si želi več informacij o pravilni prehrani. Ugotavljamo, da visoka stopnja anketiranih starejših informacije o ustnem zdravju pretežno pridobiva v zdravstvenem sistemu, kar po našem mnenju nakazuje na odgovoren odnos starejših do ustnega zdravja. Nato ugotavljamo, da se večina anketiranih starejših za uporabo pripomočkov za higieno ustne votline odloča na podlagi strokovnih priporočil, le na manjši delež anketiranih starejših pa vplivata trenutna ponudba in cena, podobno potrjujejo dognanja DeWalta idr. (2004) o skrbi za preventivo in stopnjo zdravstvene pismenosti. Naša raziskava v celjski regiji je pokazala, da je ozaveščenost starejših od 65 let glede ustnega zdravja visoka, kar je, menimo, morda odraz njihovega preteklega življenjskega sloga in časa, v katerem so živeli.

5 Sklep

Ustno zdravje je pomemben sestavni del splošnega zdravja. S prispevkom smo želeli prispevati k seznanjenosti starejših s pomembnostjo ohranjanja zdravja ustne votline. Pri tem nas je vodilo spoznanje, da se družba na splošno stara in da starejši v Sloveniji niso bili vključeni v program preventivnih in sistematskih pregledov. Njihovo znanje in odnos do ustnega zdravja sta rezultat pridobivanja informacij v odrasli dobi, pri čemer ima pomembno vlogo medicinska sestra, ki skrbi za ozaveščanje pacientov o skrbi za zdravje in pravilno nego ustne votline.

Opravljen raziskava, ki je ne moremo posploševati na celotno Slovenijo, je dobro izhodišče za nadaljnja raziskovanja, pri čemer bi lahko s standardiziranimi preizkusi preverjali zdravstveno pismenost starejših glede ustnega zdravja. Z raziskavo smo ugotovili tudi, da obstaja informacijska asimetrija med generacijami, ki bi jo morali na ravni stroke sistematično reševati.

LITERATURA

1. DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N. in Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*, 19 (12), 1228–1239.
2. Gabrijelčič Blenkuš, M. in Stanojević Jerković, O. (2010). Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno 20. 12. 2019, s https://www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnoststarejsih_4940.pdf.
3. Gil - Montoya, J. A., Sánchez - Lara, I., Carnero - Pardo, C., Fornieles - Rubio, F., Montes, J., Barrios, R. in Bravo, M. (2017). Oral Hygiene in the Elderly with Different Degrees of Cognitive Impairment and Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (3), 642–647.
4. Ivanović, I. (2017). Zdravstvena pismenost (Diplomsko delo). (str. 14–21). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Kim, J. in Amar, S. (2006). Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship. *Odontology*, 94 (1), 10–21.
6. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. (2014). Uradni list Republike Slovenije št. 71 (17. 3. 2017). Pridobljeno 20. 12. 2019, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2017-01-0623/kodeks-etike-zaposlenih-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi>.
7. Lingström, P., Van Houte, J. in Kashket, Y. S. (2000). Food starches and dental caries. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 11 (3), 366–380.
8. Miller, M. in Scully, C. (2015). *Mosby's Textbook of Dental Nursing* 2. izd. London: Elsevier Ltd.
9. Ministrstvo za zdravje. (2020). Lokalna skupnost za zdravje vseh. Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno s <https://www.krepitev-zdravja.si/izvajalci-programa/lokalna-skupnost-za-zdravje-vseh/>.
10. Ranfl, M., Oikonomidis, C., Kosem, R. in Artnik, B. (2015). Vzgoja za ustno votlino: prehrana in higiena: strokovna izhodišča. (str. 15–46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
11. Rode, M. (2008). Ustna votlina v starosti. *Zdravstveni vestnik*, 77 (12), 839–845.
12. Skalarič, U. (2006). Stomatološka klinična preiskava. (str. 32–36). Ljubljana: Društvo zobozdravstvenih delavcev Slovenije.
13. Thomas, D. M. in Mirowski, G. W. (2010). Nutritional and oral mucosal diseases. *Clinics in Dermatology*, 28 (4), 426–431.
14. United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019 – Highlights*. New York: United Nations.
15. Vrbič, V., Vulović, M., Rajić, Z., Topić, B., Tatić, E., Malić, M. in Mratinković, D. (1988). Oral health in SFR Yugoslavia in 1986. *Community dentistry and oral epidemiology*, 16 (5), 286–288.
16. World Health Organization. (2013). *Oral health surveys: basic methods*. Ženeva: World Health Organization.

Epidemija covid-19 in dileme v procesu zdravstvene nege v severovzhodni Sloveniji

KLJUČNE BESEDE: kader zdravstvene nege, proces zdravstvene nege, covid-19

POVZETEK - Uvod: V članku je prikazan proces dela na področju zdravstvene nege v severovzhodni Sloveniji v času prvega vala epidemije covid-19. Ugotovljeno je bilo, da se je veliko ustanov soočalo s pomanjkanjem kadra. Opazili smo, da sta razpoložanje in pripravljenost delavcev zdravstvene nege na delovnem mestu v domovih za starejše občane nekoliko slabša kot na delovnih mestih v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnovarstvenih zavodih ter v zavodih za usposabljanje, delo in varstvo. Metode: Za namen raziskovanja smo uporabili kvantitativno metodo ter anketni vprašalnik zaprtega tipa, sestavljen iz 25 vprašanj o razmerah na deloviščih v času epidemije covid-19. Poslali smo ga v zdravstvene oziroma socialnovarstvene ustanove v SV Sloveniji. Podatke smo uredili s programoma IBM SPSS 23 in Microsoft Excel 2016 ter rezultate predstavili v obliki tabel. Rezultati: Ugotovili smo, da se zdravstveno-negovalni kader v času prvega vala epidemije sooča z občutkom utrujenosti ter odsotnostjo dijakov in študentov. Obenem so mnenja, da kljub zagotavljanju osebne varovalne opreme ni zadostne zagotovljenosti le-te. Sklep: V tem času lahko opazimo, da smo se ljudje, tako laiki kot strokovni delavci v zdravstvu, prilagodili na nov način življenja – tako v severovzhodnem delu Slovenije kot tudi po celotni državi.

KEYWORDS: nursing staff, nursing process, COVID-19

ABSTRACT - Introduction: The article presents the process of work in the field of nursing care in North Eastern Slovenia during the first wave of the COVID-19 epidemic. It was found that many institutions faced staff shortages. We noticed that the mood and readiness of staff working in homes for the elderly is slightly worse than in jobs in hospitals, health centres, social welfare institutions and in institutions for training, work and care. We also found that 31.2% of respondents agree that they feel a lack of support in the implementation of the nursing process in their institutions by students of nursing education. Methods: For the purpose of the research, we used a quantitative method and a closed-ended questionnaire consisting of 25 questions about difficult working hours during the COVID-19 epidemic. The data was edited with IBM SPSS 23 and Microsoft Excel 2016 and the results were presented in the form of tables. Results: We found that the nursing staff during the first wave of the epidemic faces a feeling of fatigue and the absence of high school and university students. At the same time, they are of the opinion that, despite the provision of personal protective equipment, it is not sufficient. Conclusion: During this time, we can see that both lay people and health professionals have adapted to the new way of life in this part of North Eastern Slovenia as well as throughout the country.

1 Uvod

Širjenje koronavirusa, ki se je pričelo v letu 2019 na Kitajskem, je zelo hitro povzročilo globalno grožnjo. Povzročitelj zoonotični betakoronavirus si je pripisal letnico 2019; tako je sedaj poznan po kraticah 2019-nCoV ali covid-19 (Xie in Chen, 2020).

V Sloveniji so mediji o prvem primeru okužbe s koronavirusom poročali 4. marca 2020 (Mlakar, 2020).

2 Pandemija še dodatna obremenitev za zdravstvene delavce

V tujini so v sklopu študije, ki jo je pripravilo več profesorjev, ugotovili in predpostavili osem dejavnikov, ki vplivajo na delavce v obdobju koronavirusa. Ti so:

1. omejeni viri bolnišnic;
2. nevarnost izpostavljenosti okužbi – virusu;
3. daljše delovne izmene;
4. motnje v vzorcih spanja;
5. ravnovesje med poklicnim in osebnim življenjem;
6. dileme – s strani pacientov in njihovim strahom glede izpostavljenosti družinskim članom;
7. zanemarjanje osebnih in družinskih potreb zaradi preobremenjenosti ter
8. pomanjkanje zadostne komunikacije in prenosa informacij.

Vsi ti dejavniki prispevajo k povečani fizični in duševni utrujenosti, tesnobi, stresu in izgorelosti (Raudenská idr., 2020).

2.1 Posledice obremenitev

Gray idr. (2019) izpostavljajo, da se zlasti zdravstveni delavci soočajo s težavami, kot so izgorelost, stres in depresija zaradi razmer na delovnem mestu. Slednjim so vzrok delovne preobremenitve in tudi mobing. K tem bi lahko pripisali še druge, na primer: čustveno trpljenje (bodisi zaradi soočanja z bolnimi ljudmi in pa tudi umirajočimi), podpora pacientovim družinam, pomanjkanje kadra. Vse to, kot navajajo avtorji, lahko vodi k pomanjkanju pozornosti za opravljanje dela in nenamernim delovnim napakam, ne-prepoznavanju življenjsko nevarnih znakov in simptomov, pa tudi k osebnim težavam. Le-te opredelijo kot depresijo, pomanjkanje zadovoljstva pri delu, psihološke stiske in motnje osebnih odnosov.

2.2 Kadri zdravstvenih dejavnosti na področju SV Slovenije v soočanju z epidemijo

V Sloveniji je bila epidemija prvič razglašena 12. marca 2020 in je trajala do konca meseca maja. Drugič jo je predsednik vlade Janez Janša razglasil nekaj mesecev kasneje, 19. oktobra, z veljavo tridesetih dni (Merljak Zdovc, 2020).

Z dne 11. marca 2020 lahko najdemo članek, objavljen v Večeru, ki se navezuje na pripravljenost UKC Maribor na spopadanje z epidemijo. Razbrati je moč, da bi naval okuženih pacientov povzročil težave – povezane s kadrom, ki pa je že v aktualnem času omejen (Kutin Lednik, 2020).

Med prvimi v SV Sloveniji, ki so se morali spopasti z okužbo, so bili zaposleni in stanovalci doma starejših v Ljutomeru. Na dan 2. aprila 2020 poročajo o skokoviti narasti števila okuženih oseb. Označili so, da je bil prav Ljutomer takrat žarišče okužb v pomurskem prostoru (Šavel, 2020). Zdrave stanovalce so pričeli seliti v hotel pri Mali Nedelji, v pomoč zdravstvenim delavcem pa so prišli tudi delavci od drugod (Horvat, 2020).

Če pogledamo število okuženih zaposlenih iz pomurske, podravske in koroške regije, vidimo, da jih je bilo od 4. marca 2020 do 9. januarja 2021 največ v Domu Danice Vogrinc Maribor, kjer je bilo 132 zaposlenih okuženih. Na drugem mestu so zaposleni Doma Rakičan iz Prekmurja z 99 okuženimi, sledijo pa jim zaposleni iz Ptuja, kjer je bilo 93 okuženih (NIJZ, 2021).

Posebni socialnovarstveni zavodi, varstveno delovni centri ter centri za usposabljanje, delo in varstvo v SV Sloveniji pa so tega dne zabeležili 289 okužb med zaposlenimi (NIJZ, 2021).

2.3 Priporočila zdravstvenim delavcem v času epidemije

Na spletni strani Večera lahko beremo članek avtorice Lednik (2020), ki izpostavlja:

»Zdaj, v času drugega vala epidemije, so se v zelo težkem položaju znašli tudi slovenski zdravstveni delavci. Že tedne vsakodnevno opozarjajo na pomanjkanje kadra, pravijo, da delajo na robu zmogljivosti, številni med njimi tudi zbolevalo, veliko jih je v karanteni.«

V raziskavi, ki so jo izvedli v ZDA, so med zdravstvenimi delavci ugotovili, da uporaba spleta ter aplikacij, pripravljenih kot pripomoček za premagovanje stresa, pomaga, da lažje prenašajo vsakodnevne strese, izgorelost, depresijo in celo misli na samomor. Pri tem pa je zelo pomembno, da se zdravstveni delavci in študentje zdravstvenih smeri prilagajajo in spopadajo s stresorji na takšen način, da ne škodijo lastnemu duševnemu in fizičnemu zdravju. Izpostavljajo, da zdravstveni delavci doživljajo stres že v času izobraževanja, in nadaljujejo, da če jih le-ta kontinuirano premaguje, se v njih začne kopičiti kronični stres, ki se nadaljuje v izgorelost – lastno izčrpanje, vse do depresivnih motenj ali, kot smo že omenili, samomorilnih misli (Pospos idr., 2018).

2.4 Namen in cilji raziskovalnega dela

V članku smo želeli ugotoviti, s kakšnimi težavami se spopadajo delavci v zdravstveni negi na območju severovzhodne Slovenije.

Za potrebe pisanja članka smo si zadali tri hipoteze:

H1: Zaposleni v zdravstveni negi se v času epidemije covid-19 soočajo z utrujenostjo.

H2: Negovalno osebje čuti večjo delovno obremenjenost zaradi nesodelovanja dijakov in študentov.

H3: Zdravstveno negovalno osebje meni, da ni zadostne preskrbe oz. količine osebne varovalne opreme.

3 Metode

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri raziskovanju smo uporabili kvantitativno metodo dela. Za pridobivanje podatkov za izdelavo članka smo uporabili elektronsko anonimno anketo, ki smo jo posredovali različnim zdravstvenim ustanovam v severovzhodni Sloveniji in hkrati poznanim zdravstvenim delavcem preko e-poštnega sporočila ali Messengerja.

3.2 Opis instrumenta

Kot raziskovalni inštrument smo uporabili anketni vprašalnik s petindvajsetimi vprašanji zaprtega tipa, ki smo jih osebno zastavili. Anketni vprašalnik je ob vprašanjih sestavljal tudi prošnjo in zahvalo za sodelovanje v raziskavi.

3.3 Opis vzorca

Naš vzorec je obsegal 186 naključnih anketirancev – zdravstvenih delavcev v severovzhodni Sloveniji. V anketnem vprašalniku smo anketirancem podali razlago za zbiranje podatkov in zagotovili njihovo anonimnost.

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Ankete smo oblikovali preko spletnega pripomočka 1KA ter jih poslali poznanim zdravstvenim delavcem, ki delujejo v bolnišnicah, domovih za starejše, zavodih in zdravstvenih domovih v SV Sloveniji. Pridobljene podatke smo zbrali in uredili v programu Microsoft Excel 2016 in jih

statistično uredili v programu IBM SPSS 23. Za vsa vprašanja ankete smo izračunali frekvenčno porazdelitev (število in deleže odgovorov).

4 Rezultati

Rezultati so prikazani s pomočjo tabel, pod katerimi so opisi z besedilno razlago.

Tabela 1: Sodelujoči

	<i>Število</i>	<i>%</i>
Moški	38	20,4
Ženske	148	79,6
Skupaj	186	100,0

Vir: Lasten vir, 2020.

V raziskavi je sodelovalo 186 zdravstvenih delavcev; od tega 38 moških ter 148 žensk.

Tabela 2: Sodelujoči – izobrazba

	<i>Število</i>	<i>%</i>
Bolničar – negovalec	2	1,1
Srednja medicinska sestra / srednji zdravstvenik (4 leta izobraževanja)	94	50,5
Diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik / višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik	62	33,3
Dipl. med. sestra – specialistka / višja medicinska sestra specialistka	8	4,3
Magister zdravstvene nege	20	10,8
Skupaj	186	100,0

Vir: Lasten vir, 2020.

V raziskavi je sodelovalo 20 magistrov zdravstvene nege, 8 diplomiranih medicinskih sester specialistk oziroma višjih medicinskih sester specialistk, 62 diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenikov oziroma višjih medicinskih sester oz. višjih zdravstvenih tehnikov. Srednjih medicinskih sester oziroma srednjih zdravstvenikov je bilo 94 in 2, ki sta rešila anketo, sta bila bolničarja – negovalca.

Tabela 3: Hipoteza 1 a

Delovno okolje		V prostem času se srečujem z utrujenostjo, slabo voljo in nerazpoloženostjo.					Skupaj	Izid hi-kvadrat preizkusa		
		Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Strinjam se	Popolnoma se strinjam		χ^2	g	P
Dom za starejše občane	f	2	6	10	6	4	28	5,262	4	0,261
	f %	7,1 %	21,4 %	35,7 %	21,4 %	14,3 %	100,0 %			
Drugo delovno okolje (bolnišnica, zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod, zavod za usposabljanje, delo in varstvo)	f	20	44	32	50	12	158			
	f %	12,7 %	27,8 %	20,3 %	31,6 %	7,6 %	100,0 %			
Skupaj	f	22	50	42	56	16	186			
	f %	11,8 %	26,9 %	22,6 %	30,1 %	8,6 %	100,0 %			

Vir: Lasten vir, 2020.

Tabela 3 predstavlja hipotezo 1, pri kateri smo ugotovili, da se zdravstveno negovalni kader srečuje z utrujenostjo, slabo voljo in nerazpoloženostjo na vseh delovnih mestih, kot so domovi za starejše občane in drugi: bolnišnica, zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod, zavod za usposabljanje, delo in varstvo.

Tabela 4: Hipoteza 1 b

Delovno okolje		V službo se v času epidemije odpravim razpoložen in pripravljen na delo.					Skupaj	Izid hi-kvadrat preizkusa		
		Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti – niti	Strinjam se	Popolnoma se strinjam		χ^2	g	P
Dom za starejše občane	f	2	2	10	14	0	28	13,246	4	0,010
	f %	7,1 %	7,1 %	35,7 %	50,0 %	0 %	100,0 %			
Drugo delovno okolje (bolnišnica, zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod, zavod za usposabljanje, delo in varstvo)	f	8	10	42	62	36	158			
	f %	5,1 %	6,3 %	26,6 %	39,2 %	22,8 %	100,0 %			
Skupaj	f	10	12	52	76	36	186			
	f %	5,4 %	6,5 %	28,0 %	40,9 %	19,4 %	100,0 %			

Vir: Lasten vir, 2020.

Tabela 4 predstavlja hipotezo 2, pri kateri smo ugotovili, da zdravstveno negovalni kader v službo na vseh delovnih mestih, kot so to domovi za starejše občane in drugi: bolnišnica,

zdravstveni dom, socialnovarstveni zavod, zavod za usposabljanje, delo in varstvo, odhaja razporejen in pripravljen na delo.

Tabela 5: Hipoteza 2

<i>Tudi zaradi pomanjkanja pomoči s strani dijakov in študentov opažam večjo obremenjenost dela.</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotki</i>
Sploh se ne strinjam.	30	16,1 %
Se ne strinjam.	38	20,4 %
Niti – niti.	40	21,5 %
Strinjam se.	58	31,2 %
Popolnoma se strinjam.	20	10,8 %
Skupaj	186	100,0 %

Vir: Lasten vir, 2020.

Tabela 5 prikazuje, da pomanjkanje dela študentov in dijakov na delovnem mestu vpliva na večjo obremenjenost kadra.

Tabela 6: Hipoteza 3

<i>Izobrazba</i>		<i>Na delovišču imamo zagotovljeno zadostno količino osebne varovalne opreme (maske, rokavice, razkužila, plašči ...).</i>					<i>Skupaj</i>	<i>Izid hi-kvadrat preizkusa</i>		
		<i>Sploh se ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Niti – nit</i>	<i>Strinjam se</i>	<i>Popolnoma se strinjam</i>		χ^2	<i>g</i>	<i>P</i>
Bolničar – negovalec; srednja medicinska sestra / srednji zdravstvenik (4 leta izobraževanja)	f	22	22	16	30	6	96	5,563	4	0,234
	f %	22,9 %	22,9 %	16,7 %	31,3 %	6,3 %				
Diplomirana medicinska sestra / diplomirani zdravstvenik / višja medicinska sestra / višji zdravstveni tehnik (specialist, magister ali doktor)	f	14	24	24	20	8	90			
	f %	15,6 %	26,7 %	26,7 %	22,2 %	8,9 %	100,0 %			
Skupaj	f	36	46	40	50	14	186			
	f %	19,4 %	24,7 %	21,5 %	26,9 %	7,5 %	100,0 %			

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Tabela 6 predstavlja, da se zdravstveno negovalni kader ne srečuje s pomanjkanjem osebne varovalne opreme na svojem delovnem mestu.

5 Razprava

Z raziskovalno nalogo smo želeli ugotoviti, s kakšnimi težavami se spopadajo delavci v zdravstveni negi na območju severovzhodne Slovenije.

Za potrebe tega članka smo postavili tri hipoteze.

Hipoteza 1:

Zaposleni v zdravstveni negi se v času epidemije covid-19 soočajo z utrujenostjo.

V prostem času se srečujem z utrujenostjo, slabo voljo in nerazpoloženostjo.

Anketiranci so na trditev odgovarjali s potrditvijo ene izmed ponujenih trditev. Te so bile: Sploh se ne strinjam. Se ne strinjam. Niti – niti. Strinjam se. Popolnoma se strinjam.

Sklicujoč se na tabelo 3 sklepamo, da največ delavcev, ki se počutijo utrujene, prihaja iz bolnišničnega okolja oziroma iz zdravstvenih domov, socialnovarstvenih zavodov ali zavodov

za delo, usposabljanje in varstvo. Skupaj jih je 62. Izmed 28 anketirancev, ki prihajajo iz domov za starejše, jih je 10 odgovorilo, da se s trditvijo strinjajo oziroma popolnoma strinjajo. Za odgovor niti – niti se je odločilo 42 delavcev, za »se ne strinjam« 50 delavcev. Teh, ki se sploh ne strinjajo s trditvijo, pa je 22. Iz tabele je prav tako razvidno, da ni statistično značilne razlike, saj je $P > 0,05$.

V službo se v času epidemije odpravim razpoložen in pripravljen na delo.

Anketiranci so na trditev odgovarjali s potrditvijo ene izmed ponujenih trditev. Te so bile: Sploh se ne strinjam. Se ne strinjam. Niti – niti. Strinjam se. Popolnoma se strinjam.

Glede na podatke v tabeli 4 vidimo, da se s trditvijo strinja 112 delavcev – tako iz domov za starejše kot drugih delovišč. V domovih za starejše je 14 teh, ki so obkrožili možnost »strinjam se«, in nihče »popolnoma se strinjam«. V drugih delovnih okoljih je teh, ki se strinjajo, 98. Možnost »niti – niti« je v domih za starejše obkrožilo 10 delavcev, v drugih okoljih pa 42. Štirje delavci, ki prihajajo iz domov za starejše, se ne strinjajo s trditvijo, v drugih okoljih pa je takih, ki se ne strinjajo, 18.

Iz tabele je prav tako razvidno, da ni statistično značilne razlike, saj je $P > 0,05$.

Hipotezo 1 s to obrazložitvijo zavržemo.

Hipoteza 2:

Negovalno osebje čuti večjo delovno obremenjenost zaradi nesodelovanja dijakov in študentov.

Tudi zaradi pomanjkanja pomoči s strani dijakov in študentov opažam večjo obremenjenost dela.

Anketiranci so na trditev odgovarjali s potrditvijo ene izmed ponujenih trditev. Te so bile: Sploh se ne strinjam. Se ne strinjam. Niti – niti. Strinjam se. Popolnoma se strinjam.

Iz tabele 5 je razvidno, da se 78 delavcev strinja z zgoraj navedeno trditvijo. To predstavlja 42 % sodelujočih v raziskavi. Možnost »niti – niti« je obkrožilo 40 sodelujočih, s trditvijo pa se jih ni strinjalo 68 oziroma 35,5 %.

Hipotezo 2 potrdimo.

Hipoteza 3:

Zdravstveno negovalno osebje meni, da ni zadostne preskrbe oz. količine osebne varovalne opreme.

Na delovišču imamo zagotovljeno zadostno količino osebne varovalne opreme (maske, rokavice, razkužila, plašči ...).

Anketiranci so na trditev odgovarjali s potrditvijo ene izmed ponujenih trditev. Te so bile:

Sploh se ne strinjam. Se ne strinjam. Niti – niti. Strinjam se. Popolnoma se strinjam.

Iz tabele 6 je razvidno, da se s trditvijo strinja 64 delavcev. 36 od teh je bolničarjev oziroma srednjih medicinskih sester ter 28 diplomiranih sester oziroma magistrstov. 82 izmed vseh se z omenjeno trditvijo ne strinja.

Iz tabele je razvidno, da ni statistično značilne razlike, saj je $P < 0,05$.

Hipotezo 3 s to obrazložitvijo potrdimo.

6 Sklep

Koronavirus, ki je še v začetku preteklega leta – 2020 za mnoge predstavljal nekaj neznanega in tudi neverjetnega, je povzročil, da smo začeli veliko razmišljati in se prilagajati. Marsikdo se je soočil tudi z izgubo bližnjih oseb ali izgubo kakšnih materialnih stvari.

Kljub začetnemu pogumnemu vzdušju in miselnosti, da se virusu vendarle ne bo uspelo prebiti v Slovenijo, je v prebivalcih s svojo nevidno močjo že ob prvih primerih okužb povzročil zaskrbljenost in negotovost.

Veliko ljudi raziskuje, razpravlja in predava o tej temi, išče vzroke, prelaga krivdo na tega ali onega, ljudi ozavešča – vsak s svojega zornega kota, obenem pa v njih povzroča zmedo, strah in negotove odločitve.

In s takšnimi odločitvami se vsakodnevno srečujejo tudi zdravstveni delavci, ki so že od začetka epidemije izpostavljeni koronavirusu. Na delovnih mestih preživljajo več ur kot v »normalnih« časih – tako so manj doma in med svojimi najbližjimi. Srečujejo se z utrujenostjo in nezadovoljstvom ter z upadom lastne psiho-fizične moči in s tem zanemarjajo lastno krepitev in vitalnost.

Tudi Monika Ažman, predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice – Zveze), v sorodnem članku opozarja, da so prav zdravstveni delavci v prvih vrstah boja proti koronavirusu in da z izpostavljenostjo tvegajo lastno zdravje, tako fizično in zaradi stresa tudi duševno. Poudarja, da brez zdravega zdravstvenega kadra zdravstvenega sistema ni in ga tudi ne bo (Čeh, 2020).

Kako dolgo bo še tako, ne vemo. Ne vemo niti, kaj nas še čaka. Koronavirus pa še naprej povzroča in uresničuje besede, ki smo jih zapisali na začetku tega sklepnega besedila.

LITERATURA

1. Bizjak, S. (11.11.2020). Zdravstveni delavci na robu zmogljivosti. Na ministrstvu za zdravje pojasnjujejo, zakaj na pomoč ne pokličejo tujih zdravnikov. Večer, 11. november 2020. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://www.vecer.com/slovenija/zdravstveni-delavci-na-rob-zmogljivosti-na-ministrstvu-za-zdravje-pojasnjujejo-zakaj-na-pomoc-ne-poklicejo-tujih-zdravnikov-10226885>.
2. Čeh, S. 2020. (23. 9. 2020). Zdravstveni delavci v času pandemije veliko tvegajo. Delo, 23. september 2020. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://www.delo.si/novice/slovenija/zdravstveni-delavci-v-casu-pandemije-veliko-tvegajo/>.
3. Gray, P., Siphos S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A. in Spiegel, J. M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers. A Realist Review. Int J Environ Res Public Health 16 (22). Pridobljeno 9. 1. 2021, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717906/>.
4. Horvat, M. (2. 4. 2020). (FOTO) 15 stanovalcev iz DSO Ljutomer preselili v Bioterme. Vestnik, 2. april. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://vestnik.si/clanek/aktualno/15-stanovalcev-iz-dso-ljutomer-selijo-v-bioterme-768268>.
5. KTV ORMOŽ. (2020). Okuženi uporabniki in dva zaposlena iz CUDV Črna na Koroškem danes zapuščajo covid-19 enoto v Ormožu. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://ptujinfo.com/novica/lokalno/v-ptujski-bolnisnici-prosijo-za-kadrovsko-pomoc-pa-tudi-za-vodo-sokove-za-zaposlene>.
6. Kutin Lednik, A. (11. 3. 2020). (pogovor) Ob izbruhu epidemije bi v UKC Maribor manjkalo kadrov. Večer, 11. marec. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://www.vecer.com/slovenija/ob-izbruhu-epidemije-bi-v-ukc-maribor-manjkalo-kadrov-10139856>.

7. Lednik, A. (11.11.2020). Zdravstveni delavci na robu zmogljivosti. Na ministrstvu za zdravje pojasnjujejo, zakaj na pomoč ne pokličejo tujih zdravnikov. Večer, 11. november 2020. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://www.vecer.com/slovenija/zdravstveni-delavci-na-robu-zmogljivosti-na-ministrstvu-za-zdravje-pojasnjujejo-zakaj-na-pomoc-ne-poklicejo-tujih-zdravnikov-10226885>.
8. Merljak Zdovc, S. (2020). V Sloveniji od jutri spet razglašena epidemija. Časoris, 18. 10. 2020. Pridobljeno 9. 1. 2021, s <https://casoris.si/v-sloveniji-od-jutri-spet-razglasena-epidemija/>.
9. Milošič, E. (2020). V ptujski bolnišnici prosijo za kadrovske pomoč, pa tudi za vodo in sokove za zaposlene. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://ptujinfo.com/novica/lokalno/v-ptujski-bolnisnici-prosijo-za-kadrovske-pomoc-pa-tudi-za-vodo-sokove-za-zaposlene>.
10. NIJZ. 2021. Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (COVID-19). Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19>.
11. Pospos, S., Young, I. T., Downs, N., Iglewicz, A., Depp, C., Chen, J. Y., Newton, I., Lee, K., Light G. A. in Zisook, S. (2018). Web-based tools and mobile applications to mitigate burnout, depression and suicidality among healthcare students and professionals: a systematic review. *Academic Psychiatry* 42 (1), 109–120. Pridobljeno 12. 2. 2021, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5796838/pdf/nihms929108.pdf>.
12. Raudenská, J. in Steinerová, V. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 34 (2020), 553–560. Pridobljeno 4. 1. 2021, s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7367798/pdf/main.pdf>.
13. Šavel, R. (2020). Kako je Ljutomer čez noč postal novo žarišče koronavirusa v Sloveniji. Pridobljeno 10. 1. 2021, s <https://old.delo.si/lokalno/prekmurje/kako-je-ljutomer-cez-noc-postal-novo-zarisce-koronavirusa-v-sloveniji-295705.html>.
14. Xie, M. in Qiong, C. I. (2020). Insight into 2019 novel coronavirus - An updated interim review and lessons from SARS-CoV and MERS-CoV. *International journal of infectious diseases* 94 (2020), 119–124. Pridobljeno 9. 1. 2021, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32247050/>.

Fitnes in telesna samopodoba moških

KLJUČNE BESEDE: mišična dismorfija, samopodoba, moški uporabniki fitnesa, telesna samopodoba

POVZETEK - Moški z nizko telesno samopodobo pogosto izbirajo za zdravje škodljive izdelke, kot so anabolni steroidi, ki so v nekaterih primerih razlog za nizko samopodobo in mišično dismorfijo. Namen raziskave je ugotoviti, kakšna je telesna samopodoba moških uporabnikov fitnesa. V raziskavi je uporabljena kvantitativna metodologija. Podatki so bili zbrani s pomočjo spletne ankete, ki jo je izpolnilo 70 moških uporabnikov fitnesa, analizirali pa smo jih s pomočjo opisne in sklepne statistike. Hipotezi smo testirali s Kruskal-Wallis in Kullback 2 \hat{I} -testom. Ugotovili smo, da obstaja razlika v telesni samopodobi glede na namen obiskovanja fitnes centrov ($H(3) = 11,352$, $p = 0,010$). Slabšo telesno samopodobo imajo moški, ki fitnes centre obiskujejo z namenom pridobitve mišične mase (dvigovanje uteži, bodybuilding). Ugotovili smo tudi, da statistično značilnih razlik v uživanju substanc za izboljšanje telesnega videza glede na namen obiskovanja fitnes centrov ni ($2\hat{I} = 8,452$; $g = 6$; $\alpha = 0,207$). Z raziskavo ugotavljamo, da moški uporabniki fitnesa izkazujejo nezadovoljstvo s telesno samopodobo. Pomembna je promocija zdravega življenjskega sloga in pozitivne telesne samopodobe.

KEYWORDS: muscle dysmorphia, self-esteem, male gym users, body image

ABSTRACT - Men with low body self-esteem often choose unhealthy products such as anabolic steroids, which in some cases are the reason for low self-esteem and muscle dysmorphia. The purpose of the research is to find out what the body image of male gym users is. Quantitative methodology was used. Data were collected using an online survey completed by 70 male gym users and analyzed using descriptive and inferential statistics. The hypotheses were tested with the Kruskal-Wallis and Kullback 2 \hat{I} tests. We found that there is a difference in body self-esteem according to the purpose of visiting gym ($H(3) = 11,352$, $p = 0,010$). Men who visit gym with the aim of gaining muscle mass (lifting weights, bodybuilding) have a poorer body image. We also found that there were no statistically significant differences in the use of substances to improve physical appearance according to the purpose of visiting gym ($2\hat{I} = 8,452$; $g = 6$; $\alpha = 0,207$). The research finds that male gym users show dissatisfaction with their body self-image. It is important to promote a healthy lifestyle and a positive body self-image.

1 Teoretična izhodišča

Fokus raziskovanja telesne samopodobe je bil sprva le na ženske, saj so pomisleki glede videza obravnavani kot lastnost žensk. Kljub temu pa opazamo vedno več literature, ki obravnava izključno telesno samopodobo moških (McNeill in Firman, 2014). Zaradi dodatnih družbenih pritiskov iz okolja, ki definirajo idealno moško telo kot mišičasto in izklesano in so večji kot kadarkoli prej, se med moškimi opaža porast mišične dismorfije (Ridley, 2017), za katero so značilne negativne motnje v zaznavanju videza mišic in oblike telesa (American Psychiatric Association, 2013). Moški z nizko telesno samopodobo, ki je največja komponenta mišične dismorfije, pogosto posegajo po anabolnih steroidih z namenom doseganja in vzdrževanja hipermuskularnega telesa, v nekaterih primerih pa je bilo ugotovljeno, da so bili prav anabolni steroidi povod za razvoj nizke samopodobe in mišične dismorfije (Greenway in Price, 2018; Smith, Ruddy in Olrich, 2016). Te osebe imajo tudi predispozicijo za odvisnost od različnih substanc in drog, pogosto imajo diagnosticirano anksioznost in depresijo (Ip, Barnett, Tenerowicz in Perry, 2011).

1.1 Samopodoba in telesna samopodoba

Samopodoba pomeni predstavo o samem sebi. Je skupek odnosov s samim s seboj, ki jih oseba že od rojstva naprej razvija preko matere, nato pa še preko širšega družbenega okolja in se oblikuje do pozne mladosti. Samopodoba odraža posameznikovo čustvovanje, mišljenje, vedenje ter odnos do okolja in drugih ljudi (Kobal Grum, 2017).

Telesno samopodobo sestavljajo prepričanja o lastni telesni privlačnosti ter primerjave lastnega videza z videzom drugih (Tacol, Lekić, Konec Juričič, Sedlar Kobe in Roškar, 2019). Predstavlja posameznikovo oblikovanje negativnega ali pozitivnega mnenja o fizičnem izgledu (Reel, 2013).

1.2 Mišična dismorfija

Pope, Gruber, Choi, Olivardia in Phillips (1997) so patološko obsedenost z mišičastim videzom telesa kot prvi poimenovali mišična dismorfija. Osebe z mišično dismorfijo so obsedene z mislijo, da niso dovolj mišičaste, zato se poslužujejo vadbe z utežmi, dietnih režimov ter ostalih aktivnosti z namenom pridobivanja mišične mase. Ena izmed poglavitnih posledic je okrnjeno socialno delovanje. American Psychiatric Association (2013) mišično dismorfijo uvršča med telesne dismorfije, ki se kažejo kot pretirana pozornost, namenjena pomanjkljivostim v fizičnem videzu, ki drugim ljudem niso opazne. Povzroči lahko težave na socialnem, poklicnem ali drugem področju. Murray, Rieger, Touyz in De la Garza Garcia (2010) predlagajo, da bi se mišična dismorfija zaradi podobne simptomatike prekategORIZIRALA med motnje hranjenja.

1.3 Uporaba androgenih anabolnih steroidov

Anabolni steroidi delujejo na telo androgeno, kar vključuje razvoj spolnih in sekundarnih značilnosti pri moških in anabolno, to pa predstavlja razvoj in rast telesnih tkiv, predvsem mišic (Lenehan, 2003). Med dolgotrajne posledice, ki se pojavijo pri zlorabi anabolnih steroidov, prištevamo akne, tumorje in bolezni jeter, odpoved ledvic, motnje endokrinega sistema, povišan krvni tlak in holesterol, rast srca in tvorbo krvnih strdkov. Pojavi se impotenca, plešavost, poveča se tveganje za nastanek raka prostate. Zloraba anabolnih steroidov je lahko v veliki meri razlog za paranojo, manijo, prekomerno agresijo, depresijo in deluzije (National Institute on Drug Abuse, 2018). McCreary (2011) pravi, da pri moških, ki imajo večjo motivacijo za doseganje mišičastega telesa, obstaja večje tveganje za zlorabo androgenih anabolnih steroidov in drugih substanc.

1.4 Promocija zdravja

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) opisuje promocijo duševnega zdravja kot vseživljenjski proces, katerega namen je ustvarjanje ustreznih socialno-okoljskih pogojev, ki omogočajo najboljši psihofizični razvoj vseh posameznikov (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2010). Pomembno je, da delavci na področju duševnega zdravja ne zapostavljajo nezadovoljstva s telesnim videzom, saj je prav to lahko razlog za številna psihiatrična obolenja (Ola in Chand Singh, 2016). Tod in Edwards (2015) navajata, da bi z uporabo preventivnih programov s področja nezadovoljstva z mišičnim videzom lahko moške poučili o različnih strategijah obvladovanja skrbi. Na področju zdravstvene nege je bilo ugotovljeno, da intervencije, ki temeljijo na adaptacijskem modelu Caliste Roy, pozitivno vplivajo na oblikovanje samopodobe (Moghadam, Khosrava, Sadeghmoghadam, Nasirzadeh in Ebrahimi, 2019). Moški z anoreksijo nervozo in mišično dismorfijo izkazujejo veliko podobnosti glede patološke težnje po spremembi videza telesa in odzivov na terapevtske pristope (Murray idr., 2010). Zaradi tega razloga bi lahko bila uporaba adaptacijskega modela Caliste Roy učinkovita tudi pri moških uporabnikih fitnesa, ki so nezadovoljni s svojim telesnim videzom.

Namen raziskave je ugotoviti, kakšna je telesna samopodoba moških uporabnikov fitnesa. Cilji raziskave so:

- pregledati znanstveno in strokovno literaturo s področja samopodobe, telesne samopodobe in telesne samopodobe pri moških uporabnikih fitnesa,
- pregledati znanstveno in strokovno literaturo s področja promocije zdravja in pozitivne telesne samopodobe,
- pregledati znanstveno in strokovno literaturo o tveganim vedenju moških uporabnikov fitnesa z nizko telesno samopodobo,
- ugotoviti, ali so moški uporabniki fitnesa zadovoljni s svojim videzom in kako to vpliva na njihovo telesno samopodobo,
- ugotoviti, kako pogosto moški uporabniki fitnesa posegajo po substancah z namenom izboljšanja telesnega videza.

Z raziskavo smo preverili naslednji hipotezi:

- *H1*: Obstaja razlika v telesni samopodobi glede na namen obiskovanja fitnes centrov.
- *H2*: Obstaja razlika v uživanju substanc za pridobivanje mišične mase glede na namen obiskovanja fitnes centrov.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kvantitativna metodologija, ki izhaja iz filozofije pozitivizma (Polit & Beck, 2012). V empiričnem delu raziskave smo za zbiranje podatkov uporabili metodo anketiranja.

2.2 Opis instrumenta

Uporabili smo anonimni anketni vprašalnik, sestavljen iz 18 vprašanj, od katerih smo vprašanja od 4 do 16 povzeli po Pope, Phillips in Olivardia (2000) Adonis Complex Questionnaire; za njihovo uporabo smo pridobili dovoljenje avtorjev.

2.3 Opis vzorca

Raziskovani vzorec je namenski, saj smo raziskovali telesno samopodobo le pri moških uporabnikih fitnesa. Vprašalnik je v celoti izpolnilo 70 moških uporabnikov fitnesa, ki so želeli prostovoljno sodelovati.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pred izvajanjem ankete smo anketirance seznanili z dejstvom, da je anketa anonimna in da bodo pridobljeni podatki uporabljeni izključno za namen raziskave. Izvedli smo spletno anketo. Anketne vprašalnike smo po predhodnem dogovoru z administratorjem objavili v zaprto skupino uporabnikov fitnesa na socialnem omrežju, kjer smo za sodelovanje prosili uporabnike fitnesa moškega spola. Telesno samopodobo moških smo ocenili z uporabo točkovnega sistema, ki so ga avtorji navedli na koncu vprašalnika. Podatke smo analizirali s pomočjo programa IBM SPSS; uporabili smo opisno in sklepno statistiko. Hipotezi smo testirali s pomočjo Kruskal-Wallis in Kullback testa.

3 Rezultati

Anketiranci so bili stari med 16 in 49 let, povprečna starost je bila 29,10 leto (SD = 8,90). Polovica moških, ki je izpolnila anketo, je mlajših od 26,50 let, največ anketiranih je starih 22 let (n = 11; 15,70 %). Največ (n = 35; 50,00 %) anketiranih ima poklicno oziroma srednješolsko

izobrazbo, 31 (44,50 %) višješolsko, visokošolsko ali univerzitetno, trije (4,30 %) osnovnošolsko izobrazbo, eden (1,40 %) pa ima opravljen magisterij. Anketirane smo vprašali, kaj je poglavitni razlog za obiskovanje fitness centra. Iz tabele 1 je razvidno, da več kot polovica moških obiskuje fitness, da bi pridobili mišično maso, 34,30 % fitness obiskuje z namenom krepitve zdravja in izboljšanja telesne kondicije in zmogljivosti, najmanj moških pa se za obisk fitnessa odloči zaradi sprostitve in rekreacije (7,10 %) in da bi izgubili odvečno telesno maso (2,90 %).

Tabela 1: Razlogi moških za obisk fitness centrov

Odgovor	<i>f</i>	<i>f</i> %
Sprostitve in rekreacija.	5	7,10
Izgubiti odvečno telesno maso.	2	2,90
Krepitev zdravja, izboljšanje telesne kondicije in zmogljivosti.	24	34,30
Pridobiti mišično maso (dvigovanje uteži, bodybuilding).	39	55,70

f = število anketiranih, *f*% = odstotek

Pri vprašanju o tem, koliko svojega dohodka namenijo za dietno prehrano, prehranske dodatke, vadbeno opremo in fitness članarino za izboljšanje telesnega videza, je 43 anketiranih (61,40 %) odgovorilo, da za ta namen porabijo večji znesek denarja, vendar nikoli do te mere, da bi si povzročili finančne težave, 25 (35,70 %) jih porabi zanemarljive vrednosti denarja, dva anketirana (2,90 %) pa sta odgovorila, da porabita toliko denarja, da jima to povzroči finančne težave. Pri testiranju prve hipoteze (H1) smo ugotavljali, ali obstaja razlika v telesni samopodobi glede na namen obiskovanja fitness centrov. S Kolmogorov-Smirnovim testom smo preverili, ali je spremenljivka »samopodoba« normalno porazdeljena. Ker ni bila ($p = 0,009$), smo hipotezo preverili s Kruskal-Wallis testom, ki je pokazal, da razlika v telesni samopodobi glede na namen obiskovanje fitness centrov obstaja $H(3) = 11,352$, $p = 0,010$. Slabšo oziroma bolj negativno telesno samopodobo imajo tisti anketirani, ki fitness centre obiskujejo z namenom pridobitve mišične mase (dvigovanje uteži, bodybuilding). Prvo hipotezo (H1) smo potrdili. Pri testiranju druge hipoteze (H2) ni bil izpolnjen pogoj za uporabo Hi-kvadrat preizkusa, zato smo za preverjanje H2 uporabili Kullbackov $2\hat{I}$ test, pri katerem je stopnja značilnosti večja od kritične meje 5,00 %, kar pomeni, da statistično značilnih razlik v uživanju substanc za izboljšanje telesnega videza glede na namen obiskovanja fitness centrov ni ($2\hat{I} = 8,452$; $g = 6$; $\alpha = 0,207$). Hipotezo H2 smo ovrgli. Anketirane smo vprašali tudi, kako pogosto zaskrbljenost glede telesne samopodobe vpliva na njihovo spolno življenje. Največ anketiranih (85,70 %) je odgovorilo, da zaskrbljenost glede telesne samopodobe redko ali sploh ne vpliva na njihovo spolno življenje, nekaj anketiranih (11,40 %) je odgovorilo, da včasih, 2,90 % anketiranih pa je odgovorilo, da zaskrbljenost glede telesne samopodobe pogosto vpliva na njihovo spolno življenje. Pri vprašanju, ali menijo, da je v Sloveniji v okviru promocije zdravja dovolj promoviranja pozitivne samopodobe pri moških, je največ anketiranih ($n = 45$; 64,30 %) mnenja, da v Sloveniji v okviru promocije zdravja ni dovolj promoviranja pozitivne samopodobe pri moških, 17 (24,30 %) jih meni nasprotno, 8 anketiranih (11,40 %) pa je odgovorilo, da ne vedo. Na vprašanje, ali bi poiskali pomoč v primeru, ko bi nezadovoljstvo s telesnim videzom vplivalo na kvaliteto njihovega življenja, je največ anketiranih ($n = 41$; 58,60 %) odgovorilo pritrdilno, 13 anketiranih (18,60 %) pomoči ne bi poiskalo, 16 (22,00 %) pa jih je odgovorilo z »Ne vem.«. Približno polovica anketiranih ($n = 37$; 53,00 %) je odgovorila, da nikoli niso uporabili nobenih substanc z namenom povečanja mišične mase, izgube telesne mase ali na kakršen koli drugačen način izboljšanja telesnega videza, 30 % anketiranih uporablja le legalne substance, 17,00 % anketiranih moških pa anabolne steroide ali druge substance. V nadaljevanju smo pri vprašanih 4–16 odgovore anketiranih vrednotili po točkah (odgovor A = 0 točk, odgovor B = 1 točka, odgovor C = 3 točke). Anketirane smo glede na skupno število točk razdelili v 4 skupine (tabela 2).

Tabela 2: Zadovoljstvo moških uporabnikov fitnesa s telesno samopodobo

Skupine	<i>f</i>	<i>f</i> %
Anketirani, ki imajo manjše pomisleke o telesni samopodobi.	41	58,60
Anketirani, ki imajo blage do zmerno pomisleke o telesni samopodobi.	25	35,70
Anketirani, ki izkazujejo nezadovoljstvo s telesno samopodobo.	3	4,30
Anketirani, ki imajo zelo hude težave s telesno samopodobo.	1	1,40

f = število anketiranih, *f*% = odstotek

Skupni seštevek točk anketiranih se je gibal v razponu od 1 do 32 točk, največje število anketiranih ($n = 7$) je imelo seštevek točk 3, 6 in 10. Povprečni seštevek točk je znašal 9,13 ($SD = 5,68$), kar je pokazatelj, da ima večina moških le manjše pomisleke o telesni samopodobi ali pa so blago do zmerno nezadovoljni s telesnim videzom.

4 Razprava

Več kot polovica moških, ki so sodelovali v raziskavi, obiskuje fitness z namenom, da bi pridobila mišično maso. Nekoliko manj pogosto se moški za obisk fitnesa odločijo zaradi krepitve zdravja, izboljšanja telesne kondicije in zmogljivosti, najmanj moških pa obiskuje fitness centre z namenom izgube odvečne telesne mase ter sprostitve in rekreacije. Z uporabo točkovanja smo ocenili telesno samopodobo moških. Največ moških, in sicer več kot polovica, je imelo le manjše pomisleke o telesni samopodobi, zelo majhen odstotek moških je izkazoval nezadovoljstvo s telesno samopodobo ali pa je glede samopodobe izkazoval resne težave. Naše ugotovitve so primerljive z ugotovitvami raziskave, ki so jo izvedli Riccobono idr. (2020) v Italiji, in sicer z uporabo istega anketnega vprašalnika. Manjše pomisleke o telesnem videzu je imela večina anketiranih moških, zelo resne težave s telesno samopodobo pa je izkazoval le odstotek moških. Ugotovili smo, da obstaja statistična razlika med telesno samopodobo glede na namen obiskovanja fitnesa, s čimer smo lahko potrdili našo prvo hipotezo, saj so rezultati pokazali, da imajo moški, ki fitness obiskujejo z namenom povečanja mišične mase in bodybuildinga, najbolj negativno telesno samopodobo. Nezadovoljstvo s telesom so prav tako izkazovali moški, katerih cilj je izguba odvečne telesne maščobe, bolj pozitivno pa so bili naravnani moški, katerih namen je krepitev zdravja ter sprostitve in rekreacija. Naše ugotovitve so skladne z raziskavami številnih avtorjev (Babusa in Túry, 2012; Brudzynski in Ebben, 2010; Tylka in Homan, 2015; Vartanian, Wharton in Green, 2012). Althobiti, Alqurashi, Alotaibi, Alharthi in Alswat (2018) v raziskavi navajajo, da moški uporabniki fitnesa uporabljajo anabolne steroide in rastni hormon. Molero, Bakshi in Gripenberg (2017) ugotavljajo dolgotrajno uporabo dopinga pri moških, ki so v preteklosti že uporabljali prepovedane droge. Naše ugotovitve so bile, da večina moških ni nikoli uporabila kakršne koli substance za izboljšanje videza. Tretjina moških uporablja substance, ki jih lahko kupijo v lekarni ali dobijo predpisane na recept, šestina moških uporablja anabolne steroide ali druge substance. Prišli smo do spoznanja, da razlike v uporabi legalnih ali nelegalnih substanc za izboljšanje telesnega videza glede na namen obiskovanja fitness centrov ne obstajajo, saj je večina anketiranih zanikala kakršno koli uporabo takšnih substanc. Drugo hipotezo smo zato ovrgli. Med moškimi uporabniki fitnesa je zelo razširjena uporaba prehranskih dodatkov, ki jih uporabljajo z namenom pridobitve mišične mase in izgube telesne teže (Ruano in Teixeira, 2020), posledično pa so za to pripravljeni odšteti večje vsote denarja kot ženske (Goston in Toulson Davisson Correia, 2010). V raziskavi ugotavljamo, da večje vsote denarja za izboljšanje telesnega videza porabi velika večina anketiranih, nekateri celo do mere, ko jim to povzroči finančne težave. V naši raziskavi je več kot polovica anketiranih mnenja, da v Sloveniji v okviru promoviranja duševnega zdravja ni zadostne promocije pozitivne telesne samopodobe. Henderson (2012) je v svoji raziskavi za promocijo pozitivne telesne samopodobe moških uporabil psiho-

edukacijski program, ki je dosegel spodbudne rezultate. Ob koncu programa so bili moški, ki so bili prej nezadovoljni s telesnim videzom, zdaj bolj ozaveščeni o pomenu telesne samopodobe, spremenili so svoj odnos do telesa in zdravja, zato se je posledično izboljšalo sprejemanje lastnega telesa. V primeru, da bi nezadovoljstvo s telesnim videzom vplivalo na vsakodnevno življenje, bi strokovno pomoč poiskala več kot polovica anketiranih, ki so sodelovali v naši raziskavi, kar predstavlja zelo spodbuden podatek, saj Barnes, Abhyankar, Dimova in Best (2020) ugotavljajo, da je nezadovoljstvo moških z videzom telesa povezano z depresijo in tesnobo, kar predstavlja problem za mentalno zdravje moške populacije. V naši raziskavi se je desetina moških srečevala z občutki stiske zaradi nizke telesne samopodobe. Omejitve raziskave so, da smo vanjo zajeli le moške uporabnike fitnesa ene zaprte skupine na socialnem omrežju ter da je bil vzorec manjši od pričakovanega, zato zaradi naštetih omejitev naših rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo moških, ki obiskujejo fitnes.

5 Sklep

Z raziskavo ugotavljamo, da imajo moški, ki želijo pridobiti mišice in izgubiti telesno maso, bolj negativno telesno samopodobo v primerjavi z drugimi. Zaradi želje po spremembi telesnega videza so pripravljene posegati po anaboličnih steroidih in drugih substancah, ki zaradi številnih posledic predstavljajo vedno večji javnozdravstveni problem. Pomembno je, da širšo javnost ozaveščamo o pomenu zadovoljstva s telesnim videzom in o krepitvi psihičnega ter fizičnega zdravja. Odprla so se nam nova vprašanja, predvsem kako močan vpliv na telesno samopodobo imajo družabna omrežja in ostali mediji, kar bi bil lahko predmet raziskovanja v prihodnje.

LITERATURA

1. Althobiti, S. D., Alqurashi, N. M., Alotaibi, A. S., Alharthi, T. F. in Alswat, K. A. (2018). Prevalence, attitude, knowledge, and practice of anabolic androgenic steroid (AAS) use among gym participants. *Materia Socio Medica*, 30 (1), 49–52.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
3. Babusa, B. in Túry, F. (2012). Muscle dysmorphia in Hungarian non-competitive male bodybuilders. *Eating and Weight Disorders*, 17 (1), 49–53.
4. Barnes, M., Abhyankar, P., Dimova, E. in Best, C. (2020). Associations between body dissatisfaction and self-reported anxiety and depression in otherwise healthy men: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 15 (2), 1–24.
5. Brudzynski, L. in Ebben, W. P. (2010). Body image as a motivator and barrier to exercise participation. *International Journal of Exercise Science*, 3 (1), 14–24.
6. Goston, J. L. in Toulson Davisson Correia, M. I. (2010). Intake of nutritional supplements among people exercising in gyms and influencing factors. *Nutrition*, 26 (6), 604–611.
7. Greenway, C. W. in Price, C. (2018). A qualitative study of the motivations for anabolic-androgenic steroid use: the role of muscle dysmorphia and self-esteem in long-term users. *Performance Enhancement & Health*, 6 (1), 12–20.
8. Henderson, J. (2012). *Promoting healthy body image in college men: an evaluation of a psychoeducation program*. Lincoln: University of Nebraska – Lincoln.
9. Ip, E. J., Barnett, M. J., Tenerowicz, M. J. in Perry, P. J. (2011). The anabolic 500 survey: characteristics of male users versus nonusers of anabolic-androgenic steroids for strength training. *Pharmacotherapy*, 31 (8), 757–766.
10. Kobal Grum, D. (2017). *Samopodoba v diferencialni psihologiji*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

11. Lenehan, P. (2003). *Anabolic steroids and other performance enhancing drugs*. London: Taylor & Francis.
12. McCreary, D. R. (2011). Body image and muscularity. V T. F. Cash in L. Smolak (ur.), *Body image: a handbook of science, practice and prevention* (str. 198–205). New York: The Guilford Press.
13. McNeill, L. S. in Firman, J. L. (2014). Ideal body image: a male perspective on self. *Australasian Marketing Journal*, 22 (2), 136–143.
14. Moghadam, M. B., Khosrava, S., Sadeghmoghadam, L., Nasirzadeh, A. in Ebrahimi, N. (2019). The effect of Roy Adaptation model-based intervention on self concept of teenage girl. *Hormozgan Medical Journal*, 23 (3), 1–7.
15. Molero, Y., Bakshi, A. S. in Gripenberg, J. (2017). Illicit drug use among gym-goers: a cross-sectional study of gym-goers in Sweden. *Sport Medicine - Open*, 3 (31), 1–8.
16. Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W. in De la Garza Garcia, Y. L. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (6), 483–491.
17. National Institute on Drug Abuse. (2018). *Anabolic steroids DrugFacts*. Pridobljeno s <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/anabolic-steroids>.
18. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2010). Kaj je javno duševno zdravje? Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/kaj-je-javno-dusevno-zdravje>.
19. Ola, M. in Chand Singh, D. (2016). Relationship of gymming with mental health, body image satisfaction, aggression and happiness. *World Journal of Research and Review*, 3 (3), 43–46.
20. Polit, D. F. in Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, ZDA: Lippincott Williams.
21. Pope, H. G., Phillips, K. A. in Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: the secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
22. Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. in Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38 (6), 548–557.
23. Reel, J. J. (2013). *Eating disorders: an encyclopedia of causes, treatment, and prevention*. Santa Barbara: Greenwood.
24. Riccobono, G., Pompili, A., Iorio, C., Carducci, G., Parnanzone, S., Pizziconi idr. (2020). An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: the Italian validation of the adonis complex questionnaire. *Brain and Behaviour*, 10 (7), 1–7.
25. Ridley, M. (2017). Muscle dysmorphia among males: is it more common than people think? *Journal of Aesthetic Nursing*, 6 (7), 364–366.
26. Ruano, J. in Teixeira, V. H. (2020). Prevalence of dietary supplement use by gym members in Portugal and associated factors. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 17 (11), 1–8.
27. Smith, D., Ruddy, M. C. in Olrich, T. W. (2016). Muscle dysmorphia and anabolic-androgenic steroid use. V M. Hall, S. Grogan in B. Gough (ur.), *Chemically modified bodies: the use of diverse substances for appearance enhancement* (str. 31–50). London: Palgrave Macmillan UK.
28. Tacol, A., Lekić, K., Konec Juričić, N., Sedlar Kobe, N. in Roškar, S. (2019). Priročnik za preventivno delo z mladostniki Zorenje skozi To sem jaz: razvijanje socialnih in čustvenih veščin ter samopodobe. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/tsj_prirocnik_e_objava_koncna_27_6_2019.pdf?fbclid=IwAR1TacjaA-UikqThC6BnGqU9dPjxcEIC4_3GHhtLdLCBcCQMvEHLVRne_PE.
29. Tod, D. in Edwards, C. (2015). Relationships among muscle dysmorphia characteristics, body image quality of life, and coping in males. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18 (5), 585–589.
30. Tylka, T. L. in Homan, K. J. (2015). Exercise motives and positive body image in physically active college women and men: exploring an expanded acceptance model of intuitive eating. *Body Image*, 15, 90–97.
31. Vartanian, L. R., Wharton, C. M. in Green, E. B. (2012). Appearance vs. health motives for exercise and for weight loss. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 251–256.

Medosebni odnosi in komunikacija med medicinskim osebjem in pacientom

KLJUČNE BESEDE: komunikacija v zdravstvu, medosebni odnosi v zdravstvu, komunikacija pacient – medicinsko osebje

POVZETEK - Komunikacija na področju zdravstva poteka med zaposlenimi, med zaposlenimi in pacienti ter med zaposlenimi in svojci pacientov. Za raziskovanje pomena komunikacije in optimalnih medosebnih odnosov na področju zdravstva sem se odločila, ker menim, da se temu trenutno namenja premalo pozornosti in da se ne zavedamo dovolj pomena in vpliva kvalitetne komunikacije in dobrih medosebnih odnosov na samo ozdravitev pacienta. Pri raziskavi sem uporabila metodo komparacije in kompilacije. S pomočjo prebiranja literature različnih raziskovalcev in avtorjev sem povzela in izpostavila ključne ugotovitve. Dejstvo je, da je verbalna in neverbalna komunikacija ključnega pomena tako pri vzpostavljanju terapevtskega odnosa s pacienti kot tudi pri delu v timu. Raziskovalci poudarjajo, da je primerna verbalna komunikacija skozi uporabo primerne neverbalne komunikacije pomembna v praksi medicinskih delavcev, saj v veliki meri vpliva na sam izid zdravljenja pacienta. Nanj pa imajo velik vpliv tudi odnosi med medicinskimi delavci. Le-ti namreč pozitivno vplivajo na kakovost obravnave in zdravljenja pacienta ter posledično na uspešnost poteka in rezultat zdravljenja. Pomembno je, da zdravstvene ustanove težijo k ustvarjanju kulture, ki temelji na sodelovanju, učinkoviti komunikaciji, empatiji ter razvoju sočutne nege in dobrih medosebnih odnosov. Ključno je tudi ozaveščanje zdravstvenih delavcev o pomenu učinkovite verbalne in neverbalne komunikacije ter sklepanja optimalnih medosebnih odnosov in hkrati spodbujanje, da le-temu pri svojem delu namenijo dovolj pozornosti.

KEYWORDS: Communication in healthcare, interpersonal relationships in healthcare, patient-medical staff communication

ABSTRACT - Communication in health care takes place between employees, between employees and patients and patients' relatives. I decided to explore the importance of communication and optimal interpersonal relationships in healthcare because I believe that too little attention is being paid to it at the moment and that we are not aware of the impact they have on the patient's recovery. I used the method of comparison and compilation in the research. By reading the literature of various researchers and authors, I have summarised and highlighted vital findings. These support the fact that verbal and nonverbal communication factors are crucial both in establishing a therapeutic relationship with patients and in teamwork. Researchers emphasise how appropriate verbal communication through the use of appropriate nonverbal communication is essential in health professionals' practice, as it greatly influences the patient's treatment outcome itself. Relationships between medical professionals also have a significant influence on this. Specifically, they have a positive effect on the quality of treatment and treatment of the patient and, consequently, on the course's success and outcome. Hospitals and nursing homes must strive to create a culture based on teamwork, empathy, the development of compassionate care, and good interpersonal relationships. All the above findings call on medical professionals to become aware of the importance of communication and the conclusion of optimal interpersonal relationships and to pay sufficient attention to them - for the benefit of themselves, patients and the entire health system.

1 Komunikacija med zdravniškim osebjem in pacientom

Komunikacija je del našega vsakdana. Omogoča nam izmenjavo mnenj, informiranje, sodelovanje in reševanje problemov. Gre za proces izmenjave in posredovanja informacij ter misli med udeleženci komuniciranja. Pomeni odnos med dvema ali več osebami. Ne-

komunicirati ni mogoče, saj se komunikacija začne že ob stiku oseb. Tudi molk, kretnja ali gib so namreč komunikacija (Prebil idr., 2009, str. 35).

Ustrezna komunikacija je izrednega pomena na vseh področjih delovanja posameznika. Ključna pa je tudi v zdravstvu, kjer poteka med zaposlenimi, med zaposlenimi in bolnikom ter njegovimi svojci, med bolniki in med zaposlenimi in študenti (Birk, 2009, str. 59). V članku bom predstavila komunikacijo med zdravstvenim osebjem in bolnikom kot glavno sestavino, ki zagotavlja kakovost zdravstvene nege.

Pri komuniciranju z bolniki moramo biti še posebej previdni, saj so to posamezniki, ki so običajno posebej občutljivi. Spremljajo jih bolečine, poleg težav z zdravjem pa imajo običajno še veliko drugih skrbi, občutja negotovosti in strahu. Učinkovita komunikacija med bolnikom in zdravstvenim osebjem ter vzpostavitev odnosa, ki temelji na zaupanju, pozitivno vplivata na duševno zdravje in počutje pacienta ter posledično tudi na sam potek zdravljenja (Gradišnik in Velnar, 2017, str. 54). Odnos med bolnikom in zdravstvenim osebjem je zato zapleten proces, v katerem lahko hitro pride do napak in nerazumevanja (Prebil idr., 2009, str. 87).

Od samega začetka vzpostavitve odnosa med zdravstvenim osebjem in bolnikom naj osnovni cilj predstavlja ustvarjanje dobrega medosebnega odnosa, saj je le-to podlaga za učinkovito sodelovanje v procesu zdravljenja. Učinkovita komunikacija in sodelovanje pomagata pri uravnavanju čustev bolnika, olajšata razumevanje informacij povezanih z zdravljenjem in omogočata boljše prepoznavanje bolnikovih potreb in pričakovanj. Bolniki, ki imajo s svojim zdravnikom odnos, ki temelji na zaupanju, so zadovoljnejši z oskrbo, bolj sledijo nasvetom zdravnika ter v procesu zdravljenja bolj aktivno sodelujejo, kar v veliki meri pozitivno vpliva na potek zdravljenja in ima pomemben vpliv na razvoj bolezni (Fong Ha idr., 2010, str. 38).

Odnos med zdravniškim osebjem in bolnikom je zelo kompleksen, saj vključuje spoznavanje bolnikove življenjske situacije (družinske, delovne, socialnega položaja itd.), oceno njegovega psihološkega stanja (sposobnosti obvladovanja stresnih situacij, samospoštovanja, samopodobe itd.), spoznavanje zgodovine zdravstvenega stanja bolnika in družinske anamneze, postavitve diagnoze in pogovor o trenutnem zdravstvenem stanju ter postopku zdravljenja (Gradišnik in Velnar, 2017, str. 19–25).

Na komunikacijo med zdravstvenim osebjem in bolnikom poleg dejavnikov bolezni vplivajo tudi bolnikova osebnost in osebnost zdravnika, pričakovanja, kultura, izkušnje, vrednote, družina, čustveno in fizično stanje bolnika, zdravstveni sistem in socialni kontekst (Prebil idr. 2009, 23). Zdravstveno osebje mora komunikacijo prilagoditi na trenutno situacijo, na bolnikovo individualnost in njegovo trenutno psihofizično zdravstveno stanje (Dermol Hvala, 2001, str. 46).

2 Dileme v komunikaciji

Komunikacija v zdravstvu trenutno ni najbolj optimalna, kar ni posebej presenetljivo, saj se ji na splošno posveča premalo pozornosti.

2.1 Pomanjkanje časa za vzpostavitev odnosa in učinkovito komuniciranje

Zaradi povečanega števila bolnikov in nizkega števila zaposlenih ter posledično vse večje časovne stiske so stiki med pacienti in zdravstvenim osebjem omejeni na minimalni čas, kar neugodno vpliva na počutje bolnikov in pri njih stres ter občutek negotovosti in nezaupanja še poveča (Dermol Hvala, 2001, str. 46). Pomanjkanje časa prav tako povzroči izogibanje pogovoru o čustvenem in socialnem stanju bolnika s strani zdravstvenega osebja. Bolniki zato

običajno dejstev, ki bi lahko zavlačevala ali škodljivo vplivala na sam potek zdravljenja, zdravnikom ne zaupajo (Ule, 2010, str. 19).

2.2 Pomanjkanje informiranosti pacientov

Pomanjkanje časa za vzpostavitev odnosa se odraža tudi v pomanjkanju informiranosti bolnikov. Velik stres in zaskrbljenost zato pri bolnikih poleg pomanjkanja časa za vzpostavitev odnosa povzročata tudi nerazumevanje diagnoze in poteka zdravljenja, zaradi česar se bolniki zdravljenju pogosto skušajo izogniti oz. ga ne upoštevajo, kot je predpisano (Fong Ha idr., 2010, str. 42).

Učinkovita komunikacija preprečuje medicinske napake in pripomore k optimalnejšim rezultatom zdravljenja (Gradišnik in Velnar, 2017, str. 20). Temelji na vključevanju bolnika v sprejemanje odločitev in v veliki meri pozitivno vpliva na njegovo zadovoljstvo ter izboljša kakovost zdravstvene oskrbe (Fong Ha idr., 2010, str. 41).

2.3 Kaj je pri komunikaciji med pacientom in zdravstvenim osebjem pomembno?

Za izboljšanje komunikacije je ključno upoštevanje naslednjih veščin: aktivno poslušanje, empatična komunikacija ter primerna besedna in nebesedna komunikacija (Prebil idr. 2009, str. 87).

2.4 Aktivno poslušanje

Zdravstveno osebje mora bolniku pokazati, da ga posluša, ga skuša razumeti in da ima zanimanje zanj. Zanimanje za pacienta se izkazuje tako preko verbalne kot tudi neverbalne komunikacije. Aktivno poslušanje temelji na odgovarjanju na zastavljena vprašanja ter zastavljanju dodatnih vprašanj. V to področje pa spada tudi neprekinjanje govora pacienta, saj s prekinjanjem bolnika zmedemo in presekamo rdečo nit njegovih besed, zato lahko pozabi povedati informacije, ki so ključnega pomena za zdravljenje. Poleg tega s prekinjanjem govora bolniku izkazujemo nespoštovanje in onemogočamo, da pokaže strah ter spregovori o svojih težavah in občutkih (Hvala, 2001, str. 47).

2.5 Besedna in nebesedna komunikacija

Besedna komunikacija z bolniki mora biti jasna in razločna – razločen govor, uporaba razumljivih, bolniku poznanih besed, razumevanje nasvetov in diagnoze. Osnovo za vzpostavitev odnosa, ki temelji na zaupanju, predstavlja jasna komunikacija, saj vzbuja občutek varnosti, poslušnosti, pristnosti in razumevanja. Izrednega pomena je, da zdravnik ne uporablja tujk, ampak pacientu razumljive besede. V trenutku, ko pacient ne razume, o čem zdravnik razpravlja, se njuno sodelovanje prekine (Gradišnik in Velnar, 2017, str. 33–36). Pogovor ne sme biti samogovor, saj bolnik ne želi, da mu govorimo, ampak da se z njim pogovarjamo (Hvala, 2001, str. 49).

Govorica telesa, obraz in kretnje naj bi predstavljale kar 55 % komuniciranja, intonacija govora 38 %, le 7 % pa besede (Birk 2009, 4). Topli pogledi in nasmehi marsikdaj štejejo več kot besede. Zdravstveno osebje se mora prav tako zavedati, da izgovorjene besede nosijo čustven naboj, zato ni vseeno, s kakšnim tonom kaj povemo (Hvala, 2001, str. 48).

Izrednega pomena je, da ob čustvenih reakcijah in »napadih« pacientov zdravstveno osebje ohrani notranjo mirnost, pri čemer se poleg mirnosti glasu ne sme pozabiti tudi na vidike neverbalne komunikacije – na odsotnost živčnih gibov (Hvala, 2001, str. 49).

2.6 Empatično komuniciranje

Empatično komuniciranje je del ključnega elementa nege – zaupanja. Bolnik na eni strani zaupa, da je zdravnikovo znanje strokovno, da bo postopek uspešen in neboleč. Na drugi strani pa zdravnik zaupa bolniku, da bo v procesu zdravljenja sodeloval in upošteval njegove napotke (Ule, 2010, str. 22–23).

3 Kako izboljšati komunikacijo med zdravstvenim osebjem in pacientom?

3.1 *Trening komuniciranja*

Zdravstveno osebje se ne rodi z odličnimi veščinami komuniciranja, kot tudi nihče drug, zato je ključno, da se zaveda pomena teh veščin in jih pridobiva z učenjem ter prakticiranjem. Usposabljanje na področju komunikacijskih spretnosti je ključnega pomena, saj v veliki meri vpliva na počutje tako pacienta kot tudi zdravniškega osebja, poleg tega pa vpliva tudi na sam potek in rezultat zdravljenja (Fonga Ha idr., 2010, str. 40).

3.2 *Komunikacija, ki temelji na sodelovanju*

Sodelovanje vključuje dvosmerno izmenjavo informacij. Gre za vzajemno in dinamično razmerje. To od zdravstvenega osebja zahteva, da si vzame čas in razpravlja o možnostih zdravljenja ter bolnike vključi v sprejemanje odločitev in odgovornosti (Fonga Ha idr., 2010, str. 40).

3.3 *Upravljanje konfliktov*

Na odnos med pacientom in zdravstvenim osebjem lahko v veliki meri vplivajo napačna prepričanja, ki lahko pomenijo strah pred zdravili in nezaupanje v predpisane terapije. Bolniki namreč prepričanja oblikujejo v skladu z osebnimi pogledi na svet in s slišanimi informacijami, ki se lahko zelo razlikujejo od znanstveno potrjenih. Zato je pomembno, da zdravstveni delavci bolniku predstavijo koristi in pomen zdravljenja ter preverijo, ali bolnik povedano razume in sprejema.

Učinkovita in pravilna komunikacija je še posebej pomembna v situacijah sporočanja slabih novic bolnikom. Napačno obveščanje in način obveščanja imata lahko namreč resne posledice, saj lahko ovirata razumevanje bolnika, negativno vplivata na pričakovanja glede zdravljenja in na aktivno vključenost bolnika v proces zdravljenja, negativno lahko vplivata na stopnjo upanja in zaupanja zdravstvenemu osebju, ohranjanje mirnosti in konstruktivnega spopadanja z boleznijo. Zdravstveno osebje za bolnika namreč predstavlja vir psihološke podpore in informacij (Fonga Ha idr., 2010, str. 42). Če se primerna komunikacija ne vzpostavi, lahko pride do konfliktov, bolniki lahko postanejo apatični, agresivni ali se zaprejo vase (Prebil idr., 2010, str. 99). Zdravstveno osebje mora ta čustva pri pacientu prepoznati in razviti spretnosti za primeren odziv. Konfliktom se torej lahko izognemo s primerno komunikacijo, ki temelji na produktivnem pogovoru (Fonga Ha idr., 2010, str. 41).

4 Razprava

Za uspešno zdravljenje je vzpostavitev primernega odnosa med zdravniškim osebjem in pacientom ključnega pomena. Ta odnos mora temeljiti na zaupanju, saj je le-to ključnega pomena za sodelovanje in optimalen potek zdravljenja. Ker časa v zdravstvu že tako ali tako primanjkuje, je ključno, da zaupanje v odnosu vzbudimo čim prej, saj lahko tako več časa, ki nam še preostane, izkoristimo za izpolnitev strokovnih nalog in dolžnosti. Zaradi pomanjkanja časa je komunikacija med bolniki in medicinskimi delavci trenutno izredno kratka in površna,

temelji pa na le nekaj izmenjanih besedah. Posledično bolniki osebju in predpisanemu procesu zdravljenja ne zaupajo in ne sledijo. Zaradi tega se bolezni mnogokrat ne odkrijejo pravočasno in pravilno, bolniki ne razumejo diagnoz in ne vedo, kako ravnati, marsikdo ne ve, na koga se obrniti, vse to pa v veliki meri negativno vpliva tako na počutje kot tudi na uspešnost zdravljenja bolnikov. Za čim hitrejšo vzpostavitev odnosa s pacienti pa je nujno upoštevanje veččin tako verbalne kot neverbalne komunikacije. Ker pa nam večine komuniciranja niso prirojene, je nujno, da se jih priučimo. V procesu zdravljenja namreč ne gre le za ugotavljanje vzrokov bolezni in postavljanje diagnoze, temveč za kompleksen odnos, ki vključuje tudi spoznavanje bolnikove življenjske situacije (družinske, delovne, socialnega položaja itd.), oceno njegovega psihološkega stanja (sposobnosti obvladovanja stresnih situacij, samospoštovanja, samopodobe itd.), spoznavanje zgodovine njegovega zdravstvenega stanja in družinske anamneze, postavitev diagnoze in pogovor o trenutnem zdravstvenem stanju ter postopku zdravljenja. Ko govorimo o komunikaciji z bolniki, se moramo zavedati, da slednja zahteva še več previdnosti, saj sodelujemo z osebami, ki so običajno še posebej občutljive. Komunikacija mora torej temeljiti na empatiji, sodelovanju, vključevanju bolnika v proces zdravljenja, učinkovitem reševanju konfliktov, upoštevanju ostalih okoliščin in zasebnega življenja bolnika itd. Zdravstveni delavci bi morali posvetiti več pozornosti izobraževanju o pravilni in učinkoviti komunikaciji ter navezovanju stikov v zdravstvu. S tem bi ugodno vplivali nase, si olajšali delo v timu in delo z bolniki, hkrati pa svoje delo opravljali učinkoviteje, hitreje in uspešneje.

Tema o komunikaciji v zdravstvu je bistvenega pomena. Poznavanje primerne komunikacije in vzpostavitve odnosa je nujno za delo z ljudmi tudi na področjih izven zdravstva (trgovine, svetovanja itd.), v zdravstvu pa je to še toliko pomembnejše. Gre namreč za delo z občutljivejšimi posamezniki, za razreševanje intimnih težav posameznikov in za obravnavanje ter reševanje občutljivih tem. Pristop in vzpostavitev odnosa z bolnikom sta ključna za uspešno sodelovanje v procesu zdravljenja in uspešen izid le-tega. Ker je časa, ki je medicinskemu osebju na voljo za vzpostavitev terapevtskega odnosa, razmeroma malo, je ključno poznavanje veččin verbalne in neverbalne komunikacije, saj lahko s pomočjo le-teh medicinsko osebje z bolniki hitro vzpostavi zaupljiv odnos, kar jim omogoča, da preostali čas porabijo za izpolnitev svojih strokovnih nalog in dolžnosti. Ker pa nam znanje o pravilni komunikaciji ni prirojeno, se je le-te treba naučiti in se na tem področju izobraževati, vendar se tej temi na področju zdravstva trenutno namenja premalo pozornosti. V sodobnem času je medicinsko osebje prekomerno obremenjeno. Medicinske sestre in zdravniki so preveč pod stresom, časovni pritiski so preveliki, število pacientov je previsoko, zato jih sprejemajo kot po tekočem traku. Bolniki postajajo bolj številke kot ljudje. Ponekod imajo sprejemanje bolnikov organizirano celo s pomočjo oštevilčevanja čakajočih v čakalnici, kar bolnike razoseblja. Za komunikacijo in posvetovanje s pacienti ni dovolj časa – zdravniki velikokrat nimajo energije ali časa za poslušanje samih težav in simptomov ter za podajanje razumljivih razlag diagnoz in nasvetov. Zaradi pomanjkanja časa je komunikacija med bolniki in medicinskimi delavci izredno kratka in površna, temelji pa na le nekaj izmenjanih besedah. Posledično bolniki osebju in predpisanemu procesu zdravljenja ne zaupajo in ne sledijo. Zaradi tega se bolezni mnogokrat ne odkrijejo pravočasno in pravilno, bolniki ne razumejo diagnoz in ne vedo, kako ravnati, marsikdo ne ve, na koga se obrniti, vse to pa v veliki meri negativno vpliva tako na počutje kot tudi na uspešnost zdravljenja bolnikov. Zdravstveni delavci bi morali posvetiti več pozornosti izobraževanju o pravilni in učinkoviti komunikaciji ter navezovanju stikov v zdravstvu. S tem bi ugodno vplivali nase, si olajšali delo v timu in delo z bolniki, hkrati pa svoje delo opravljali učinkoviteje in uspešneje. Ključno je, da bolnišnice in zdravstveni domovi težijo k ustvarjanju kulture, ki temelji na timskem delu, empatiji, razvoju sočutne nege in dobrih medosebnih odnosih. Omenjene ugotovitve zdravstveno osebje pozivajo, da se pomena komunikacije in sklepanja optimalnih medosebnih odnosov pričnejo zavedati in da jim namenijo dovolj pozornosti – za dobrobit sebe, pacientov in celotnega zdravstvenega sistema.

5 Sklep

Komunikacija je del našega vsakdana, izrednega pomena pa je v zdravstvu, kjer je treba biti nanjo še posebej pozoren, saj sodelujemo z osebami, ki so običajno dosti bolj občutljive. Komunikacija na področju zdravstva poteka med zaposlenimi, med zaposlenimi in pacienti ter med zaposlenimi in svojci pacientov. Za raziskovanje pomena komunikacije in optimalnih medosebnih odnosov na področju zdravstva sem se odločila, ker menim, da se temu trenutno namenja premalo pozornosti in da se pomena in vpliva kvalitetne komunikacije ter dobrih medosebnih odnosov na ozdravitev pacienta ne zavedamo dovolj. V članku sem se osredotočila predvsem na komunikacijo med zdravstvenim osebjem in bolnikom kot glavno sestavino, ki zagotavlja kakovost zdravstvene nege. Z vsemi ugotovitvami navedenimi v članku želim spodbuditi k izobraževanju o pravilni in učinkoviti komunikaciji v zdravstvu. Dobro bi bilo, da bi bolnišnice in zdravstveni domovi težili k ustvarjanju kulture, ki temelji na timskem delu, empatiji, razvoju sočutne nege in dobrih medosebnih odnosih. Zavedanje pomena komunikacije in sklepanja optimalnih medosebnih odnosov v zdravstvu pomeni za zdravstvene delavce delo za dobrobit sebe, pacientov in celotnega zdravstvenega sistema.

LITERATURA

1. Birk, K. (2009). Profesionalna komunikacija kot del managementa v zdravstveni negi. Zbornik 6. študentske konference Fakultete za management. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <http://www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/978-961-266-033-8/prispevki/Birk%20Karin.pdf>.
2. Dermol Hvala, H. (2001). Pomen govorjene besede pri delu zdravstvenih delavcev. Obzornik zdravstvene nege, 35, 45–49. Pridobljeno 14. 10. 2020, s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2344>.
3. Fong Ha, J. in Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. Ochsner Journal 10 (1), 38–43. Pridobljeno 14. 10. 2020 s <http://www.ochsnerjournal.org/content/10/1/38>.
4. Gradišnik, L. in Velnar, T. (2017). Kako se pogovoriti s starejšim pacientom? Priročnik o komunikaciji za zdravstveno osebje. Maribor: Alma Mater Europaea – ECM. Pridobljeno 14. 10. 2020, s https://almamater.si/upload/userfiles/files/Zborniki/Kako-se-pogovoriti-s-starejsim-pacientom_1.pdf.
5. Prebil, A., Mohar, P. in Drobne, J. (2009). Komunikacija v zdravstvu. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.
6. Ule, M. (2010). Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo. Pridobljeno 14. 10. 2020, s https://www.fzab.si/uploads/file/ZBORNIK%20gerontologija_2010.pdf#page=17.

Intervencije za izboljšanje produktivnosti pisarniških delavcev z vidika delovne terapije: sistematični pregled literature

KLJUČNE BESEDE: ergonomija, delovno okolje, delovna terapija, produktivnost, z dokazi podprta praksa

POVZETEK - Delo človeku predstavlja pomembno okupacijo, saj mu omogoča gmotno varnost in daje občutek vrednosti. Pomembno je, da se delavec v delovnem okolju počuti dobro, saj bo le tako lahko produktiven. Delodajalci so se začeli v ta namen usmerjati v iskanje intervencij, ki poleg dobrega učinka na telo pozitivno vplivajo tudi na produktivnost delavcev. Namen raziskave je bil poiskati dokaze za različne intervencije, katerih namen je izboljšati produktivnost pisarniških delavcev. Narejen je bil sistematični pregled literature. Z uporabo ustreznih ključnih besed je bilo preglednih šest podatkovnih baz: PubMed, Business Source Premier, CINAHL, Web of Science, ProQuest in Academic Source Complete. Za oceno kakovosti študij smo uporabili ocenjevalna orodja Joanna Briggs Institute. V končno analizo je bilo vključenih deset člankov. Upoštevanje ergonomskih načel, skrb za ustrezno temperaturo delovnega okolja, telesna vadba in organizacija delovnega mesta zmanjšujejo odsotnost z dela in omogočajo večjo produktivnost pisarniških delavcev. Za najučinkovitejše so se izkazale intervencije s področja ergonomije. To področje sodi k strokovnim znanjem delovnih terapevtov.

KEYWORDS: ergonomics, evidence-based practice, occupational therapy, productivity, work environment

ABSTRACT - Work is an important human occupation. It provides financial security and feelings of self-worth. For the worker, it is crucial to feel good in the work environment; only a satisfied worker can be productive. For this reason, employers started searching for interventions that could increase both work productivity and physical well-being. The purpose of our research was to examine evidence for different interventions aimed at increasing office workers' productivity. We conducted a systematic literature review. Six databases – PubMed, Business Source Premier, CINAHL, Web of Science, ProQuest and Academic Source Complete – were searched using a combination of keywords. To evaluate the quality of studies, JBI Critical Appraisal Tools were used. Ten articles were included in the final analysis. Strategies connected with ergonomic principles, suitable environmental temperature, physical exercise, and proper organization of workstation were identified as efficient in reducing absenteeism and increasing the productivity of office workers. Ergonomic interventions were identified as the most efficient methods. This is one of the areas of expertise of occupational therapists.

1 Uvod

Delo za človeka predstavlja pomembno aktivnost ali okupacijo in ima zanj velik pomen. Poleg občutka identitete o tem, kdo smo in kakšna je naša vloga v družbi, daje tudi možnost za razvijanje spretnosti in ustvarjalnosti. Pri odraslih ima delo številne funkcije, ki presegajo zagotavljanje vira dohodka in preživetja. Delo predstavlja strukturo in vsakdanjo rutino, okrog katere organiziramo svoje življenje (Corcoran, 2004).

Delavec in delovno okolje predstavljata specifični ekološki sistem, ki deluje na podlagi prepletanja številnih dejavnikov, med drugimi tudi produktivnosti. V splošnem bi lahko produktivnost definirali kot razmerje med proizvedeno količino in količino virov, ki so bili med proizvodnjo porabljeni (Saueremann, 2016). Predstavlja tudi učinkovitost, s katero se

izpolnjujejo naloge in cilji podjetja. Imeti produktivno delovno silo je vidik poslovnega sveta, s katerim se spopadajo številna podjetja. Visoka stopnja produktivnosti je bistvenega pomena, ker predstavlja temelj prihodnje rasti podjetja (Sui, Smith, Fagan, Rollo in Prapavessis, 2019).

Pisarna je delovni prostor, namenjen izvajanju pisarniških in upravnih poslov ter administrativnih nalog. Vsekakor pa ne gre samo za dejavnost, ampak so v njej pomembni tudi ljudje. Za nekatere je pisarna drugi dom, saj v njej marsikdo preživi dobro polovico svojega dneva, zato je treba poskrbeti za dobro počutje, kar navsezadnje vpliva tudi na večjo produktivnost delavcev (Dulce Fernandez in Pimienta Carbonell, 2012). Delodajalci pri odločitvah za nove intervencije in investicije pogosto upoštevajo tudi to, da te prispevajo k izboljšanju delovne uspešnosti zaposlenih (Sarsak, 2019).

Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki se vedno bolj uveljavlja zunaj tradicionalnega zdravstvenega konteksta. Znanje ergonomije in različnih področij človekovega delovanja delovno terapijo umešča tudi v sodobno delovno okolje, v katerem delovni terapevti lahko prispevajo k boljšemu počutju, zdravju in k zadovoljstvu delavcev ter sodelujejo pri preprečevanju poškodb in promociji zdravja (Opp, 2021).

Področje intervencij, ki bi vplivale na delovno produktivnost, je še vedno slabo raziskano, zato smo se usmerili v iskanje dokazov za različne intervencije, katerih namen je izboljšati produktivnost pisarniških delavcev. Postavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšni so dokazi za različne intervencije, ki izboljšajo produktivnost pisarniških delavcev?

2 Metode

Narejen je bil sistematični pregled literature. To je proces, pri katerem si postavimo jasno oblikovano raziskovalno vprašanje, s pomočjo katerega poiščemo in kritično ocenimo ustrezne raziskave ter analiziramo podatke iz študij, ki so vključene v raziskavo (Moher, Liberati, Tetzlaff in Altman, 2009). Pri pisanju sistematičnega pregleda literature smo se ravnali po smernicah Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses ali smernicah PRISMA (Moher idr., 2009).

Iskali smo s ključnimi besedami, ki so se nanašale na glavne koncepte: pisarniški delavci, intervencije, produktivnost in z dokazi podprto. Uporabili smo naslednjo iskalno formulo: "Office work*" OR work OR office* OR "Desk work*" OR Bureau* OR Workplace OR "Office employe*" AND Interven* OR "Workplace interven*" OR method OR action OR involvement OR program AND Producti* OR efficien* OR profitabil* OR effectiv* OR "productiv* interven*" OR perform* AND Evidenc* OR "evidence base*" OR review* OR "best pract*".

Literaturo smo iskali januarja 2021 v znanstvenih bazah podatkov Business Source Premier, CINAHL, ProQuest, PubMed, Web of Science in Academic Search Complete. Uporabili smo naslednja vključitvena merila: kvantitativne in kvalitativne študije ter pregledi literature, ki vključujejo izboljšanje produktivnosti pri pisarniških delavcih, leto objave od 2010 naprej. V končno analizo smo vključili le članke, ki so bili dostopni v celoti in so bili v angleškem jeziku.

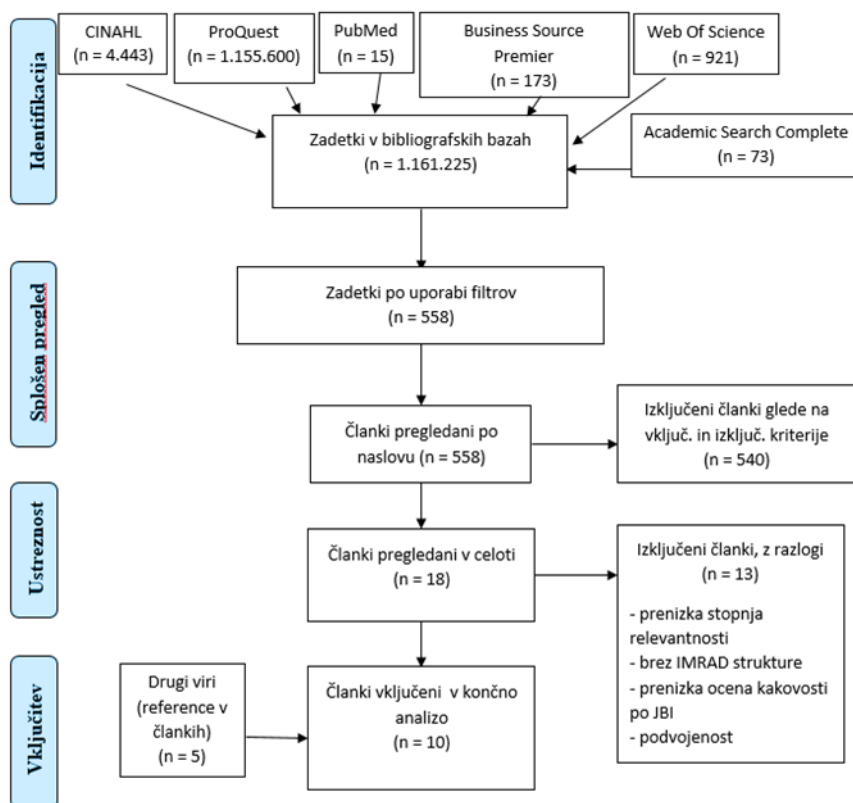
Članke smo ocenili po stopnji relevantnosti, ki smo jo določili sami v obliki šeststopenjske lestvice (Goodman, Wardrope, Myers, Cohen, McCorquodale in Kinsella, 2019). Za vključitev je morala biti relevantnost ocenjena s tri ali več. Za kvantitativne članke smo določili tudi raven dokazov (Lieberman in Scheer, 2002). Vsi članki so bili ocenjeni po kakovosti s pomočjo orodij JBI (JBI, 2020). Tako smo zagotovili, da so bili v analizo vključeni članki, ki so bili kakovostni in relevantni glede na naše raziskovalno vprašanje. Opredelitev vključenih raziskav po ravni

dokazov, kakovosti in relevantnosti je prikazana v tabeli 1. Celoten postopek iskanja literature je prikazan v diagramu PRISMA (slika 1).

Tabela 1: Opredelitev raziskav po ravni dokazov, kakovosti in relevantnosti

Avtorji in leto	Ocena kakovosti (JBI, 2021)	Relevantnost	Raven dokazov
Knight in Parker (2019)	8/11	6	I.
Waongenngarm, Areerak in Janwantanakul (2018)	8/9	5	I.
Nakphet, Chaikumarn in Janwantanakul (2015)	12/13	5	I.
Grimani, Aboagye in Kwak (2019)	11/11	6	I.
Pereira idr. (2019)	10/13	6	I.
Kekäläinen idr. (2010)	/	5	/
Leyshon idr. (2010)	5 /11	5	I.
Henning, Jacques, Kissel, Sullivan in Alteras - Webb (2010)	7/ 10	5	II.
Sui idr. (2019)	8/11	5	I.
Tarro, Llauradó, Uldermollins, Hermoso in Solà (2020)	9/11	5	I.

Slika 1: Diagram poteka strategije iskanja in izbora literature (diagram PRISMA)



Vir: Lastni vir.

3 Rezultati

V končno analizo smo vključili deset člankov. Od tega je bilo šest sistematičnih pregledov literature, dve randomizirani kontrolni študiji, ena nerandomizirana študija, ki je vsebovala kontrolno skupino, ter ena intervencijska metoda, ki je bila kombinirana s praktično renovacijo prostora. Tabela 2 predstavlja sintezo rezultatov po temah.

Tabela 2: Sinteza pregleda literature po temah

<i>Tema</i>	<i>Opis</i>	<i>Avtorji</i>
Vključevanje odmorov in njihov vpliv na delovno produktivnost	Odmori lahko pozitivno vplivajo na delovno produktivnost. Tri aktivnosti zmanjšujejo mišično utrujenost in povečujejo produktivnost. Te aktivnosti so: počitek z raztezanjem, vaje za vrat in ramena ter sprostitvev telesa, tako da se med odmori naslonijo nazaj na naslonjalo.	Nakphet idr. (2015) Leyshon idr. (2010) Henning idr. (2010)
	Izkazalo se je, da ponekod odmori na produktivnost delavcev ne vplivajo.	Nakphet idr. (2015) Waongenngarm idr. (2018)
Ergonomska načela	Organizacija delovnega mesta, telesna vadba in ergonomska načela vplivajo na zmanjšano odsotnost z dela ter na večjo produktivnost pisarniških delavcev.	Pereira idr. (2019) Grimani idr. (2019) Sui idr. (2019)
Okolje	V poletnih časih je priporočljivo hlajenje pisarniških prostorov, kar vpliva na produktivnost. Priporočljiva temperatura v poletnem času v pisarni naj bi bila 23–25 °C. Pisarne odprtega tipa omogočajo boljšo komunikacijo zaposlenih, so prilagodljive in omogočajo učinkovito uporabo prostora. Obstajajo pa tudi težave, saj se pojavljajo motnje hrupa in zasebnosti ter zmanjšanje zadovoljstva pri delu.	Kekäläinen idr. (2010)
Ustrezni odnosi in izmenjava informacij	Spodbujanje, vključevanje delavcev, dodeljevanje nagrad, izmenjava informacij, ustrezna komunikacija, svetovanje in fizične aktivnosti vplivajo na posameznikovo dojetje njegovega dela.	Knight in Parker (2019) Sui idr. (2019) Tarro idr. (2020)

4 Razprava

4.1 Vpliv aktivnih odmorov

Uporaba odmorov, ki delavcu omogočijo, da zamenja svoje delovno okolje, se je izkazala kot učinkovita intervencija za povečanje produktivnosti delavca. Kot navajajo Waongenngarm idr. (2018), so aktivni odmori, ki vsebujejo različne položaje in drže, najučinkovitejši. Nakphet idr. (2015) v svoji raziskavi ugotavljajo, da razlik med vrsto izvajanih aktivnosti ni, poudarjajo pa, da imajo aktivnosti pozitiven vpliv na zmanjšanje mišične utrujenosti in povečanje produktivnosti pisarniškega delavca. Pozitiven vpliv na delavčevo produktivnost imajo tudi različne aktivnosti za raztezanje (Henning, 2010). Ker je uporaba aktivnih odmorov v pisarnah še precej neraziskana, Leyshon idr. (2010) navajajo, da se je treba v prihodnosti usmeriti v

izvajanje visokokakovostnih študij, katerih rezultati bodo podrobneje preučili vpliv odmorov na delovno produktivnost.

4.2 Ergonomska načela

Pomembno je, da je delovno okolje prilagojeno delavčevim potrebam. Ergonomska načela omogočajo preoblikovanje delovnega mesta na način, da bo delavec zadovoljnejši, manj izpostavljen tveganju za mišično-skeletna obolenja in produktivnejši. Kot navajajo v svoji raziskavi Pereira idr. (2019), sta se za izboljšanje produktivnosti in zmanjšanje odsotnosti na delovnem mestu kot zelo učinkovita izkazala uporaba telesne vadbe in promocija ergonomskih načel. Podobne rezultate v literaturi navajajo Grimani idr. (2019), ki pravijo, da na produktivnost in zmanjšano odsotnost z dela pozitivno vplivata promocija zdravja in prestrukturiranje fizičnega okolja delavca. V delovnem okolju so tudi elementi, na katere delavec nima vpliva. Eden izmed njih je temperatura prostora, v katerem se delo izvaja. Še posebej pomembna je ustrezna temperatura pisarne v poletnih mesecih, saj ima lahko vročina močen negativen vpliv na počutje delavcev in posledično tudi na delovno produktivnost. Kot navajajo Kekäläinen idr. (2010), lahko že samo ustrezna temperatura prostora in uporaba različnih naprav za izboljšanje kakovosti zraka močno povečata produktivnost pisarniških delavcev v poletnih mesecih.

4.3 Pomen ustrezne delovne klime

Na produktivnost posameznika imajo močen vpliv tudi elementi, ki so pogosto neopazni, in eden izmed njih je delovna klima. Ustrezna delovna klima omogoča posamezniku doseganje boljših rezultatov, kar je zelo pomembno za dobro delovanje podjetja. Zelo pomembni so odnosi med sodelavci in z nadrejenimi, saj pozitivna medsebojna komunikacija vpliva na uspešnost posameznika. Sui idr. (2019) navajajo predvsem učinkovitost uporabe kombinacije okoljskih in vedenjskih intervencij na kakovost odnosov. Poleg odnosov pa je pomembno tudi okolje, ki stimulira posameznika k boljšemu delovanju. Kot navajajo Tarro idr. (2020), je pomembno, da je delovno okolje prijetno in zanimivo, saj tako vzbudi delavčevo zanimanje za delo in zmanjša odsotnost z dela. Samo zanimanje za delo pa je povezano tudi z motivacijo, saj sta motivacija zaposlenih in njihova lastna želja, da bi delo opravili čim hitreje in učinkoviteje, ena najpomembnejših faktorjev za učinkovito delovanje podjetja. Na motivacijo posameznika je mogoče vplivati z vključevanjem delavcev v raznolike naloge, s povečanjem delavčeve samozavesti in z nagrajevanjem. Vse to daje delavcu občutek pomembnosti in posledično še večji zagon za kakovostno opravljanje delovnih nalog (Knight in Parker, 2019).

4.4 Vključevanje delovnoterapevtskih intervencij v delovno okolje

Delo je v delovnoterapevtski stroki prepoznano kot eno izmed pomembnih področij človekove okupacije. Delovni terapevt se pri svojih obravnavah osredinja na vključevanje uporabnika v njemu pomembne okupacije in delo je ena tistih, ki omogoča gmotno varnost in občutek produktivnosti (Gardner - Harbeck in Fisher, 2011). Delovni terapevt je strokovnjak, ki lahko prispeva k boljšemu počutju pisarniškega delavca, saj njegova široka znanja zajemajo tudi znanja ergonomije. Poglobljeno znanje ergonomije izvira že iz bistva izobraževalnega kurikulumuma študentov delovne terapije, torej analize aktivnosti in okupacije (Opp, 2021). Z analizo aktivnosti, ki je edinstvena delovnoterapevtska veščina, lahko aktivnost razdelimo na preprostejše dele – spretnosti, s katerimi delovni terapevt ocenjuje, kako uporabnik hodi, rokuje, dviguje, premešča in še veliko več. Delovni terapevt uporablja večinoma na uporabnika usmerjen pristop, pri čemer svojo obravnavo vedno gradi na celostnem poznavanju uporabnika (Opp, 2021). Delovni terapevt se lahko pri obravnavi pisarniških delavcev poslužuje širokega spektra intervencij. Delavce lahko opolnomoči pri razumevanju zakonodaje ter oceni in prilagodi delovno okolje. Prilagodi ali prestrukturira lahko tudi delovne naloge, tako da bo

delavec energijsko varčnejši ali psihološko manj obremenjen (Opp, 2021). Pravočasno lahko prepozna dejavnike tveganja za mišično-skeletna obolenja in ustrezno ukrepa. Delavcem, ki se na delo vračajo, lahko predlaga prilagoditve za povečanje produktivnosti in udobja. Že majhne ergonomske spremembe fizikalnih dejavnikov, kot je zmanjšanje hrupa ali povečanje osvetljenosti delovne mize, lahko izboljšajo delavčevo počutje in kakovost življenja, kar je pomemben cilj delovnoterapevtske intervencije (Opp, 2021).

V pregled literature nismo vključili nobene slovenske študije, saj nismo identificirali ustreznih slovenskih znanstvenih člankov. To bi lahko pomenilo, da ugotovitve te raziskave niso prenosljive v slovensko okolje.

5 Sklep

Kot učinkovite intervencije za povečanje produktivnosti so se izkazale intervencije s področja ergonomije, in sicer reorganizacija delovnega mesta ter zagotavljanje primernih fizikalnih značilnosti, kot sta kakovost zraka in temperatura prostora. S povečanjem avtonomije in z dodatnimi spodbudami lahko delodajalec pomembno vpliva na večjo produktivnost pisarniškega delavca. Delavec lahko svojo produktivnost poveča tudi z uporabo strategij razbremenjevanja mišičnih skupin med odmori. Kljub pozitivnim vplivom aktivnosti med odmori pa se je izkazalo, da te ne vplivajo vedno na izboljšanje produktivnosti pisarniških delavcev.

Delovni terapevt se lahko že v okviru promocije zdravja poslužuje intervencij s področja ergonomije ter tako pisarniškim delavcem omogoči varnejše in produktivnejše delo ter obenem prepreči ali zmanjša vpliv mišično-skeletnih obolenj na delovno učinkovitost.

V prihodnosti bi bilo smiselno izvesti raziskavo o produktivnosti pisarniških delavcev tudi v Sloveniji in preveriti učinkovitost različnih intervencij.

LITERATURA

1. Braveman, B. in Page, J. J. (2011). *Work: Promoting Participation & Productivity Through Occupational Therapy*. Philadelphia: FA Davis Co.
2. Corcoran, M. A. (2004). *Work, Occupation, and Occupational Therapy*. *American Journal of Occupational Therapy*, 58 (4), 367–368.
3. Dulce Fernandez, J. M. in Pimienta Carbonell, L. M. (2012). Design and Construction of prototype of Ergonomic Pad controlled through Electronic Sensors to Correct Bad Postures of Office Workers and Its Impact on Productivity. *Work*, 41, 6054–6058.
4. Gardner - Harbeck J. L. in Fisher, T. (2011). Computer workstation analysis: A case study of an occupational therapy intervention. *Work*, 40(4), 369–374. doi:10.3233/WOR-2011-1248.
5. Goodman, V., Wardrope, B., Myers, S., Cohen, S., McCorquodale, L. in Kinsella, E. (2019). Mindfulness and human occupation: A scoping review. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 26 (3), 157–170. doi:10.1080/11038128.2018.1483422
6. Grimani, A., Aboagye, E. in Kwak, L. (2019). The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC Public Health*, 19 (1), 1676. doi:10.1186/s12889-019-8033-1.
7. Henning, R. A., Jacques, P., Kissel, G. V., Sullivan, A. B., in Alteras - Webb, S. M. (2010). Frequent short rest breaks from computer work: effects on productivity and well-being at two field sites. *Ergonomics*, 40 (1), 78–91. doi:10.1080/001401397188396
8. Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). Critical appraisal tools. Pridobljeno s <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.
9. Kekäläinen, P., Niemelä, R., Tuomainen, M., Kemppilä, S., Palonen, J., Riuttala, H. ... Reijula, K. (2010). Effect of reduced summer indoor temperature on symptoms, perceived work environment

- and productivity in office work: An intervention study. *Intelligent Buildings International*, 2 (4), 251–266. doi:10.3763/inbi.2010.0051
10. Knight, C., in Parker, S. K. (2019). How work redesign interventions affect performance: An evidence-based model from a systematic review. *Human Relations*, 74 (2), 69–104. doi:10.1177/0018726719865604
 11. Leyshon, R., Chalova, K., Gerson, L., Savtchenko, A., Zakrzewski, R., Howie, A. in Shaw, L. (2010). Ergonomic interventions for office workers with musculoskeletal disorders: A systematic review. *Work*, 35 (3), 335–348. doi:10.3233/WOR-2010-0994
 12. Lieberman, D. in Scheer, J. (2002). AOTA's evidence-based literature review project: An overview. *American journal of occupational therapy*, 56 (3), 344–349. doi:doi.org/10.5014/ajot.56.3.344
 13. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. in Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Plos medicine*, 6 (7). doi:10.1371/journal.pmed.1000097
 14. Nakphet, N., Chaikumarn, M. in Janwantanakul, P. (2015). Effect of Different Types of Rest-Break Interventions on Neck and Shoulder Muscle Activity, Perceived Discomfort and Productivity in Symptomatic VDU Operators: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 4 (2), 251–259. doi:10.1080/10803548.2014.11077048
 15. Opp, A. (2021). Ergonomics and Occupational Therapy: Improving Workplace Productivity. Pridobljeno s <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/WI/Articles/Improving-Productivity.aspx>.
 16. Pereira, M., Comans, T., Sjøgaard, G., Straker, L., Melloh, M., O'Leary, S. ... Johnston, V. (2019). The impact of workplace ergonomics and neck-specific exercise versus ergonomics and health promotion interventions on office worker productivity: A cluster-randomized trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45 (1), 42–52. doi:10.5271/sjweh.3760
 17. Sauermann, J. (2016). Performance measures and worker productivity. Pridobljeno s <https://wol.iza.org/uploads/articles/260/pdfs/performance-measures-and-worker-productivity.pdf>.
 18. Sui, W., Smith, S. T., Fagan M. J., Rollo, S. in Prapavessis, H. (2019). *Applied Ergonomics*, 75(2019), 27–73. doi:10.1016/j.apergo.2018.09.002
 19. Tarro, L., Llauradó, E., Ulldemolins, G., Hermoso, P. in Solà, R. (2020). Effectiveness of Workplace Interventions for Improving Absenteeism, Productivity, and Work Ability of Employees: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (6), 27–73. doi:10.3390/ijerph17061901
 20. Waongenngarm, P., Areerak, K. in Janwantanakul, P. (2018). The effects of breaks on low back pain, discomfort, and work productivity in office workers: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Applied Ergonomics*, 68, 230–239. doi:10.1016/j.apergo.2017.12.003

Obvezno cepljenje v Sloveniji in drugih državah Evropske unije

KLJUČNE BESEDE: obvezno cepljenje, imunizacija, precepljenost, kolektivna imunost, nasprotniki cepljenja

POVZETEK - Uvod: Raziskovanje vpliva obveznega cepljenja in komunikacije z nasprotniki cepljenja kot učinkovitih ukrepov za preprečevanje nalezljivih bolezni je v času pandemije nedvomno pomembno. Odklanjanje cepljenja je bilo uvrščeno med eno izmed največjih groženj za globalno zdravje v letu 2019. **Metoda dela:** Uporabili smo deskriptivno metodo dela pregleda in analize domače in tuje strokovne literature s pomočjo podatkovnih baz, objav priznanih slovenskih in tujih oziroma mednarodnih institucij ter pravnih aktov s področja zdravstvenega varstva in cepljenja. **Rezultati:** Od 27 držav članic EU ima obvezno cepljenje določeno 11 držav. Programi cepljenja se med državami EU razlikujejo. S precepljenostjo se povezujejo tudi stališča in prepričanja javnosti o cepljenju, pri čemer je pomembna koordinacija komunikacije stroke z javnostjo. **Razprava:** Za zagotavljanje pozitivnega odnosa javnosti do cepljenja in cepiv sta potrebni stalna promocija in ozaveščanje javnosti o pomembnosti cepljenja in cepiv. Kljub velikim razlikam v programih cepljenja v državah EU lahko trdimo, da je obvezno cepljenje nujen ukrep, ki so ga nekatere države morale sprejeti za doseganje zadostnega praga kolektivne imunosti, ki je nujen za zaščito populacije.

KEYWORDS: vaccination, mandatory vaccination, immunization, vaccine adherence, herd immunity, opponents of vaccination

ABSTRACT - Introduction: Research into the impact of compulsory vaccination and communication with vaccination opponents as effective measures to prevent infectious diseases is undoubtedly important during a pandemic. Vaccine hesitancy has been ranked among the biggest threats to global health in 2019. **Methods:** We used a descriptive method of reviewing and analyzing domestic and foreign professional literature with the help of databases, publications by acclaimed Slovenian and foreign or international institutions, and legal acts in the field of health care and vaccination. **Results:** Of the 27 EU Member States, 11 countries have compulsory vaccination. Vaccination programs vary between EU countries. Vaccination is also associated with public attitudes and beliefs about vaccination, with coordination of communication between the profession and the public being important. **Discussion:** Ensuring a positive public attitude towards vaccination and vaccines requires constant promotion and raising public awareness of their importance. Despite great differences in vaccination programs among EU countries, it can be argued that compulsory vaccination is a necessary measure that some countries have had to take to achieve a sufficient threshold of collective immunity.

1 Teoretična izhodišča

Raziskovanje vpliva obveznega cepljenja in komunikacije z nasprotniki cepljenja kot učinkovitih ukrepov za preprečevanje nalezljivih bolezni je v času pandemije nedvomno pomembno. Odklanjanje cepljenja je bilo uvrščeno med eno izmed največjih groženj za globalno zdravje v letu 2019 (World Health Organization, 2019). Cepljenje je postopek, s katerim v telo posameznika vnesemo oslABLJENE ali mrtve povzročitelje nalezljivih bolezni ali njihove sestavine, ti pa v telesu spodbudijo imunski odziv proti povzročiteljem bolezni (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Je ekonomsko najbolj učinkovit ukrep preventivnega zdravstvenega varstva za zagotavljanje zdravja posameznika (Andre idr., 2008). Evropska unija nima enotnega programa cepljenja (European Centre for Disease Prevention,

2015), ta pristojnost je prepuščena državam članicam. Število obolelih za davico, otroško paralizo, tetanusom, ošpicami, mumpsom, rdečkami in oslovskim kašljem je po uvedbi programa cepljenja v Sloveniji drastično upadlo (Učakar in Simonović, 2020), kar utemeljuje učinkovitost cepljenja. Kljub temu se je po podatkih NIJZ (2019a) precepljenost populacije proti navedenim boleznim od leta 2009 postopoma nižala. Leta 2018 je bila precepljenost za vse našteje bolezni nižja kot leta 2009. Za nižanje deleža cepljenih oseb sta dva razloga: opustitev cepljenja zaradi zdravstvenih razlogov in odklanjanje cepljenja (Kraigher in Sevljak Jurjevec, 2011). Medtem ko WHO opozarja na nevarnosti nizke precepljenosti, je bil še leta 2020 vložen predlog novele Zakona o nalezljivih boleznih z namenom ukinitve obveznega cepljenja v Sloveniji (Državni zbor, 2020).

2 Empirični del

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskovanja je s pomočjo pregleda literature opisati tematiko cepiv in cepljenja, sisteme obveznega cepljenja držav EU in stališča slovenske javnosti do obveznega cepljenja.

Cilji raziskovanja: (1) Primerjati obvezno cepljenje v Sloveniji in ostalih državah EU, (2) opisati pomen vpliva obveznega cepljenja in precepljenosti na globalno zdravje, (3) ugotoviti, kakšna so stališča slovenske javnosti glede cepljenja v Sloveniji in (4) predstaviti razloge odklanjanja cepljenja.

Raziskovalna vprašanja:

- (1) Kakšne so razlike v programih obveznega cepljenja v državah EU?
- (2) Kakšen je pomen obveznega cepljenja in precepljenosti za zdravje populacije?
- (3) Kakšna so stališča slovenske javnosti glede cepljenja in kakšni so razlogi za odklanjanje?

2.2 Raziskovalna metodologija

Uporabili smo deskriptivno metodo pregleda in analize domače in tuje strokovne literature. Opravili smo jo s pomočjo podatkovnih baz (COBISS+, Cinahl with Full Text in Medline preko baze EBSCOhost, The Cochrane Library, Google Scholar, Nature, Pubmed NCBI, ScienceDirec), objav priznanih slovenskih in tujih oziroma mednarodnih institucij (Nacionalni inštitut za javno zdravje, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, WHO, organi EU, Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni, Centers for Disease Control and Prevention) ter zakonov in ustave Republike Slovenije. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku cepljenje (vaccination), obvezno cepljenje (mandatory vaccination), imunizacija (immunization), precepljenost (vaccine adherence), kolektivna imunost (herd immunity), nasprotniki cepljenja (opponents of vaccination), cepljenje v EU (vaccination in EU) ter zgodovina cepljenja (history of vaccines). Literatura, povezana s cepljenjem v Sloveniji, v večji meri izhaja iz raziskav NIJZ, medtem ko smo nazadnje posodobljene podatke o programih cepljenja za države EU pridobili na spletnih straneh ECDC (2020). Omejili smo se na literaturo, ki je mlajša od deset let, z izjemo Zakona o nalezljivih boleznih, Ustave Republike Slovenije in virov o delovanju in pozitivnih učinkih cepiv. Pridobivanje podatkov je potekalo od 1. aprila do 31. maja 2020.

3 Rezultati

3.1 Obvezno cepljenje v Sloveniji

Cepljenje v Sloveniji je obvezno (Zakon o nalezljivih boleznih, 2006) proti hepatitisu B, oslovskemu kašlju, hemofilusu influence tipa B, mumpsu, otroški paralizi, davici, tetanusu, ošpicam in rdečkam. Minister za zdravje na predlog NIJZ določi letni program cepljenja in zaščite z zdravili ter pogoje in način izvedbe letnega programa. Obvezna in priporočena cepljenja za predšolske otroke, učence, dijake, študente in ostale so poleg zakonov določena v letnem Programu cepljenja. Podatki za davico, otroško paralizo, tetanus, ošpice, mumps, rdečke in oslovski kašelj kažejo, da se je število obolelih po uvedbi obveznega cepljenja močno znižalo za vse bolezni (Učakar in Simonović, 2020).

3.2 Obvezno cepljenje v državah Evropske unije

Vse države EU imajo programe cepljenja, ki ob določenem času določena cepiva priporočajo za določen del ali celotno populacijo. Nekatero države imajo proti nekaterim boleznim cepljenje opredeljeno kot obvezno, druge kot priporočeno. Določeno je tudi, ali cepljenje financira država ali je cepljenje samoplačniško. Izbrani podatki so povzeti po nazadnje posodobljenih podatkih ECDC (2020). Vsaj eno cepljenje je obvezno v 11 državah EU (ECDC, 2020): Belgija, Bolgarija, Češka, Francija, Hrvaška, Madžarska, Malta, Italija, Poljska, Slovaška, Slovenija. Neobvezno cepljenje (ECDC, 2020), a priporočeno, imajo v ostalih državah: Avstrija, Ciper, Danska, Estonija, Finska, Grčija, Latvija, Litva, Luksemburg, Malta, Nizozemska, Portugalska, Romunija, Španija, Švedska. Obvezno cepljenje je v vsaj eni državi EU odrejeno proti tuberkulozi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, ošpicam, mumpsu, rdečkam, pnevmokoknim in meningokoknim okužbam. Belgija ima obvezno cepljenje proti otroški paralizi (ECDC, 2020). Bolgarija ima obvezno cepljenje proti tuberkulozi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020). Češka ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam. Poleg cepljenja, ki je obvezno za celotno populacijo, je cepljenje za rizične skupine obvezno tudi proti tuberkulozi, pnevmokoknim okužbam, hepatitisu B (za razliko od cepljenja splošne populacije se rizične skupine cepi v prvih 24 urah po rojstvu ali po 18. letu, če ni dokazil o prejšnjih cepljenjih) in hepatitisu A (ECDC, 2020). Francija ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, meningokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020). Hrvaška ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020). Italija ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, ošpicam, mumpsu, rdečkam in noricam. Poleg cepljenja, ki je obvezno za celotno populacijo, je cepljenje za rizične skupine obvezno tudi proti hepatitisu B (za razliko od cepljenja splošne populacije se rizične skupine cepi v prvih 12–24 urah po rojstvu, nato še dvakrat, sledi cepljenje po rednem programu) (ECDC, 2020). Madžarska ima obvezno cepljenje proti tuberkulozi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu, rdečkam in noricam (ECDC, 2020). Malta ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu in otroški paralizi (ECDC, 2020). Poljska ima obvezno cepljenje proti tuberkulozi, davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020). Slovaška ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B, pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020). Slovenija ima obvezno cepljenje proti davici, tetanusu, oslovskemu kašlju, otroški paralizi, Hib, hepatitisu B,

pnevmokoknim okužbam, ošpicam, mumpsu in rdečkam (ECDC, 2020); če obstajajo epidemiološki razlogi, je cepljenje obvezno tudi proti trebušnemu tifusu, hepatitisu A, meningokoknim okužbam, steklini, rumeni mrzlici in tuberkulozi (NIJZ, 2019c).

3.3 *Stališča in odnosi do cepljenja*

Raziskave so pokazale (Kamin, 2018), da so matere, zdravstveni delavci, študenti medicine in mediji tisti, ki poglavitno vplivajo na odnos javnosti do cepljenja, zato jih opredeljujejo kot ključne javnosti. Stališča in odnos ključnih javnosti so pomembni za širše javno zaupanje v cepljenje in cepiva. Z zaupanjem v cepljenje se opisuje občutke, ki so povezani s cepljenjem, z oklevanjem pa zavlačevanje ali zavračanje cepljenja (Učakar in Fafangel, 2018). Faktorji, ki vplivajo na oklevanje staršev pri cepljenju so strah pred nevarnostmi cepljenja, nezaupanje v varnost in učinkovitost cepiv, občutek samozadostnosti oziroma nepotrebnosti cepljenja zaradi majhnega tveganja za okužbo in dostopnost oziroma prikladnost cepljenja kot storitve. Pomembni faktorji za preprečitev cepljenja na predviden datum so nerazumljene informacije in gradiva o cepljenju, neprijaznost zdravstvenega osebja, in primanjkljaj informacij ter gradiv o cepljenju. Učakar in Fafangel (2018) ugotavljata, da v cepljenje in cepiva zaupa manj kot 50 % slovenskih mater z majhnimi otroki, 56 % mater se je strinjalo, da bi otroke cepilo, tudi če cepljenje ne bi bilo obvezno, 23 % jih je bilo v raziskavi neodločenih. Če bi se matere znale izogniti rednemu cepljenju, se jih je 13 % strinjalo, da njihovi otroci ne bi bili cepljeni, 17 % pa se jih je strinjalo s trditvijo, da cepiva niso varna in lahko ogrozijo zdravje otrok (Učakar in Fafangel, 2018). Kropivnik (2018) ugotavlja, da ima 50,7 % vseh mater, vključenih v raziskavo, povsem pozitiven odnos do cepljenja, 9,9 % vseh mater pa povsem negativen odnos. Pucelj, Vrdelja in Verčič (2018) ugotavljajo, da o cepljenju obstaja neenotnost tudi znotraj zdravstvene stroke. Ugotavljajo, da starši potrebujejo vedno več informacij v zvezi z neželenimi učinki cepljenja. Kraigher (2011) poroča, da v Sloveniji pred leti niso poznali težav, kot so odklanjanje cepljenja zaradi drugačnih prepričanj in gibanj nasprotnikov cepljenja, ki starše odvrta od cepljenja, ter jih spodbujajo k uporabi alternativnih metod za varovanje pred boleznimi. Larson idr. (2016) ugotavljajo, da se Slovenija po deležu posameznikov, ki jim cepljenje predstavlja neskladje z verskim prepričanjem, uvršča na prvo mesto izmed 30 evropskih držav.

Mediji imajo kot vir informacij pomemben vpliv na javno mnenje o cepljenju (Cataldi, Dempsey in O'Leary, 2016; Dixon in Clarke, 2013; Klemm, Das in Hartmann, 2014). Ko ljudje informacije dobivajo primarno iz medijev, je več možnosti za napačno interpretiranje informacij (Dixon in Clarke, 2013). Skupine, ki nasprotujejo cepljenju, so bolj prisotne v javnem diskurzu klasičnih medijev in spleta, kar je pripeljalo do pretiravanja in dramatiziranja, ko govorimo o posledicah cepljenja (Poland in Jacobson, 2001). Klemm idr. (2014) ugotavljajo, da lahko mediji s svojo vsebino in tonom poročanja močno vplivajo na dojetje cepljenja kot bolj tveganega. Kontroverzne vsebine so za medije zanimivejše in lahko spodbujajo soočenja tudi z nasprotniki cepljenja, katerih argumenti in tako imenovana alternativna dejstva niso podprta z znanstvenimi dokazi in jih ni utemeljeno upoštevati (Cataldi idr., 2016).

Na zaupanje javnosti v cepljenje in cepiva pomembno vplivajo tudi prepričanja in vedenja zdravstvenih delavcev, ki so promotorji cepljenja (ECDC, 2015), predvsem zdravnikov, ki jim matere v Sloveniji glede cepiv zaupajo v 85 %, in medicinskih sester, ki jim matere v Sloveniji glede cepiv zaupajo v 74 % (Učakar in Fafangel, 2018). Učakar (2018) v raziskavi ugotavlja, da slovenski zdravniki glede cepljenja najbolj zaupajo informacijam slovenskih strokovnjakov s področja cepljenja. Cepljenju in cepivom povsem zaupa 92 % slovenskih zdravnikov, 97 % pa se jih je povsem ali v glavnem strinjalo, da cepiva večinoma učinkovito zaščitijo cepljene osebe pred nalezljivimi boleznimi

3.4 Koordinacija komunikacije stroke z javnostjo

Verčič in Vrdelja (2018) izpostavljata, da je za uspešno komuniciranje nujno potrebno delovno telo na državni ravni, sestavljeno iz strokovnjakov, ki imajo ustrezna pooblastila za komuniciranje o cepljenju, to pa mora imeti poenotena stališča na ravni doktrine. Avtorja kot nujno izpostavljata aktivno, načrtno, strateško in sistematično promocijo ter izobraževanje širše javnosti o nevarnostih nalezljivih boleznih po tradicionalnih, digitalnih, socialnih in mobilnih medijih, saj zaradi uspešne preprečitve nekaterih boleznih teh v današnjem času skorajda več ne prepoznamo in se jih posledično tudi ne bojimo (Verčič in Vrdelja, 2018).

3.5 Negativna stališča do cepljenja

Stališča, ki nasprotujejo obveznemu cepljenju, opisujejo, da cepiva povzročajo raznovrstne bolezni, da je za preprečitev boleznih edina alternativa zdrav način življenja in zdrava prehrana (Tafari idr., 2014), da JAZMP skriva (Državni zbor, 2020) študije varnosti in učinkovitosti zdravil, da si stroka ni enotna, da se je več desetletij prikrivalo sestavine cepiv, da so nalezljive bolezni izbruhnile v popolnoma precepljenih populacijah, da je obvezno cepljenje represija, da ni odgovornosti za škodo po cepljenju, da je cepljenje (Kata, 2012) del koruptivne zarote med zdravstveno stroko, farmacevtsko industrijo in vladami. Pucelj idr. (2018) ugotavljajo, da starši, ki dvomijo o cepljenju ali z njim odlašajo, vedo veliko o stranskih učinkih cepiv, a zelo malo o boleznih, ki jih s cepljenjem preprečujemo, da se veliko staršev boji cepljenja predvsem pri prvem otroku, da želijo starši nekatera cepiva zgolj predstaviti v kasnejše obdobje, da že imajo slabe izkušnje s cepljenjem, da imajo prijatelje in znance, ki zavračajo cepljenje. Številni raziskovalci ugotavljajo (Pucelj idr., 2018), da bi zdravstvene delavce morali dodatno usposobiti za komuniciranje s starši.

4 Razprava

Države EU imajo za zagotavljanje zdravja populacije predpisane programe cepljenja, ki predlagajo vrsto cepiva in starost posameznih demografskih skupin ob cepljenju (ECDC, 2020).

S prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšne so razlike v programih obveznega cepljenja v državah EU. Programi cepljenja se razlikujejo po obveznosti cepljenja, saj je obvezno cepljenje urejeno v 11 izmed 27 držav članic EU. Velike razlike so tudi med državami, ki imajo obvezno cepljenje – kot primer: Belgija ima predpisano obvezno cepljenje le proti eni nalezljivi bolezni, kar je med državami z obveznim cepljenjem najmanj, Madžarska pa ima obvezno cepljenje predpisano proti 12 nalezljivim boleznim. Cepljenje proti otroški paralizi je najpogosteje določeno kot obvezno, izvaja ga kar 11 držav. Cepljenje proti hepatitisu A ima kot obvezno določeno le Češka, proti meningokoknim okužbam le Francija, proti noricam pa le Madžarska. Razlike se pojavljajo tudi v časovnih okvirih cepljenja, ki niso enotni (ECDC, 2020).

Z drugim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšen je pomen obveznega cepljenja in precepljenosti za zdravje populacije. Pomen obveznega cepljenja se kaže v znižanju števila obolelih za nalezljivimi boleznimi po uvedbi obveznega cepljenja v Sloveniji (Učakar in Simonović, 2020). Na nujnost obveznega cepljenja kaže raziskava, sodeč po kateri bi se 13 % mater izognilo cepljenju, medtem ko se jih je le 56 % strinjalo, da bi otroke cepile tudi, če cepljenje ne bi bilo obvezno (Učakar in Fafangel, 2018). Tako bi precepljenost hitro padla pod nivo, ki je potreben za zagotavljanje kolektivne imunosti proti katerikoli izmed obravnavanih nalezljivih boleznih (NIJZ, 2019b).

S tretjim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, kakšna so stališča slovenske javnosti glede cepljenja in kakšni so razlogi za odklanjanje. Pregled stališč slovenske javnosti glede

cepljenja kaže, da se zdravniki v veliki večini strinjajo s cepljenjem in cepivi ter programe obveznega cepljenja tudi podpirajo. Če bi znanost in dosežki cepljenja veljali kot doktrina, bi bilo pričakovati, da se glede pozitivnih učinkov strinjajo vsi zdravniki (Učakar in Fafangel, 2018). Zdravniki in drugo zdravstveno osebje predstavljajo ključno povezavo med sprejemanjem in zavračanjem cepljenja javnosti, saj javnost v veliki meri zaupa njihovi strokovni presoji (ECDC, 2015; Učakar in Fafangel, 2018). Zavračanje cepljenja je posledica več dejavnikov, kot so strah, pojavljanje nestrokovnih mnenj v različnih medijih, neznanje o delovanju in pripravi cepiv, socialni krog, kultura (Učakar in Fafangel, 2018), zaradi česar je toliko bolj pomembno, da je na državni ravni organizirana enotna promocija cepljenja, ki predstavlja temelj za uspešno zagotavljanje visokega sprejemanja cepljenja in cepiv (Verčič in Vrdelja, 2018).

Opozarjamo na možnost nepopolnosti podatkov, ki jih zaradi jezikovnih preprek ni bilo mogoče dvojno preveriti. Izkazalo se je, da je v Sloveniji, v primerjavi s podatki na ECDC, več primerov, ko je cepljenje obvezno pri ranljivih skupinah. Ker na strani ECDC teh primerov za Slovenijo ni zapisanih, lahko sklepamo, da so tudi pri drugih državah ti primeri izključeni.

5 Sklep

V prispevku smo predstavili obvezno cepljenje v Sloveniji; pojasnili, v katerih državah EU je cepljenje proti katerim boleznim obvezno; predstavili stališča in odnos javnosti do cepljenja; predstavili pomembnost kolektivne imunosti, učinke in pomembnost obveznega cepljenja na število obolelih; in ugotovili, da je obvezno cepljenje učinkovit ukrep za zagotavljanje zdravja širše javnosti. Cepiva so eden izmed najpomembnejših zdravstvenih dosežkov na področju preprečevanja nalezljivih bolezni. Učinkovitost cepiv je neizpodbitno dejstvo, zaradi česar se jih poslužujejo vse države članice EU. Programi obveznega cepljenja držav EU se med seboj močno razlikujejo, kljub razlikam pa lahko trdimo, da je obvezno cepljenje nujen ukrep, ki so ga nekatere države morale sprejeti za doseganje zadostnega praga kolektivne imunosti. Pomemben vpliv na sprejemanje oziroma zavračanje cepljenja in cepiv ter posledično zagotavljanje precepljenosti imajo starši, mediji in zdravniki. Za zagotavljanje pozitivnega odnosa javnosti do cepljenja in cepiv sta potrebni stalna promocija in ozaveščanje javnosti o pomembnosti cepljenja in cepiv. Za nadaljnje raziskovanje na področju cepljenja in cepiv bi bilo smiselno raziskati stališča nasprotnikov cepljenja, ki kljub jasnim dokazom o pozitivnih učinkih in dosednji promociji cepiv še vztrajajo pri svojem mišljenju.

LITERATURA

1. Andre, F. E., Booy, R., Bock, H. L., Clemens, J., Datta, S. K., John, T. J., ... Schmitt, H. J. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the world health organization*, 86 (2), 140–146. <https://doi.org/10.2471/blt.07.040089>
2. Cataldi, J. R., Dempsey, A. F. in O'Leary, S. T. (2016). Measles, the media, and MMR: Impact of the 2014-15 measles outbreak. *Vaccine*, 34 (50), 6375–6380. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.10.048>
3. Dixon, G. N. in Clarke, C. E. (2013). Heightening uncertainty around certain science: media coverage, false balance, and the autism-vaccine controversy. *Science communication*, 35 (3), 358–382. <https://doi.org/10.1177/1075547012458290>
4. Državni zbor (2020). Besedilo Predloga zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o nalezljivih boleznih. Pridobljeno 1. 4. 2020, s https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=A9CBE35886998EA9C1258519004186F4&db=pre_zak&mandat=VIII&tip=doc#.

5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2015). Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe. A qualitative study. Pridobljeno s <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/vaccine-hesitancy-among-healthcare-workers.pdf>.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). Vaccine scheduler. Pridobljeno 1. 4. 2020, s <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>.
7. Jeraj, I. (2018). Stališča, znanje in prakse slovenskih študentov medicine do cepljenja. V A. Kraigher (ur.), Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji (str. 111–122). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
8. Kamin, T. (2018). Recenzija. V A. Kraigher, (ur.), Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji (str. 7). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
9. Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30 (25), 3778–3789. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.11.112>
10. Klemm, C., Das, E. in Hartmann, T. (2014). Swine flu and hype: a systematic review of media dramatization of the H1N1 influenza pandemic. *Journal of risk research*, 19 (1), 85–110. <https://doi.org/10.1080/13669877.2014.923029>
11. Kraigher, A. (2011). Cepljenje v Sloveniji. V A. Kraigher, A. Ihan in T. Avčin (ur.), Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja (str. 26–36). Ljubljana: Sekcija za preventivno medicine, SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/cepljenje_-_knjiga.pdf.
12. Kraigher, A. in Sevljak Jurjevec, M. (2011). Standardni postopek, kadar cepljenje ni izvedeno. V A. Kraigher, A. Ihan in T. Avčin (ur.), Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja (str. 104–107). Ljubljana: Sekcija za preventivno medicine, SZD, Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe, SZD, Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/cepljenje_-_knjiga.pdf.
13. Kropivnik, S. (2018). Odnos do cepljenja v Sloveniji: kazalniki, populacija in segmenti. V A. Kraigher (ur.), Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji (str. 64–86). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf
14. Larson, H. J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, ... Jones, N. S. (2016). The state of vaccine confidence 2016: Global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*, 12 (2016), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>.
15. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2016). Cepljenje – najučinkovitejši ukrep za ohranjanje zdravja. Pridobljeno 1. 4. 2020, s <https://www.nijz.si/sl/cepljenje-najucinkovitejsi-ukrep-za-ohranjanje-zdravja>.
16. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2019a). Precepljenost predšolskih otrok v Sloveniji v letu 2018. Pridobljeno 1. 4. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/predsolski_otroci_precepljenost_2018_mar_2019.pdf.
17. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2019b). Analiza izvajanja cepljenja v Sloveniji v letu 2018. Pridobljeno 1. 5. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/porocilo_cepljenje_2018.pdf.
18. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). (2019c). Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2019. Pridobljeno 1. 5. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/navodila_za_izvajanje_ip_2019.pdf.
19. Poland, G. A. in Jacobson, R. M. (2001). Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement. *Vaccine*, 19 (17–19), 2440–2445. [https://doi.org/10.1016/s0264-410x\(00\)00469-2](https://doi.org/10.1016/s0264-410x(00)00469-2)
20. Pucelj, V., Vrdelja, M. in Verčič, D. (2018). Cepitelji in starši: zaupanje, izkušnje in dileme. V A. Kraigher (ur.), Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji (str. 87–96).

- Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
21. Tafuri, S., Gallone, M. S., Cappelli, M. G., Martinelli, D., Prato, R. in Germinario, C. (2014). Addressing the anti-vaccination movement and the role of HCWs. *Vaccine*, 32 (38), 4860–4865. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.11.006>
 22. Učakar, V. (2018). Stališča in odnos do cepljenja ter prakse slovenskih zdravnikov. V A. Kraigher (ur.), *Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji* (str. 97–111). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
 23. Učakar, V. in Fafangel, M. (2018). Zaupanje in oklevanje pri cepljenju med materami majhnih otrok v Sloveniji. V A. Kraigher (ur.), *Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji* (str. 51–63). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
 24. Učakar, V. in Simonović, Z. (2020). Delež cepljenih v Sloveniji in Evropi. V D. Arko in N. Kozar (ur.), *Cepljenje nosečnic, otrok, mladostnikov in zdravstvenega osebja: zbornik prispevkov*, Maribor, 31. januar 2020 (str. 19–26). Maribor: Univerzitetni klinični center, Klinika za ginekologijo in perinatologijo.
 25. Verčič, D. in Vrdelja, M. (2018). Izhodišča za strateške načrte komuniciranja na področju obvladovanja nalezljivih bolezni s cepljenjem. V A. Kraigher (ur.), *Cepljenje - stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji* (str. 123–129). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/monografija_8_07-03-18.pdf.
 26. World Health Organization (WHO). (2019). Ten threats to global health in 2019. Pridobljeno 1. 4. 2020, s <https://www.who.int/news-room/feature-stories/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
 27. Zakon o nalezljivih boleznih (2006). Uradni list RS, št. 33/2006 (30. 3. 2006). Pridobljeno 1. 4. 2020, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2006-01-1348/>.

Perception and knowledge of mothers about the nutrition of newborns and infants

KEYWORDS: nutrition, breastfeeding, infants, newborns, mother's milk

ABSTRACT - Introduction: The nutrition of newborns and infants has been the subject of study by many scientific and professional organizations as an important public health concern. The composition of mothers' milk supports the baby's health, influencing its emotional, cognitive, and physical development. **Methodology:** A survey was conducted using an online questionnaire with 16 questions. A link to the questionnaire was posted on Facebook. Participation was voluntary and anonymous. Two hundred nineteen (219) mothers were surveyed. **Results:** The results have shown that most mothers were breastfeeding; 13% for the first six months, more than 17% continued breastfeeding beyond 6 months, while 5.5% of the surveyed mothers were breastfeeding exclusively until their baby was six months old. The results indicate differences in the surveyed mothers' breastfeeding practices compared to WHO recommendations. Moreover, 90% of mothers are insufficiently informed about breastfeeding. **Discussion and Conclusion:** Community health nurses should provide breastfeeding education to mothers and promote WHO recommendations about feeding infants and young children with the aim of improving initiation and duration of breastfeeding for the benefit of both mother and child.

KLJUČNE RIJEČI: prehrana, dojenje, novorođenčad, dojenčad, majčino mlijeko

POVZETEK - Uvod: Prehrana novorođenčadi i dojenčadi predmet je proučavanja mnogih znanstvenih i stručnih organizacija kao važan javnozdravstveni segment. Sastav majčinog mlijeka podržava i djeluje na djetetovo zdravlje, utječući na njegov emocionalni, kognitivni i tjelesni razvoj. **Metodologija:** Istraživanje je provedeno putem društvenih mreža uz korištenje upitnika sa 16 pitanja. Link na upitnik objavljen je na Facebooku. Sudjelovanje je bilo dobrovoljno i anonimno. Ispitano je dvjesto devetnaest (219) majki. **Rezultati:** Rezultati su pokazali da je većina majki dojila; 13% tijekom prvih šest mjeseci, više od 17% nastavilo je dojiti i nakon 6 mjeseci, dok je 5,5% ispitanih majki dojilo isključivo dok dijete nije navršilo šest mjeseci. Rezultati ukazuju na razlike u praksama dojenja ispitanih majki u odnosu na preporuke SZO-a. Štoviše, 90% majki nije dovoljno informirano o dojenju. **Rasprava i zaključak:** Medicinske sestre u zajednici trebale bi majkama pružiti edukaciju o dojenju i promicati preporuke SZO-a o hranjenju dojenčadi i male djece s ciljem poboljšanja promocije i trajanja duljine dojenja u korist majke i djeteta.

1 Theoretical section

Before a child can eat independently, it has to develop certain skills. Until then, the child is fully dependent on its environment, primarily its mother (Korunić & Jurišić, 2013). The composition of breast milk changes with the child's growth and development. Breastfeeding provides nourishment and has a beneficial impact on the child's development. It reduces the risk of infections in infancy and the risk of sudden infant death syndrome (Thompson et al., 2017). Children who are not breastfed are more likely to suffer from various diseases during the first year of life (Frković et al., 2003). The composition of breast milk changes over the course of lactation according to the children's needs (Krešić et al., 2013). In some babies born prematurely, feeding with mother's milk and breastfeeding is not possible due to the absence of

swallowing reflexes and other functional abilities. Oral sensorimotor function, swallowing function, pulmonary and digestive functions, central nervous system integration, and muscle tone development in premature babies are delayed (Kolundžić et al., 2011). There are also possible contraindications to breastfeeding, which can be permanent, temporary, and relative (Vidić, 2016). Type of delivery is one of the predictors of infant feeding method (Softić et al., 2007). Feeding infant formulas/other breast-milk substitutes to newborns and premature babies is recommended when breastfeeding is not possible or when breast milk supply is low. Infant formula is rich in protein, calcium, phosphorus, and calories, but it cannot match breast milk (Prpić et al., 2004). The introduction of complementary foods into the infant's diet is recommended when the child is approximately six months old because breast milk/breast milk substitutes alone can no longer meet the child's nutritional needs. In parallel with breastfeeding or feeding with breast-milk substitutes, complementary puréed or mashed foods are introduced into the infant's diet at around sixth months (Širca Čampa, 2019). Hypersensitivity to certain foods is an indication of the need to exclude them from the diet (Kolaček, 2011). This paper analyzes some factors in newborns' and infants' diets, compares breastfeeding with supplementing, and examines mothers' breastfeeding practices, such as the duration of breastfeeding and supplementing practices.

2 Empirical section

2.1 Purpose and goal of the research

This paper aims to analyze some factors in newborns' and infants' diets, compare breastfeeding with supplementing, and examine mothers' breastfeeding practices, such as breastfeeding duration and introduction of breast-milk substitutes in their children's diet. The research goal was to gain a better insight into infant feeding practices among the surveyed mothers, i.e. collect information on whether or not they are breastfeeding, whether or not they are exclusively breastfeeding, how long they were breastfeeding, and about their children's diets in general. The selected variables are examined with the aim of determining the correlation of a mother's socio-demographic characteristics with some aspects of breastfeeding and their attitudes toward child nutrition, as well as the relationship between individual variables analyzed.

2.2 Hypothesis

H1 Mothers are sufficiently informed about breastfeeding, the recommended duration of breastfeeding and infant and young child nutrition and feeding practices.

2.3 Research methodology

Data collection methods and techniques

Data were collected with an online questionnaire. The results of the survey are presented descriptively. It was not possible to examine the cause-and-effect relationships between the variables.

Instrument and sample description

A survey was conducted using a questionnaire created on Google Docs Form. A link to the questionnaire was posted on the Facebook page of RODA association with a note explaining the purpose of the survey. The questionnaire contained 16 statements/questions about the age of the mother and her child, number of children, and breastfeeding practices, such as breastfeeding duration and time of introduction of complementary foods. The survey sample included 219 mothers of different chronological ages.

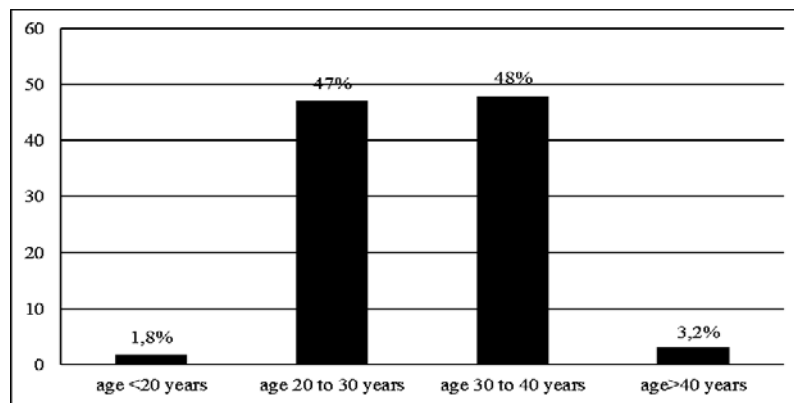
Description of data collection and processing

The collected data were processed using the SPSS software and the authors entered the data themselves. The data obtained are expressed in absolute and relative values and presented in a graphical and tabular form.

3 The results

Most mothers come from the 30 to 40 (48%) and 20 to 30 (47%) age brackets. Only 1.8% are under the age of 20, while 3.2% are in the age group of 40 and over.

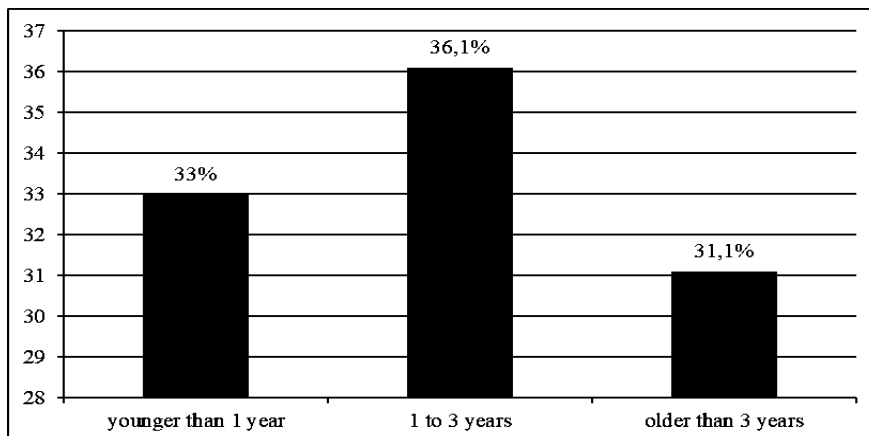
Figure 1: Distribution of respondents by age



Source: Survey questionnaire, 2019.

When it comes to the number of children, 50% of respondents have only one child, 35% of them have two children, and 10% have three children. 2.7% respondents have four children, while 2.3% have five or more children. As regards the child's age, most mothers have children aged between one and three years (36.1%), 31.1% have children that are older than three years, and close to 33% of respondents have children under the age of one.

Figure 2: Distribution of respondents according to the age of their children



Source: Survey questionnaire, 2019.

Concerning their breastfeeding practices, the results show that 87.2% of the surveyed mothers breastfed their children, while 12.8% did not. Considering the recommendations on breastfeeding duration and the reported duration of breastfeeding, the data show that about 50% of mothers breastfed their children for six months or more, of which 32.8% breastfed their children longer than 12 months. The rest indicated that they breastfed their children for less

than six months. The analysis of data on the age of mothers and duration of breastfeeding did not show a significant correlation between these two variables.

The results of the analysis show that 91.8% of respondents agree that breast milk is an ideal food for newborns and infants, 3.2% disagree with this statement, while 5% do not know. 51.6% of the surveyed mothers did not supplement breastfeeding with infant formula/other breast-milk substitutes, while 48.4% of them did.

Table 1 shows that a significant percentage of the surveyed mothers (31.1%) started to supplement breastfeeding within the 1st month of the child's life, 12.8% of them began introducing breast-milk substitutes before their child turned 3 months, and 14.6% after their child turned 9 months. The percentage of mothers who started supplementing breastfeeding when their children were between the ages of 3 and 6 months is equal to that of mothers who started supplementing when their children were between the ages of 6 and 9 months (5.5%).

Table 1: Distribution of responses according to the age at which breast-milk substitutes were introduced to a child's diet and the chronological age of mothers

<i>Introduction of breast-milk substitutes to a child's diet</i>	<i>Mother's age</i>				<i>Total N (%)</i>
	<i>Up to 20 years</i>	<i>20 to 30 years</i>	<i>30 to 40 years</i>	<i>More than 40 years</i>	
≥ Within first month of life	1	38	27	2	68 (31.1)
Between 1 and 3 months	0	15	12	1	28 (12.8)
Between 3 and 6 months	0	6	6	0	12 (5.5)
Between 6 and 9 months	0	4	7	1	12 (5.5)
Between 9 and 12 months	1	11	19	1	32 (14.6)
Total	2	74	71	5	152

Source: Survey questionnaire, 2019.

The most common reason for supplementing the child's feedings with formula/breast-milk substitutes is the developmental delay, as reported by almost a third of the surveyed mothers (26%), followed by contraindications to breastfeeding (reported by 10% of respondents), and low supply of milk (reported by 7.3% of the surveyed mothers). Interestingly, 6.4% of mothers find that feeding with breast-milk substitutes makes is simpler and faster than breastfeeding. 44.3% of mothers reported not supplementing their child's feedings.

Most mothers believe that it is best for the child to start introducing complementary foods into their diet later rather than sooner; 46.6% of mothers believe that this should be done once the child reaches six months of age, while 40.2% believe that the best time is between the ages of 4 and 6 months. A small percentage (6.8%) of respondents reported they would start introducing complementary foods within the 1st month of their child's life. Most mothers (53%) introduced vegetables into their children's diets first, 37.9%, introduced fruit as their child's first solid food, and only 8.7% introduced cereal. Of the total number of respondents, 90% introduced solid foods in their children's diet one at a time.

Data on the waiting period between introducing new foods show that most of the surveyed mothers (44.3%) introduced a new food into their child's diet every 2-3 days, while 32.9% did that every 3-5 days. The longest interval of more than five days between introducing new foods was reported by 7.3% of the surveyed mothers.

Table 2: Distribution of responses according to the waiting period between introducing new foods to their child's diet

<i>The waiting period between introducing new foods</i>	<i>Frequency (f)</i>	<i>%</i>
1 to 2 days	34	15.5
2 to 3 days	97	44.3
3 to 5 days	72	32.9
More than five days	16	7.3
Total	219	100.0

Source: Survey questionnaire, 2019.

Most mothers offered water to their child as their first liquid (81.3%), followed by tea (17.8%), and fruit juice (less than 1%). On their pediatrician's recommendation, 81.7% of mothers started giving vitamin D supplements to their children, 11.9% of them started giving them multivitamin supplements, and 6.4% started giving them iron supplements. The distribution of mother's responses regarding how well they are informed about child nutrition shows that most mothers (89%) felt that they were not sufficiently informed about this important factor for the growth and development of children.

4 Discussion

The results suggest that the chronological age of mothers is not related to the duration of breastfeeding. Due to the small sample size, the results of this study cannot be compared to nation-wide indicators for Croatia. Nevertheless, it is important to mention them. The percentage of mothers who breastfed for less than six months and the percentage of those who breastfed for more than six months are consistent with the percentages of mothers who had introduced formula into their children's diet before they reached six months of age and had started supplementing breastfeeding for acceptable reasons. Data at the national level concerning child nutrition show that a total of 28,278 children between the ages of 0-11 months used formula/other breast-milk substitutes while breastfeeding. Survey data indicate that 31.1% of children were fed breast-milk substitutes before they reached one month of age and an additional 12.8% between the ages of 1-3 months. The analysis did not find any evidence of association between the time at which mothers started using breast-milk substitutes while breastfeeding. These data indicate that mothers did not arbitrarily decide not to breastfeed their children but rather followed the recommendations on breastfeeding. 6.4% of the surveyed mothers think that breast-milk substitutes and formula make feeding faster and simpler, which is indicative of poor understanding of the importance of breastfeeding. At the same time, we found that 91.7% of mothers consider breast milk an ideal diet. On a sample of 125 respondents, Voloder found that 13% of them held this opinion before attending antenatal classes. The percentage dropped to 5% after they completed the course. The author states that antenatal courses differ across the country in terms of content and methods employed, which means that the quality of prenatal and postnatal support varies, and it is impossible to monitor the outcomes of such courses on breastfeeding practices. The data indicate that 89% of the surveyed mothers consider themselves insufficiently informed about adequate infant and young child feeding practices. A significant number of mothers (40.2%) started introducing solid foods at the recommended age, i.e. between 4 and 6 months. Complementary foods are introduced to a child's diet because breast milk/breast-milk substitutes cannot meet the child's nutritional needs to ensure normal growth and development. Most mothers (46.6%) started introducing

complementary foods after their child reached 6 months of age. According to the recommendations, complementary foods, i.e. foods other than breast milk, may be introduced into the child's diet at six months of age or earlier on the recommendation of the child's pediatrician's if the child is not meeting developmental milestones for his/her age.

In this sample, slightly less than 1% of mothers included a new food into the child's diet on the pediatrician's recommendation. Vegetables were the first food group that was introduced into their children's diet, and meat was introduced last. Adherence to the guidelines for introducing infant formula after the child reaches four months of age is essential to prevent or reduce the risk of atopic dermatitis and other allergic reactions.

Most mothers agreed that the best time for introducing complementary foods is between the ages of 4 and 6 months. Consistent with the recommendations for proper feeding of infants, most mothers introduced complementary foods one by one, and most of them (44.3%) with a maximum interval of 3 days between new foods. Water was the first liquid they gave to their children for a very high percentage (81.3%) of mothers. Vitamin D is the most common dietary supplement given by mothers to their children on a pediatrician's recommendation. 81.7% of mothers gave their children vitamin D supplements also on their pediatrician's recommendation, 11.9% of them gave their children multivitamin supplements, and 6.4% gave them iron supplements.

5 Conclusion

Breastfeeding has an essential role in the early development and nutrition of newborns and infants. Early infant feeding practices and diet are increasingly associated with the risk of a number of conditions in infancy and later life. The results of this study indicate a positive trend in breastfeeding practices as most of the surveyed mothers breastfed their children, while the reasons given by those who stopped breastfeeding were justified. More specifically, approximately 13% of the surveyed mothers breastfed until their children reached 6 months, and slightly more than 17% continued breastfeeding after six months. Exclusive breastfeeding was practiced by 5.5% of mothers for the first 6 months of their infant's life. However, the study results indicate that breastfeeding practices reported by the surveyed mothers are not consistent with the recommendations for feeding of infants and young children. The fact that 90% of mothers believe they are insufficiently informed about breastfeeding may partly explain why this is the case. Furthermore, only a small proportion of mothers adhered to the recommendations for exclusive breastfeeding. Results show that mothers are not sufficiently informed about breastfeeding and the health benefits of breast milk and breastfeeding for their children's growth and development. Almost all of them reported not being informed about the importance and health benefits of exclusive breastfeeding. Community health nurses should educate mothers on breastfeeding and promote WHO recommendations about feeding infants and young children with the aim of improving initiation and duration of breastfeeding for the benefit of both mother and child.

LITERATURE

1. Frković, A., Dujmović, A. in Tomašić Martinis, E. (2003). Breast milk nutrition for at-risk infants. *Gynecology and Perinatology*, 12 (2), 45–50.
2. Kolaček, S. (2011). Hypersensitivity to food in childhood. *Acta Medica Croatica*, 65, 155–161.
3. Kolundžić, Z., Šimić Klarić, A., Drkulec, V. et al. (2011). Probe feeding of preterm infants. *Pediatric Croatica*, 55, 43–48.

4. Korunić, D. & Jurišić, D. (2013): Therapeutic feeding. Day center for rehabilitation of children and youth "Mali Dom." Zagreb.
5. Krešić, G., Dujmović, M., Mandić, M. L. et al. (2013). Breast milk, fatty acid composition, and breastfeeding nutrition. *Dairy*, 63 (3), 158–171.
6. Prpić, I., Vukelić, A., Krajina, R. et al. (2004). Enteral nutrition of newborns - a pledge for the future. *Pediatric Croatica*, 48 (1), 63–66.
7. Softić, I., Atić, N., Tahirović, H. (2007). Infant nutrition in the first six months of life according to the mode of delivery. *Gynecology and Perinatology*, 16 (4), 196–199.
8. Širca Čampa, A. (2019). An infant grows, and milk alone is no longer enough for him. www.novalac.hr
9. Thompson, J. M. D., Tanabe, K., Moon, R. Y. et al. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*, 140 (5), 1–11.
10. Vidić, M. (2016). Contraindications to breastfeeding. Final work. Bjelovar: Technical High School.

Vpliv vadbene terapije na senzorično-motorične funkcije trupa pri bolečini v spodnjem delu hrbta

KLJUČNE BESEDE: bolečina v spodnjem delu hrbta, multimodalnost, vadbena terapija

POVZETEK - Uvod: Bolečina v spodnjem delu hrbta je veliko ekonomsko, socialno in zdravstveno breme po celem svetu. Namen naloge je bil preveriti doprinos vadbene terapije, kot sestavnega dela multimodalne terapije, k spremembam v senzoričnih in motoričnih funkcijah pri pacientih z bolečino v spodnjem delu hrbta. Metode: Multimodalna terapija je vključevala vadbena terapijo, kapsaicinske obloge, terapevtsko masažo, ultrazvočno terapijo in električno mišično stimulacijo. Izvedli smo klinično opazovalno študijo, pri čemer smo preiskovance razdelili na eksperimentalno ($n = 118$) in kontrolno skupino ($n = 40$). Slednja je prejela enako intervencijo kot eksperimentalna, vendar brez vadbene terapije. Testni protokol je vključeval različne vprašalnike, funkcionalne teste ter teste gibalnih sposobnosti. Rezultati: Z raziskavo je bil ugotovljen dodaten doprinos vadbene terapije predvsem k znižanju stopnje bolečine in izboljšanju kakovosti življenja. Izboljšanje je bilo opaženo tudi pri rezultatih gibalnih testov, pri gibljivosti in moči trupa ter moči in agilnosti spodnjih okončin. Razprava: Vadbena terapija predstavlja pomemben del celovite obravnave oseb z bolečino v spodnjem delu hrbta.

KEYWORDS: low back pain, multimodality, exercise therapy

ABSTRACT - Introduction: Low back pain represents an enormous economic, social and healthcare burden all over the world. The purpose of our study was to determine whether exercise therapy, as a part of a multimodal intervention, has an effect on sensory-motor functions of the trunk in people with low back pain. Methods: Multimodal intervention included exercise therapy, the capsaicin patch, therapeutic massage, ultrasound therapy and electrical muscle stimulation. We conducted a clinical observational study, with patients randomly allocated to either the experimental ($n = 118$) or the control group ($n = 40$). The latter received the same multimodal intervention as the experimental group, only without the exercise therapy. Testing procedures included various questionnaires, functional tests and assessment of motor abilities. Results: Exercise therapy had a statistically significant effect on reducing pain and improving quality of life. Improvements were also observed in the results of functional tests, in trunk flexibility and strength, and strength and agility of the lower extremities. Discussion: Exercise therapy is an important part of an integral treatment of people with low back pain.

1 Uvod

Bolečina v spodnjem delu hrbta (BSH) je opredeljena kot bolečina ali mišična napetost oziroma okorelost v predelu med spodnjim robom prsnega koša (lat. arcus castalis) in zgornjim robom zadnjične gube (lat. sulcus gluteus) ter je lahko lokalizirana ali radiirana v spodnje okončine. BSH se v osnovi deli na specifično bolečino, pri čemer je v ozadju specifičen patološko-fiziološki mehanizem ter na nespecifično BSH, pri kateri vzrok bolečine ni znan. Pri le okoli 10 % lahko identificiramo specifično ozadje nastanka bolečine. Nespecifična BSH tako predstavlja večinski, vse do 90 % delež vseh BSH. Nespecifična BSH je nadaljnje klasificirana kot akutna, ki traja manj kot šest tednov, subakutna, ki traja med šest tedni in tremi meseci ter kronična bolečina, opredeljena za obdobje, daljše od treh mesecev (van Middelkoop idr., 2010). BSH predstavlja ogromno ekonomsko, socialno in zdravstveno breme po vsem svetu. Zaradi visoke vrednosti nespecifičnih vzrokov nastanka se pogosteje osredotočamo na dejavnike

tveganja za nastanek BSH, ki vključujejo biomehanske, psihosocialne, fizične, okoljske, genetske in kulturne dejavnike (Balague, Mannion, Pellise in Cedarschi, 2012). Obravnava BSH obsega vrsto različnih intervencij. Večina akutnih BSH se lahko razreši v roku 6 do 8 tednov, brez aktivnega terapevtskega posredovanja. Počitek, prilagajanje aktivnosti, uporaba analgetikov in v določenih primerih tudi fizioterapevtsko posredovanje, so najpogostejši ukrepi ob pojavih akutne BSH (Patrick, Emanski in Knaub, 2014). V primerih kronične, nespecifične BSH je specifično mehansko ozadje nastanka težko določljivo. Potrebna je kompleksnejša terapevtska strategija, ki bo omogočala nadzorovanje bolečine in obnavljanje fizičnih sposobnosti (Diamond in Borenstein, 2006). Terapevtske strategije lahko razdelimo v farmakološke, neinvazivne nefarmakološke in invazivne intervencije (Chou idr., 2016).

2 Predmet, problem, namen

Panjabi (1992) pravi, da je stabilnost ledveno-medeničnega predela odvisna od pasivnih, aktivnih in živčnih elementov. Posledično je stabilnost odvisna od togosti pasivnih in aktivnih struktur, ki so pod nadzorom živčnega sistema. Nadalje bi zato morala biti stabilnost ledveno-medeničnega predela obravnavana kot dinamični sistem, ki hkrati zajema sistem hrbtenice in medenice ter nadzorni, centralni živčni sistem (CŽS). Nadzorni CŽS mora prepoznati zahteve za zagotavljanje stabilnosti in načrtovati primerne strategije, da zadosti tem zahtevam. Posledično je naloga CŽS zelo kompleksna, saj mora v primeru nepredvidljivih zahtev hitro in učinkovito odreagirati. V primeru predvidljivih zahtev, lahko vnaprej načrtuje in izbira med različnimi strategijami odziva. Oba primera sta odvisna od proprioceptivnih informacij glede položaja in gibanja hrbtenice in medenice ter specifičnih informacij o interakcijah med telesom in delovanjem zunanjih sil (Cholewicki, Panjabi in Khachatryan, 1997). Stabilnost je v veliki meri odvisna od delovanja mišic. Ob kronični BSH postajajo fiziološke in strukturne spremembe hrbteničnih mišic bolj izrazite. Funkcionalne spremembe mišic vključujejo zmanjšano mišično moč in vzdržljivost, ki lahko sovpadata skupaj z atrofijo mišic, slabši živčno-mišični nadzor, ki se izraža v poslabšani znotraj-mišični in medmišični koordinaciji (Ebenbichler, Oddsson, Kollmitzer in Erim, 2001). Zaradi teh funkcionalnih primanjkljajev se kažejo tudi spremenjeni vzorci mišične rekrutacije in spremembe v motorični kontroli, kot sta povišana latenca refleksov in zakasnen reakcijski čas ter slabši posturalni nadzor (Hodges, 2009). Nekateri dejavniki, ki vplivajo na ravnotežje v dani situaciji so mehanska obremenitev, predvidljivost mehanskih motenj, dostopnost proprioceptivnih informacij in objektivni ali subjektivni potencial za poškodbo in/ali bolečino. V primeru, da ustrezna informacija o stanju hrbtenice ne more biti definirana, bodo najverjetneje uporabljene statične strategije. To se zgodi v primeru BSH, ob kateri je zmanjšana propriocepcija pogost pojav (Hodges in Cholewicki, 2007). Proprioceptivni deficiti trupa se kažejo predvsem pri opravljanju funkcionalnih nalog, kot je natančnost ponovnega zavzemanja istega položaja (test repozicije trupa). Ob zaznanem povečanem tveganju za hrbtenico zaradi možnosti pojava bolečine bo CŽS posledično morda preklopil iz dinamične v statično strategijo povečane togosti, da zagotovi višjo stopnjo varnosti. Prilagoditev na bolečino, s povečano aktivnostjo površinskih mišic in povečano togostjo hrbtenice, ki je pogosta pri osebah z BSH, lahko ima potencialno negativne učinke na hrbtenico. Osebe z BSH imajo omejitve gibanja izražene tudi v hoji, saj izražajo manjšo zmožnost upiranja motnjam in s tem prilagodijo svoj tempo in način hoje. Posledično postane počasnejša hoja funkcionalna adaptacija, saj tej osebi omogoča spopadanje z zunanjimi in notranjimi motnjami (Lamoth, Daffertshofer, Meijer in Beek, 2006). Kompleksnost dinamičnega sistema hrbtenice predstavlja zahtevno nalogo pri razvoju terapevtskih pristopov, predvsem vadbene terapije. Vpliv mnogih faktorjev in razlik med posamezniki znotraj skupine oseb s kronično nespecifično BSH je ogromen. Obstaja mnogo različnih oblik vadbene terapije, vendar ni dokazov o večji učinkovitosti posamezne oblike napram ostalim. V pregledni študiji so van Tulder, Koes in

Bouter (1997) izpostavili 16 študij, ki so preučevale različne programe vadbene terapije pri kronični BSH. Od tega pri 8 študijah navajajo pozitivne rezultate vadbene terapije. Posledično poročajo, da obstajajo močni dokazi v prid vadbene terapije (1. raven dokazov) ter nizka vrednost dokazov superiornosti ene oblike vadbeno terapevtskega pristopa nad drugo (4. raven dokazov) (van Tulder, Koes in Bouter, 1997).

Predmet prispevka je kronična BSH in klinična obravnava le-te. Problem diplomske naloge predstavlja neenotno in pomanjkljivo poročanje vadbene terapije v sklopu multimodalnih intervencij ter pomanjkljiva testna baterija, ki bi spremljala spremembe v senzorično-motoričnih funkcijah in funkcionalnih zmogljivostih pri pacientih z BSH. Namen diplomske naloge je preveriti, ali vadbeno terapijo kot sestavni del multimodalne terapije pripomore k spremembam v senzorično-motoričnih funkcijah ter gibalnih in funkcionalnih zmogljivostih pri pacientih z BSH. Podrobneje se bomo osredotočili na spremembe v zavestno proizvedeni največji jakosti upogibalk, iztegovalk in stranskih upogibalk trupa, gibljivosti trupa v gibu največjega predklona, občutku za položaj trupa (propriocepcija trupa) ter moč spodnjih okončin in agilnosti.

2.1 Cilji in hipoteze

Izhajajoč iz namena je bil naš cilj ugotoviti, ali vadbeno terapijo kot sestavni del multimodalne terapije statistično značilno doprinese k napredku v:

- C1: največjem obsegu upogiba hrbtenice in mobilnosti medenice;
- C2: občutku za položaj trupa (propriocepcija trupa);
- C3: moči spodnjih udov in agilnosti;
- C4: zavestno proizvedenem največjem izometričnem navoru pri upogibu, iztegu in stranskih upogibih trupa.

Posledično iz ciljev sledijo hipoteze:

- H1: Največji obseg upogiba hrbtenice in mobilnosti medenice se bosta po multimodalni intervenciji v večji meri izboljšala pri eksperimentalni kot pri kontrolni skupini.
- H2: Občutek za položaj trupa (propriocepcija trupa) se bo po multimodalni intervenciji v večji meri izboljšal pri eksperimentalni kot pri kontrolni skupini.
- H3: Moč spodnjih udov in agilnost se bosta po multimodalni intervenciji bolj povečali pri eksperimentalni kot pri kontrolni skupini.
- H4: Zavestno proizveden največji izometrični navor pri upogibu, iztegu in stranskih upogibih trupa se bo po multimodalni intervenciji bolj povečal pri eksperimentalni skupini kot pri kontrolni skupini.

3 Metode dela

V raziskavi je bil uporabljen intervencijski raziskovalni načrt s kontrolno skupino in naključno razporeditvijo. Postopek rekrutacije pacientov je potekal preko Inštituta za fizikalno in rehabilitacijsko medicino v Sankt Pöltnu v Avstriji. Pacienti, ki so bili s strani zdravnika diagnosticirani z BSH, so bili vabljeni k prostovoljnemu sodelovanju v raziskavi (n = 158). Preiskovance smo naključno razdelili v intervencijsko (n = 118) in kontrolno skupino (n = 40). Multimodalna terapija intervencijske skupine je vključevala vadbeno terapijo, masažo, kapsaicinske obloge, ultrazvok in električno mišično stimulacijo. Kontrolna skupina je prejela enako skupino terapij, brez vadbene terapije. Testiranje je zajemalo sklop funkcionalnih testov: (1) test gibljivosti ledvenega dela, (2) test občutka za položaj trupa, (3) test vstajanja iz stola, (4) test vstani in pojdi, (5) test največjega izometričnega navora. Terapevtske intervencije so trajale približno 5 tednov. Eksperimentalna skupina je prejela multimodalno intervencijo, ki je

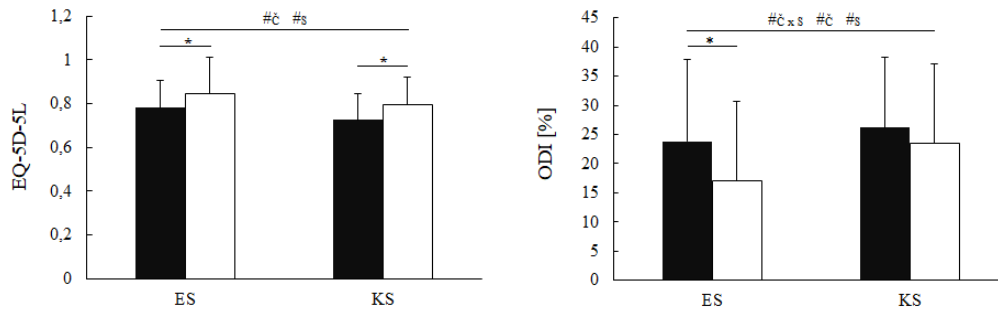
vključevala vadbena terapijo (30 min), masažo (10 min), kapsaicinske obloge (20 min), ultrazvok (3 min) in elektroterapijo (10 min). Kontrolna skupina je prejela enak sklop multimodalne intervencije brez vadbene terapije. Glavni namen vadbene terapije je bil, da preiskovanci vzpostavijo ponoven nadzor in koordinacijo hrbteničnega sistema ter medenice s krepilnimi vajami ter vajami za ravnotežje. Preiskovanci so izvajali kombinacijo vaj prosto na blazinah ter na trenažerjih. Vadbena terapija je potekala v manjših skupinah do 8 oseb in je trajala 45 min. V študijo so bili vključeni vprašalniki: (1) Pet-stopenjski vprašalnik o petih dimenzijah kakovosti življenja EuroQol (EQ-5L-5D), (2) Kratka oblika vprašalnika zdravja (Health Survey: SF-36), (3) Vprašalnik za ocenjevanje zmanjšane zmožnosti Roland Morris (Roland-Morris Disability Questionnaire – RMDQ) in (4) Vprašalnik zmanjšane zmožnosti Oswestry (Oswestry Disability Index – ODI). Pri testu največjega obsega giba v predklonu trupa smo razdalje največjega predklona izrazili v relativni spremembi (%) med razdaljama v pokončni drži in največjem izvedenem predklonu. Spremembo nagiba ledvenega dela hrbtenice smo izrazili kot absolutno razliko (°) med pokončnim in predklonjenim položajem. Repozicijske napake smo izrazili kot absolutno povprečje napak (°) med vodenim in zavzetim položajem. Pri testu vstajanja s stola in testu vstani in pojdi smo uporabili najhitrejši čas, potreben za izvedbo naloge. Največja izometrična jakost trupa je bila vrednotena kot navor med medenično oporo in oporo na nivoju ramenskega obroča. Spremembe znotraj skupin po končani intervenciji so bile ovrednotene s t-testom za odvisne vzorce. Spremembe med skupinama po končani intervenciji so bile preverjene z dvosmerno (skupina (2) × čas (2)) analizo variance (ANOVA) za ponovljene meritve. Velikost učinka smo ovrednotili s koeficientom η^2 (0,01 = majhen učinek, 0,06 = srednji učinek, 0,14 = visok učinek). Statistično značilne razlike so bile sprejete ob stopnji zaupanja $p < 0,05$.

4 Rezultati

Rezultati vprašalnika o kakovosti življenja, niso pokazali statistično značilne interakcije med skupino in časom ($p = 0,83$, $\eta^2 = 0,00$), kljub značilnem faktorju časa ($p = 0,00$, $\eta^2 = 0,16$) in skupine ($p = 0,01$, $\eta^2 = 0,04$). Za rezultate vprašalnika zmanjšane zmožnosti je bila zabeležena statistično značilna interakcija med skupino in časom ($p = 0,03$, $\eta^2 = 0,03$), ki je nakazala dodatne vplive vadbene terapije (Slika 1). Za rezultate ocene bolečine na vizualni analogni skali je bila prav tako zabeležena statistično značilna interakcija med časom in skupini v mirnem stoječem položaju ($p = 0,01$, $\eta^2 = 0,04$). Pri bolečini med izvajanjem predklona ni bilo statistično značilne interakcije ($p = 0,25$, $\eta^2 = 0,01$). Prav tako ni bila zabeležena statistično značilna interakcija glede bolečine pri izvajanju zaklona ($F = 1,03$, $p = 0,31$, $\eta^2 = 0,01$).

Pri testu največjega obsega upogiba hrbtenice so bili rezultati interakcije med skupino in časom statistično značilni pri merjenju razdalje v ledvenem delu ($p = 0,01$, $\eta^2 = 0,04$). Interakcije ni bilo pri merjenju razdalje v prsnem delu ($p = 0,94$, $\eta^2 = 0,00$). Analiza rezultatov testa nagiba medenice, ni pokazala statistično značilne interakcije ($p = 0,73$, $\eta^2 = 0,00$). Interakcija ravno tako ni bila statistično značilna pri testu repozicije trupa ($F = 2,02$, $p = 0,16$, $\eta^2 = 0,01$). Pri funkcionalnih testih ravno tako ni bilo statistično značilnih interakcij med skupino in časom ($p = 0,65$, $\eta^2 = 0,00$ za test vstajanja s stola in $p = 0,66$, $\eta^2 = 0,00$ za test vstani in pojdi). Pri zavestno proizvedenem največjem izometričnem navoru, ni bilo statistično značilne interakcije pri iztegu trupa ($p = 0,53$, $\eta^2 = 0,00$), upogibu trupa ($p = 0,98$, $\eta^2 = 0,00$). levem stranskem upogibu trupa ($p = 0,75$, $\eta^2 = 0,00$) in prav tako ne pri desnem stranskem upogibu ($p = 0,90$, $\eta^2 = 0,00$).

Slika 1: Rezultati vrednotenja z vprašalniki



ES - eksperimentalna skupina, KS - kontrolna skupina. EQ-5D-5L – 5-stopenjski vprašalnik o kakovosti življenja v povezavi z zdravjem; ODI – vprašalnik o bolečini v spodnjem delu hrbta (ang. Oswestry Low Back Disability Questionnaire) Povprečne vrednosti pred (svetli stolpci) in po intervenciji (temni stolpci) ter pripadajoči standardni odkloni. * - statistična značilnost t-testa znotraj skupine pred in po intervenciji; $p < 0,05$. # - statistična značilnost za dvosmerno ANOVO. #č x s – interakcijski učinek med časom in skupino. #č – značilen faktor časa. #s – značilen faktor skupine. Statistična značilnost; $p < 0,05$.

5 Razprava

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako vadbeno terapijo kot sestavni del multimodalne terapije, vpliva na senzorično-motorične funkcije trupa pri osebah z BSH. Preverjali smo razlike med skupino, ki je v sklopu terapije prejela vadbeno terapijo, in med skupino, ki le-te ni prejela. Vadbeno terapijo ni imela dodatnega vpliva na izboljšanje mobilnosti ledvene hrbtenice. Obseg največjega predklona se je v skupini z vadbeno terapijo povečal bolj kot v kontrolni skupini. Posledično hipotezo H1 delno potrdimo. Hipotezo H2 ovržemo, saj intervencija ni vplivala na izboljšanje občutka za položaj trupa v prostoru. Hipotezo H3 ovržemo, saj ni bilo značilne interakcije med skupino in časom. Podobno je pri največji izometrični jakosti trupa. Izboljšanje je bilo zabeleženo pri izvajanju iztega in stranskega upogiba trupa v obe smeri, vendar ni bilo interakcije med skupino in časom. Posledično tudi hipotezo H4 ovržemo.

Pri merjenju sprememb nagiba medenice, merjenih z digitalnim goniometrom, nismo ugotovili statistično značilnih sprememb. Spremembe so bile statistično značilne pri merjenju ledvenega ter ledveno-prsnega dela hrbtenice. Fatemi, Javid in Najafabadi (2015) so v študiji z razmeroma majhnim vzorcem ($n=40$) poročali o pozitivnih vplivih vadbene terapije na izbrane parametre, ki je povzročila statistično značilne spremembe rezultatov obeh testov ($55,22^{\circ} \pm 6,00^{\circ}$, $49,12^{\circ} \pm 4,37^{\circ}$, $p < 0,0001$ za nagib medenice in $15,88^{\circ} \pm 4,96^{\circ}$, $20,28^{\circ} \pm 5,72^{\circ}$, $p < 0,05$ za gibljivost ledvenega dela hrbtenice), kar nakazuje na pozitiven vpliv vadbene terapije na zmanjšanje kota ledvene lordoze med pokončno stoji in povečano gibljivost ledvenega dela hrbtenice. V drugi študiji so Bruce-Low idr. (2012) preverjali učinke 12-tedenskega treninga iztegovalk ledvenega dela hrbtenice, enkrat ($n = 31$) ali dvakrat ($n = 20$) na teden. Nagib medenice, merjen z goniometrom, je bil večji po treningu ($p < 0,001$), razlik med skupinama ni bilo. Rezultati so bili tudi statistično značilni pri treningu enkrat in dvakrat na teden ($p = 0,01$ za enkrat na teden in $p = 0,001$ za dvakrat na teden). Obseg giba največjega predklona so merili z merilnim trakom, kjer statistično značilni rezultati podpirajo rezultate testa spremembe nagiba medenice ($p < 0,05$). Avtorji zaključujejo, da trening moči iztegovalk ledvenega dela hrbtenice izboljša gibljivost ledvenega dela hrbtenice pri osebah s kronično BSH. Razlike med našimi rezultati in rezultati omenjenih študij so lahko posledica različnega trajanja intervencije, saj je naša intervencija trajala le okoli 5 tednov v primerjavi z 8 in 12 tedni trajajočimi intervencijami navedenih raziskav. Razlike v rezultatih izvedenih testov so možne tudi zaradi načinov merjenja, saj smo meritve nagiba medenice izvajali z digitalnim inklinometrom in meritve

največjega obsega giba predklona z merilnim trakom. V naši študiji nismo zaznali statistično značilnih rezultatov pri testu občutka za položaj trupa v prostoru. Kim, Kim in Cho (2015) so v svoji študiji zabeležili statistično značilne spremembe po 2 mesecih ($3,2^\circ \pm 2,1^\circ$ za eksperimentalno skupino in $0,7 \pm 2,0^\circ$ za kontrolno skupino, $p < 0,001$). Razlike v rezultatih so lahko posledica vzorca preiskovancev, saj je omenjena študija vključevala razmeroma majhen vzorec mlajših žensk. Poleg tega omenjena študija v primerjavi z našo ni vključevala preveze za oči, ki bi onemogočala orientacijo v prostoru. Okrnjena propriocepcija je značilna pri BSH in povzroča nestabilnost sistema hrbtenice. Nestabilnost ledvenega dela hrbtenice tako povzroča zmanjšano vzdržljivost in gibljivost, omejuje mobilnost ledvenega dela hrbtenice ter slabša ravnotežje. Posledično se okrnjena propriocepcija izraža v zmanjšani količini gibanja, spremenjeni senzorični informaciji glede položaja, v katerem je sklep med gibanjem in spremenjeni količini vključenih mišic ter lastnosti mišičnih kontrakcij (Kong, Jang in Park, 2015).

Naši rezultati kažejo statistično značilne razlike med skupinama in vpliv faktorja časa ($p < 0,05$) pri testu vstajanja s stola in testu vstani in pojdi. Statistično značilnih interakcij med skupino in časom nismo zabeležili ($p > 0,05$). Sakulsriprasert, Vachalathiti in Kingcha (2019) so preverjali vpliv edukacije, manipulacije hrbtenice in individualne vadbene terapije na parametre testa vstajanja s stola na 20 preiskovancih s kronično BSH, vključenih v raziskavo. Po 2 tednih so zabeležili izboljšanje rezultata testa moči spodnjih okončin ($11,3 \text{ s} \pm 3,0 \text{ s}$ pred intervencijo in $9,8 \text{ s} \pm 3,2 \text{ s}$ po intervenciji). Po le dveh tednih se je rezultat izvajanja testa izboljšal za 1,5 s. Koumantakis, Watson in Oldham (2005) so v študiji preverjali učinke dveh skupin vadbene terapije ($n=29$ specifična stabilizacijska vadba in $n = 26$ splošna vadbena terapija) na moč in agilnost spodnjih okončin. Izvajali so test vstajanja s stola in test hitre hoje. Avtorji poročajo zmerne spremembe rezultatov testa vstajanja s stola ($-2,1 \text{ s} \pm 3,1 \text{ s}$ za prvo skupino in $-2,2 \text{ s} \pm 2,4 \text{ s}$ za drugo skupino) po 8 tednih izvajanja intervencije. Pri testu hitre hoje poročajo o majhne, vendar statistično značilne rezultate znotraj skupin ($-0,5 \text{ s} \pm 3,1 \text{ s}$ za prvo skupino in $-0,5 \text{ s} \pm 0,9 \text{ s}$ za drugo skupino). Statistično značilnih razlik med skupinama ni bilo, kar kaže na učinkovitost obeh izbranih pristop vadbene terapije (Koumantakis, Watson in Oldham, 2005). V naši študiji do statistično značilnih izboljšanj v prisotnosti bolečine ni prišlo. Rezultati so lahko tudi posledica doseganja že tako dobrih rezultatov testov oseb z blago nezmožnostjo, ki so brez večjih omejitev pri vstajanju in hoji. Haufe idr. (2017) poročajo podatke študije z velikim vzorcem ($n = 260$), v kateri so preverjali vpliv vadbe na domu na največjo izometrično jakost iztegovalk in stranskih upogibalk trupa. Avtorji poročajo statistično značilno izboljšanje za iztegovalke trupa in stranske upogibalke trupa na levi stani v primerjavi s kontrolno skupino tekom 5 mesecev ($93,1 \text{ N} \pm 125,4 \text{ N}$ za izteg trupa pri eksperimentalni in $65,7 \text{ N} \pm 120,6 \text{ N}$ pri kontrolni skupini, $p < 0,05$ ter $54,1 \text{ N} \pm 79,1 \text{ N}$ za levi stranski upogib pri eksperimentalni in $28,5 \text{ N} \pm 78,6 \text{ N}$ pri kontrolni skupini, $p < 0,01$). Rezultati niso bili statistično značilni pri desnem stranskem upogibu trupa ($p > 0,05$). Weissenfels idr. (2019) so v študiji z velikim vzorcem ($n = 110$) preučevali vplive vadbene terapije in električne stimulacije mišic celega telesa na največjo izometrično jasnost upogibalk in iztegovalk trupa. Avtorji poročajo statistično značilne rezultate znotraj skupin tekom 12 tednov ($p < 0,001$), medtem ko razlik med skupinami ni bilo. Razlika v rezultatih je bila pri testu največje izometrične jakosti iztegovalk trupa po 12 tednih nekoliko višja ($8,96 \text{ kg} \pm 8,78 \text{ kg}$) kot pri upogibalkah trupa ($6,61 \text{ kg} \pm 9,09 \text{ kg}$). Fiziološke prilagoditve v mišicah, ki jih lahko povzroči vadba, segajo od živčno-mišičnih prilagoditev do hipertrofije in pretvorbe vlaken. Dejavniki, ki vplivajo na obsežnost teh prilagoditev, so intenzivnost, pogostost, trajanje in prevladujoči tip mišične kontrakcije (ekscentrično, koncentrično ali izometrično) (Koumantakis, Watson in Oldham, 2005). Izboljšanje rezultatov testa največje izometrične jakosti trupa lahko pripišemo predvsem živčno-mišičnim prilagoditvam, saj je 5 tednov izvajanja intervencije prekratko obdobje za

doseganje večje hipertrofije. Zmanjšana prisotnost bolečine lahko tudi pomembno vpliva na izboljšanje rezultatov testa.

6 Sklep

Rezultati izvedene raziskave kažejo le delne izboljšave na ravni izbranih senzorično-motoričnih funkcij trupa pri osebah z BSH. Študija je vključevala razmeroma velik vzorec preiskovancev in obsežen sklop funkcionalnih testov. Vadbena terapija kot del multimodalne intervencije lahko vpliva na izboljšanje funkcionalnosti, kakovosti življenja in nivoja bolečine. Pripomore lahko tudi k izboljšanju gibljivosti, moči in agilnosti spodnjih okončin ter največji izometrični jakosti trupa. Za osebe z BSH je značilna zmanjšana gibljivost ledvenega dela hrbtenice, skupaj z zmanjšano mobilnostjo v tem predelu in posledično slabšo propriocepcijo. Obenem sta zmanjšani tudi mišična moč in vzdržljivost. Poleg tega je za BSH značilna izrazita heterogenost, zato bi lahko z razvrstitvijo preiskovancev v bolj homogene skupine pridobili jasnejše rezultate. V nadaljnjih študijah bi bilo smiselno intervencije izvajati za daljše časovno obdobje in razvrstiti preiskovance v bolj homogene skupine. Vadbena terapija je najpogosteje predpisana intervencija pri BSH, vendar si kljub številnim opravljenim študijam na to temo rezultati o superiornosti ene oblike vadbe nad drugo niso enotni. Menimo, da ne obstaja univerzalen program vadbene terapije, temveč da je pomembna individualizacija programov, prilagojenih posameznikovim deficitom in patološkemu ozadju.

LITERATURA

1. Balague, F., Mannion, A. F., Pellise, F. in Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *Lancet*, 379 (9814), 482–491.
2. Bruce Low, S., Smith, D., Burnet, S., Fisher, J., Bissell, G. in Webster, L. (2012). One lumbar extension training session per week is sufficient for strength gains and reductions in pain in patients with chronic low back pain ergonomics. *Ergonomics*, 55 (4), 500–507.
3. Cholewicki, J., Panjabi, M. M. in Khachatryan, A. (1997). Stabilizing function of trunk flexor-extensor muscles around a neutral spine posture. *Spine*, 22 (19), 2207–2212.
4. Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., ... Brodt, E. (2016). Noninvasive treatments for low back pain. *Comparative effectiveness reviews*, 169.
5. Diamond, S. in Borenstein, D. (2006). Chronic low back pain in a working age adult. *Best practice and research clinical rheumatology*, 20 (4), 707–720.
6. Ebenbichler, G. R., Oddsson, L. I. E., Kollmitzer, J. in Erim, Z. (2001). Sensory-motor control of the lower back: implications for rehabilitation. *Medicine and science in sports and exercise*, 33 (11), 1889–1898.
7. Fatemi, R., Javid, M. in Najafabadi, E. M. (2015). Effects of william training on lumbosacral muscle function, lumbar curve and pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 28 (3), 591–597.
8. Haufe, S., Wiechmann, K., Stein, L., Kuck, M., Smith, A., Meineke, S., ... Tegtbur, U. (2017). Low dose, non supervised, health insurance initiated exercise for the treatment and prevention of chronic low back pain in employees. Results from a randomized controlled trail. *Plos one*, 12 (6), e0178585.
9. Hodges, P. W. in Cholewicki, J. (2007). Functional control of the spine. V V. Andy, V. Mooney in R. Stoecart (ur.), *Movement, stability and lumbopelvic pain* (2nd ed.) (str. 489–512). Churchill livingstone.
10. Hodges, P. W., van den Hoorn, W., Dawson, A. in Cholewicki, J. (2009). Changes in the mechanical properties of the trunk in low back pain may be associated with recurrence. *Journal of biomechanics*, 42 (1), 61–66.
11. Kim, T. H., Kim, E. H. in Cho, H. Y. (2015). The effects of the core programme on the pain at rest, movement-induced and secondary pain, active range of motion, and proprioception in female office

- workers with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 29 (7), 653–662.
12. Kong, Y. S., Jang, G. U. in Park, S. (2015). The effects of prone bridge exercise on the Oswestry disability index and proprioception of patients with chronic low back pain. *Journal of physical therapy science*, 27 (9), 2749–2752.
 13. Koumantakis, G. A., Watson, P. J. in Oldham, J. A. (2005). Supplementation of general endurance exercise with stabilization training versus general exercise only. Physiological and functional outcomes of a randomized controlled trial for patients with recurrent low back pain. *Clinical biomechanics*, 20, 474–482.
 14. Lamoth, C. J. C., Daffershofer, A., Meijer, O. G. in Beek, P. J. (2006). How do persons with chronic low back pain speed up and slow down? Trunk–pelvis coordination and lumbar erector spinae activity during gait. *Gait and posture*, 23 (2), 230–239.
 15. Panjabi, M. M. (1992a). The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation and enhancement. *Journal of spinal disorders and techniques*, 5 (4), 383–389.
 16. Panjabi, M. M. (1992b). The stabilizing system of the spine. Part II. Neutral zone and instability hypothesis. *Journal of spinal disorders and techniques*, 5 (4), 390–397.
 17. Patric, N., Emanski, E. in Knaub, M. A. (2014). Acute and chronic low back pain. *The medical clinics of North America*, 100 (1), 169–181.
 18. Sakulsriprasert, P., Vachalathiti, R. in Kingcha, P. (2019). Responsiveness of pain, functional capacity tests, and disability level in individuals with chronic nonspecific low back pain. *Hong Kong physiotherapy journal*, 40 (1), 1–7.
 19. Van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Verhagen, A. P., Ostelo, R. W., Koes, B. W. in van Tulder, M. W. (2010). Exercise therapy for chronic nonspecific low back pain. *Best practice and research clinical rheumatology*, 24, 193–204.
 20. Van Tulder, M. W., Koes, B. W. in Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. *Spine*, 22 (18), 2128–2156.
 21. Weissenfels, A., Wirtz, N., Dormann, U., Kleinoder, H., Donath, L., ... Kemmler, W. (2019). Comparison of whole body electromyostimulation versus recognized back strengthening exercise training on chronic nonspecific low back pain, a randomized controlled study. *Biomed research international*, 9, 1–9.

Communication of people with hearing loss during the COVID-19 pandemic

KEYWORDS: hearing loss, communication, COVID-19 pandemic

ABSTRACT - Introduction: Hearing loss affects many important aspects of life, such as speech development, learning, social and professional life. Moreover, there is a stigma associated with it. Everyday communication has significantly changed during the COVID-19 pandemic due to reduced social interactions and new safety measures. **Methodology:** A survey was carried out of fifty hearing-impaired individuals from different age groups. A questionnaire was created for the purpose of this research. The first part of the questionnaire collected data on basic socio-demographic characteristics of respondents, while the second part probed their opinions about the quality of communication, communication difficulties they are faced with, and ways in which they overcome communication barriers caused by anti-pandemic measures. **Results:** This study provides insight into the quality of communication for people with hearing loss during the COVID-19 pandemic and identifies barriers to communication. The results show that the wearing of face masks makes communication more difficult. **Discussion:** The research contributes to a better understanding of communication difficulties faced by people with hearing loss, and identifies ways in which society could help them to increase their quality of life.

KLJUČNE RIJEČI: oštećenje sluha, komunikacija, COVID-19 epidemija

POVZETEK - Uvod: Oštećenje sluha utječe na mnoge važne aspekte života pojedinca, poput razvoja govora, učenja, društvenog i profesionalnog života, te potencira stigmatizaciju osoba. Svakodnevna komunikacija je u vrijeme epidemije COVID-19 bolesti značajno promijenjena zbog smanjenja socijalnih kontakata i usvojenih sigurnosnih mjera. **Metode:** Istraživanje se provodi anketnim upitnikom kod pedeset gluhih i nagluhih osoba različitih dobnih skupina. Upitnik je kreiran za potrebe ovog istraživanja. Prvi dio upitnika čine pitanja o sociodemografskim karakteristikama, a drugi dio pitanja o kvaliteti komunikacije, poteškoćama u komunikaciji i načinu savladavanja barijera izazvanih protuepidemijskim mjerama. **Rezultati:** Ovom studijom dobiven je uvid u kvalitetu komunikacije osoba s oštećenim sluhom u vrijeme epidemije COVID-19 bolesti te su detektirane barijere u komunikaciji. Korištenje maski znatno otežava komunikaciju. **Rasprava:** Istraživanjem se doprinosi boljem razumijevanju poteškoća s kojima se susreću osobe s oštećenjem sluha i pronalaženju načina na koji bi ostali članovi društva adekvatno mogli pomoći u povećanju kvalitete života gluhih i nagluhih osoba.

1 Theoretical section

Hearing loss affects many important aspects of life, such as speech development, learning, social development and functioning, as well as educational and employment opportunities. Moreover, there is a social stigma associated with it. Everyday communication has significantly changed during the COVID-19 pandemic due to reduced social interactions and new safety measures. Isolation and reduced social interactions during the pandemic have impaired the quality of life and may lead to depression (Chodosh, Weinstein and Blustein 2020). Wearing face masks is one of the measures for reducing the spread of the SARS-CoV-2 virus. However, mask wearing poses an additional barrier to communication, in particular for the deaf and hard of hearing because of the inability to see facial expressions and lip movements that are vital for

communication (Chodosh et al., 2020). The removal of visual cues complicates the communication process and people with hearing loss must make additional mental efforts while listening to be able to connect what they have heard and relate it to the overall context. However, transparent surgical masks can assist greatly with lip reading. Speech understanding is improved with integrated audiovisual input. Everyday communication is facilitated by hearing aid amplification, which reduces the level of effort required to maintain communication in adverse conditions. This improves the quality of communication for both hearing-impaired individuals and their communication partners (Beechey, Buchholz and Keidser, 2020).

2 Empirical section

2.1 The goal and purpose of the research

The goal and purpose of the research: The research aims to provide a better insight into the quality of communication for hearing-impaired individuals during the COVID-19 pandemic. The purpose of the research is to identify communication barriers the deaf and hard of hearing are facing, and address them by proposing solutions, based on the obtained results, for improving communication for those affected, thus enhancing their quality of life.

2.2 Hypotheses

Hypotheses: The COVID-19 pandemic has made communication for people with hearing impairment difficult.

Research methodology

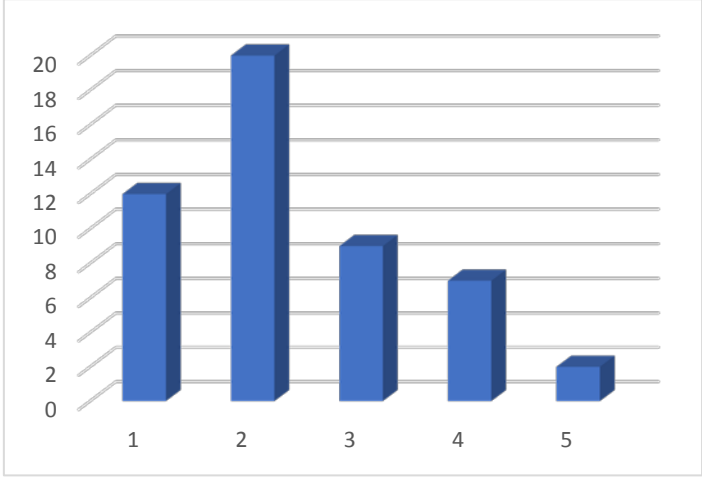
Research methodology: A survey was conducted among the members of the Association of Persons with Hearing Impairment of Bjelovar-Bilogora County in the period between March and April 2021. The survey was conducted with the approval of the association. A questionnaire was designed for the purpose of this research, which comprised 27 questions. In total, 50 deaf and hard of hearing members of the association filled in the questionnaire. Participation was anonymous. The questions were grouped into four sections: (i) socio-demographic characteristics of the respondents, (ii) quality of communication, (iii) communication barriers, and (iv) ways of overcoming communication barriers caused by anti-pandemic measures. The collected data were processed using descriptive statistics.

3 Results

The survey sample included respondents aged 20 to 60 and over. The majority were between the ages of 20 and 30. Of the total number, 27 (54.0%) were female and 23 (46.0%) were male. Considering the level of education, it is of note that only 3 respondents (6%) had only primary school education, the majority (31 or 62%) had secondary school education and only 5 (10%) had university education.

Figure 1 shows the respondents' answers to the question “How would you rate the quality of communication during the pandemic?”

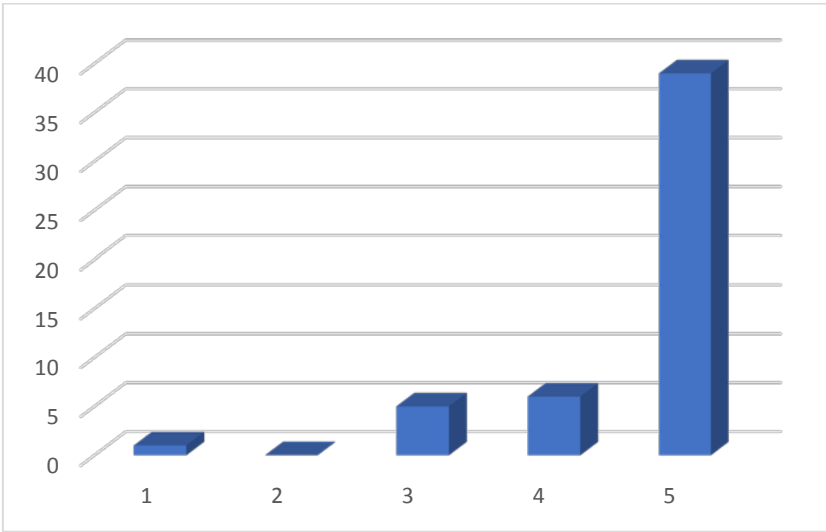
Figure 1: Respondents' satisfaction with the quality of communication during the pandemic (1- very dissatisfied, 5- very satisfied)



Most respondents reported being “very dissatisfied” or “dissatisfied” with the quality of communication.

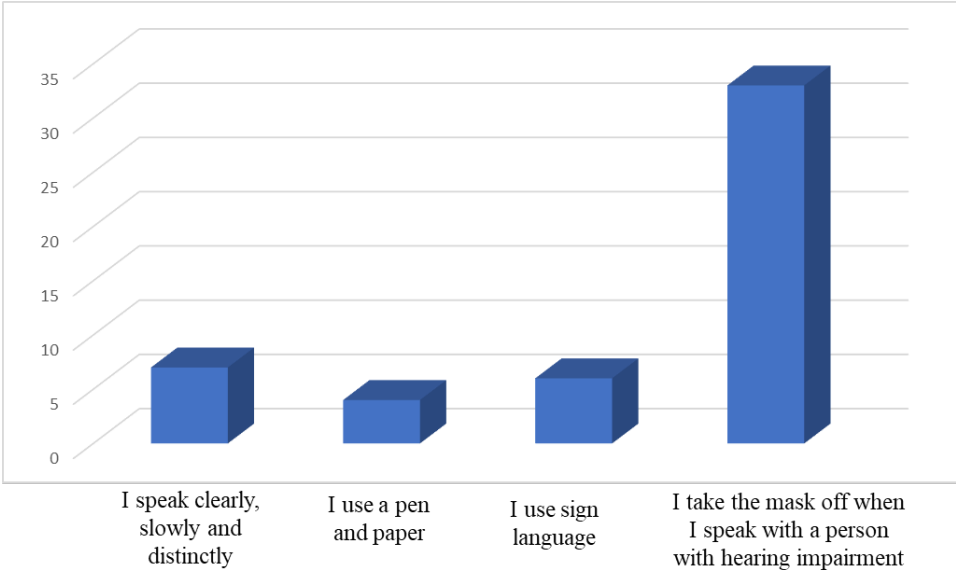
Figure 2 shows the respondents' agreement with the statement: “Wearing protective masks and not speaking sign language makes it extremely difficult for people with hearing impairment to communicate during the COVID-19 pandemic”.

Figure 2: Distribution of respondents' agreement with the statement “Wearing protective masks and not speaking sign language makes it extremely difficult for people with hearing impairment to communicate during the COVID-19 pandemic” (1- completely disagree, 5- completely agree)



The answers to the question: “How do overcome communication barriers caused by the COVID-19 pandemic?” are shown in Figure 3. Most of the respondents chose the answer: “I take the mask off when I speak with a person with hearing impairment”.

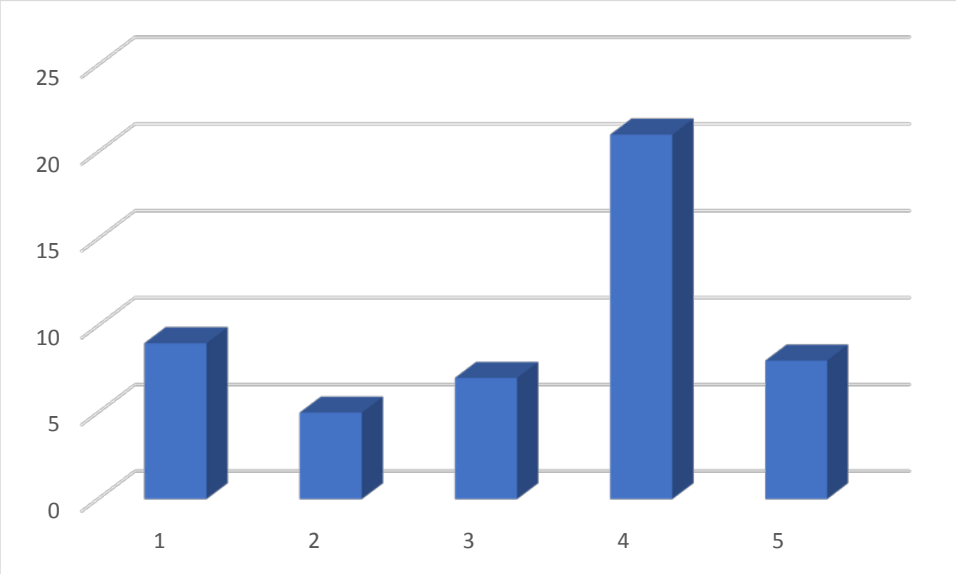
Figure 3: The most common ways of dealing with communication barriers



When asked: “What assistive devices do you use for communication?”, the majority of respondents (24 or 48.0%) reported using hearing aids, 9 (18%) respondents use cochlear implants, while only 7 (14%) use sign language, and the remaining 10 (20%) do not use any assistive devices.

Figure 4 shows the agreement of the respondents with the statement: “The recommendations of the Croatian National Institute of Public Health (CNIPH) regarding communication with people with hearing impairments are clear”. The majority of respondents agree with that statement.

Figure 4: Clarity of CNIPH guidelines and recommendation (1 – strongly disagree, 5 - strongly agree)



4 Discussion

This study provides an insight into the quality of communication and identifies communication barriers for people with hearing impairment during the COVID-19 pandemic. The pandemic has significantly impaired the quality of life of the hearing impaired by creating a number of barriers to their active participation in society. The most frequently reported ones include lack of employment opportunities, safety concerns, and communication difficulties.

Despite the adoption of the Act on vocational rehabilitation and employment of disabled persons, which sets out the rights of persons with disabilities, the unemployment rate among this population section is very high in Croatia. Under the Act, every employer is required to hire a defined number of persons with disabilities, allocate a suitable workplace for them and provide appropriate accommodations. (Vocational Rehabilitation and Employment of People with Disabilities Act, 2021). Nevertheless, many people with hearing impairment are unemployed. The most common reasons given for employers' reluctance to hire people with disabilities, including people with hearing impairment, are negative stereotypes about a person's ability to work.

The deaf and hard of hearing are more vulnerable to social isolation, social withdrawal and loneliness due to communication difficulties they are faced with on a daily basis.

Verbal communication has always been particularly challenging for the deaf and hard of hearing because they often rely on visual cues such as lip reading or facial expressions during a conversation or manual communication (fingerspelling, Croatian sign language and original sign languages of national deaf communities) (Chodosh et al., 2020).

Hearing aids have improved the quality of life of people with hearing impairments; however, the outbreak of the COVID-19 pandemic has created new challenges for them. It has affected their communication. Namely, mask wearing and physical distancing makes it extremely difficult for the hearing impaired to communicate with each other and with other people. Masks cover the faces of speakers and their interlocutors and make it extremely challenging for members of the association to communicate via sign language, lip reading, and speech understanding through facial expressions (West, Franck & Welling, 2020). Conventional surgical masks block visual access to the mouth and obscure other potential facial cues. The lack of visual input can have a deleterious effect on speech understanding (Atcherson et al., 2017).

It is difficult to recognize and connect certain non-verbal gestures given that the face of the interlocutor is not visible. Masks also muffle the high-frequency portion of sound that is very important for successful communication for a person with hearing impairment (West et al., 2020).

People with hearing loss use specific methods of communication. Due to the lack of consideration and support from their environment, they often struggle to communicate in everyday settings. Communication difficulties are also caused by others not speaking or understanding the language used by the deaf community as well as poor communication skills and insufficient awareness and understanding of the problems faced by people with hearing loss (Chodosh et al., 2020). As evident from Figure 2, a major obstacle to effective communication for people with hearing loss is the use of face masks as they limit speech understanding.

Several months after the outbreak of the COVID-19 pandemic, guidelines and instructions related to communication were published by the Croatian Institute of Public Health on their website. One of the measures was the mandatory use of protective masks during the pandemic. Persons exempted from wearing masks are: "persons with hearing impairment in situations

where the mask prevents effective communication and adequate understanding of the transmitted message” and “persons who need to transmit information to a hearing-impaired person, including interpreters for the deaf-blind persons and other persons accompanying them, in a situation where the message cannot be written or transmitted to a person with hearing impairment in sign language, but only by reading from the face and lips” (Croatian Institute of Public Health, 2021). However, in everyday life, people do not follow the guidelines and recommendation of the CNIPH and refuse to take their masks off when communicating with hearing-impaired persons. Moreover, due to the lack of understanding and patience and despite clear guidelines, communication is kept to a minimum and no effort is made by their interlocutors to convey the message by writing it. The results of the research clearly show that the majority of respondents agree with this.

During the pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus, the deaf and hard of hearing turned to the Office of the Ombudsman for Persons with Disabilities with a complaint that their daily communication was significantly hampered. Namely, they state that due to the face masks people are required to wear, they are no longer able to read lips, and that the use of visors would make communication easier for them (POSI, 2021).

Art. 9 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which has been signed and ratified by the Republic of Croatia, stipulates that persons with disability have the right to access, on an equal basis with others, to the physical environment, to transportation, to information and communications, including information and communications technologies and systems. This would enable them to participate fully in all aspects of life and eliminate obstacles and barriers to accessibility, thus improving their quality of life (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2021).

5 Conclusion

Communication has always been challenging for persons with hearing impairment. The coronavirus pandemic has further exacerbated existing challenges they are faced with, including social withdrawal, social isolation, and loneliness, and has created a new barrier to effective communication. Namely, the measures developed to prevent the virus from spreading include wearing face masks which make the communication even more difficult because facial expressions and lip movements, the main components of sign language, are no longer visible. The conducted research has confirmed the assumptions that anti-pandemic measures introduced to prevent the transmission of the virus have reduced the quality of communication and increased communication difficulties for the hearing-impaired. Furthermore, it has identified the methods used to overcome barriers to communication caused by the anti-pandemic measures.

LITERATURE

1. Atcherson, S. R., Mendel, L. L., Baltimore, W. J., Patro, C., Lee, S., Pousson, M. and Spann, M. J. (2017). The Effect of Conventional and Transparent Surgical Masks on Speech Understanding in Individuals with and without Hearing Loss. *Journal of the American Academy of Audiology*, 28 (1), 58–67.
2. Beechey, T., Buchholz, J. M. and Keidser, G. (2020). Hearing Aid Amplification Reduces Communication Effort of People With Hearing Impairment and Their Conversation Partners. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63 (4), 1299–1311.
3. Chodosh, J., Weinstein, B. E. and Blustein, J. (2020). Face masks can be devastating for people with hearing loss. *BMJ*, 370, m2683.

4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Retrieved from <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/tko-ne-treba-nositi-masku-izuzece-od-obveze-nosenja-maske/> <https://posi.hr/>.
5. POSI – Pravobranitelj za osobe sa invaliditetom. Retrieved from: <https://posi.hr/>.
6. West, J. S., Franck, K. H. and Welling, D. B. (2020) Providing health care to patients with hearing loss during COVID-19 and physical distancing. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology* 5 (3), 396–398.
7. Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom. Retrieved from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2007_06_6_80.html.
8. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom, Retrieved from: <https://www.zakon.hr/z/493/Zakon-o-profesionalnoj-rehabilitaciji-i-zapo%20sljavanju-osoba-s-invaliditetom>.

Razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okolju

KLJUČNE BESEDE: alkohol, starejši, medicinska sestra, promocija zdravja, staranje

POVZETEK - Med starejšimi, ki živijo v domačem okolju, zaradi različnih razlogov narašča uživanje alkohola. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kolikšna je razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okolju. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja, metodo deskripcije, sinteze in kompilacije. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. Za merski instrument smo uporabili anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni priložnostni vzorec, v katerega smo vključili 100 starejših. Alkoholne pijače uživa 65 (79,3 %) anketiranih starejših, abstinents je 17 (20,7 %). Med abstinenti je več žensk (13 ali 75,5 %) kot moških (4 ali 23,5 %). Večina anketiranih starejših (53 ali 64,6 %) uživa alkoholne pijače enkrat na mesec ali redkeje, največ (20 ali 30,7 %) jih zaužije 1 dl vina na dan. Večina anketiranih starejših (56 ali 69,5 %) nikoli ni imela občutka, da so zaužili čezmerno količino alkohola. Ugotovitve raziskave kažejo, da je med anketiranimi starejšimi razširjeno uživanje alkohola, vendar zelo redki pijejo tvegano. Kljub temu, da večina ni pridobila informacij o posledicah prekomernega uživanja alkohola od zdravstvenih delavcev, so s temi posledicami dobro seznanjeni.

KEYWORDS: alcohol, the elderly, nurse, health promotion, ageing

ABSTRACT - Among the elderly, living in the home environment, alcohol consumption is on the increase for a variety of reasons. The aim of our research was to determine the prevalence of alcohol consumption among the elderly in the home environment. We used the quantitative research method, the method of description, synthesis and compilation. Data were obtained by using the survey technique. A survey questionnaire was used for the measuring instrument. We used a non-random, casual sample, in which we included 100 elderly. Alcoholic beverages are consumed by 65 (79.3%) of the respondents, whereas 17 (20.7%) of them are abstainers. Among abstainers there are more women (13 or 75.5%) than men (4 or 23.5%). The majority of the surveyed elderly (53 or 64.6%) consumes alcoholic beverages once a month or less often, most of them (20 or 30.7%) consumes 1dL of wine per day. The majority of the surveyed elderly (56 or 69.5%) has never had the feeling that they consumed excessive amounts of alcohol. The findings of the survey show that the consumption of alcohol is widespread among the surveyed elderly, but very few of them drink at risk. Despite the fact that most of them have not obtained the information on the consequences of excessive alcohol consumption from health professionals, they are well aware of these consequences.

1 Teoretična izhodišča

Številne raziskave (Andersen idr., 2015; Barry in Blow, 2016; Kobentar in Kusić, 2017; Ramovš, 2016) pri starejših dokazujejo škodljivo oziroma tvegano uživanje alkohola. Barry in Blow (2016) navajata, da po podatkih raziskav, ki so jih izvedli v primarnem zdravstvenem varstvu, tvegano uživa alkohol od 10 % do 15 % starejših. Christie, Bamber, Powell, Arrindell in Pant (2013) pa so ugotovili, da mejo tveganega uživanja alkohola pogosteje presežejo moški. Problematično uživanje alkohola je prisotno pri 2 % do 7 % starejših žensk in pri 6 % do 16 % starejših moških (Andersen idr., 2015; Isted, Fiorini in Tillmann, 2015). Podobno velja tudi za Slovenijo. Raziskava Ramovša (2016) o razširjenosti uživanja alkohola med starejšimi je

pokazala, da pri nas tvegano pije veliko več samskih moških, ki so se predčasno ali invalidsko upokojili, in tisti, ki so se opijali že v mladosti.

Nekateri avtorji (Barry in Blow, 2016; Kuerbis in Sacco, 2013; Stanojević Jerković, Kolšek in Rotar Pavlič, 2011) trend povečane zlorabe alkohola pri starejših pripisujejo preveč tolerantnemu odnosu do uživanja alkohola in drugih nevarnih substanc, ki je značilen za razvite države, Kuerbis in Sacco (2013) pa tudi večji dostopnosti alkohola. Andersen idr. (2015) razloge za zlorabo alkohola pri starejših povezujejo s posebnimi življenjskimi dogodki in dejstvi, ki so povezana s staranjem (na primer izguba službe ali zakonca, pešanje telesnih in duševnih sposobnosti ipd.), Gray (2014) ter K. Ramovš in J. Ramovš (2015) pa tudi z navadami in rituali, povezanimi z uživanjem alkohola, ki so jih starejši pridobili že v predhodnih življenjskih obdobjih. K. Ramovš in J. Ramovš (2015) navajata, da k prekomernemu pitju alkoholnih pijač pri nas spodbujajo okolje in družbena klima, dostopnost alkohola in njegova dokaj nizka cena, pomanjkanje politične volje za spremembe ter slaba ozaveščenost javnosti o škodljivih posledicah uživanja alkohola.

Alkohol ima na starejši organizem močan negativen vpliv (Ramovš, 2014). Posledice prekomernega uživanja alkohola so med drugimi tudi spominske motnje, inkontinenca in hipotermija, padci in druge nezgode ter zanemarjanje samega sebe (Institute of Alcohol Studies, 2013). Z alkoholom je povezanih tudi veliko hospitalizacij in prezgodnjih smrti. V Sloveniji je bilo leta 2014 zaradi vzrokov, povezanih z alkoholizmom, hospitaliziranih 3545 oseb, med katerimi je bilo 13,9 % starejših od 65 let. Med razlogi za hospitalizacijo so prevladovali duševne in vedenjske motnje (71,7 %) ter alkoholne bolezni jeter (23,5 %). V istem letu je bilo zaradi vzrokov, povezanih z alkoholizmom, 814 smrti, kar 55,6 % ljudi je umrlo pred 65. letom starosti (Lovrečič, B. in Lovrečič, M., 2016).

Prepoznavanje težav z alkoholom je pri starejših pogosto podcenjeno, realna razširjenost ter narava alkoholizma pri tej populaciji pa sta raziskani precej nenatančno (Suhonen, 2011). Vzrok za to je morda dejstvo, da so orodja za prepoznavanje in spremljanje zlorabe alkohola prilagojena mlajši populaciji, pri kateri želijo čim prej odkriti težave z alkoholom (Kolšek, 2011). Tudi K. Ramovš in J. Ramovš (2015) menita, da je prekomerno uživanje alkohola pri starejših pogosto skrit problem, saj mnogi med njimi živijo sami oziroma odmaknjeni od družbe in o svojih pivskih navadah ne govorijo odkrito.

V Sloveniji izvajajo preventivo pri tveganem uživanju alkohola (tudi) pri starejših v ambulantah družinske medicine (nekoč referenčne ambulante). Diplomirana medicinska sestra v tej ambulanti skrbi za vodenje urejenih kroničnih pacientov, za izvajanje sistematičnega preventivnega presejanja in obravnavo opredeljenih oseb (Medved, Čuš, Vračko in Govc Eržen, 2017) ter s tem prispeva k doseganju osnovnega namena in ciljev teh ambulant; to sta med drugim tudi zmanjšanje bioloških in vedenjskih dejavnikov tveganja za razvoj bolezni pri posameznikih (nezdrava hrana, telesna neaktivnost, zvišana krvni sladkor in krvni tlak, zvišane maščobe, kajenje ter tvegano in škodljivo pitje alkohola) ter izboljšanje njihovega duševnega zdravja (Maučec Zakotnik, Čuš, Vrbovšek, Govc Eržen in Medved, 2017).

Namen prispevka je predstaviti razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okolju. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo si zastavili raziskovalno vprašanje: Kolikšna je razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okolju?

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, metode deskripcije, sinteze in kompilacije.

2.2 Opis instrumenta

Raziskavo smo izvedli s strukturiranim instrumentom v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga sestavili na osnovi pregleda relevantne strokovne in znanstvene literature (Kano, Dos Santos in Pillon, 2014; Kerstin Petrič, 2014; Kobentar in Kusić, 2017; Kolšek, 2017; Kovše, Tomšič, Mihevc Ponikvar in Nadrag, 2012; Naegle, 2017; Stanojević Jerković idr., 2011). Anketni vprašalnik je obsegal štiri sklope. V prvem sklopu smo ugotavljali razširjenost uživanja alkohola med anketiranimi. Vseboval je pet vprašanj zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa. Na koncu anketnega vprašalnika so bili navedeni demografski podatki (letnica rojstva, spol, zakonski stan in izobrazba). Anketni vprašalnik ni vključeval osebnih podatkov, ki bi razkrili identiteto posameznika. Anketirani so anketne vprašalnike izpolnili samostojno v domačem okolju.

2.3 Opis vzorca

Izvedli smo neslučajnostno priložnostno vzorčenje, v katero smo vključili naključno izbrane starejše osebe, ki so izpolnjevale vnaprej postavljena merila: starost (65 let in več), bivanje v domačem okolju in brez prisotne demence. V Savinjski statistični regiji smo v društvih upokojencev in v domačem okolju razdelili 100 anketnih vprašalnikov. Pravilno izpolnjenih in primernih za analizo je bilo 82 vprašalnikov, kar predstavlja 82-odstotno realizacijo vzorca. Anketirani so bili povprečno stari 75,6 leta, ženske povprečno 70,0 leta, moški povprečno 76,3 leta. Med anketiranimi starejšimi je bilo 44 (53,7 %) žensk in 38 (46,3 %) moških; 55 (67,1 %) je poročenih, trije (3,7 %) so samski, ovdovelih je 14 (17 %), razvezanih sedem (8,5 %), v zunajpartnerski skupnosti živijo trije (3,7 %) anketirani.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketne vprašalnike smo razdelili v društvih upokojencev in v domačem okolju sami. Anketnemu vprašalniku je bila priložena pisemska ovojnica, v katero je anketirani vložil izpolnjeni vprašalnik. Anketne vprašalnike smo zbirali v namenski škatli. Podatke, pridobljene iz anketnih vprašalnikov, smo obdelali s programom Microsoft Office Excel 2016.

2.5 Etični vidik raziskovanja

Vsak sodelujoči v raziskavi je podal informirano privolitev, prav tako je bil seznanjen s tem, da lahko kadar koli odstopi od sodelovanja v raziskavi. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo ključne rezultate opravljene raziskave med starejšimi.

Tabela 1: Uživanje alkoholnih pijač med anketiranimi starejšimi

Uživanje alkoholnih pijač	Spol				skupaj	
	ženski		moški			
	frekvenca	%	frekvenca	%	frekvenca	%
da	31	70,5	34	89,5	65	79,3
ne	13	29,5	4	10,5	17	20,7
skupaj	44	100	38	100	82	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Tabela 1 kaže, da alkohol uživa 31 (70,5 %) žensk in 34 (89,5 %) moških. Alkohola ne uživa 13 (29,5 %) žensk in 4 (10,5 %) moški. Od skupnih 82 anketiranih starejših uživa alkohol 65 (79,3 %) anketiranih, 17 (20,7 %) anketiranih pa ga ne uživa.

Tabela 2: Pogostost uživanja alkoholnih pijač med anketiranimi starejšimi

Pogostost uživanja alkoholnih pijač	Spol				skupaj	
	ženski		moški			
	frekvenca	%	frekvenca	%	frekvenca	%
nikoli	13	29,5	4	10,5	17	20,7
enkrat na mesec ali redkeje	30	68,2	23	60,5	53	64,6
enkrat na teden	1	2,3	4	10,6	5	6,1
2–3-krat na teden	0	0	2	5,2	2	2,4
4-krat na teden	0	0	3	8,0	3	3,8
vsak dan	0	0	2	5,2	2	2,4
skupaj	44	100	38	100	82	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Iz tabele 2 je razvidno, da 13 (29,5 %) anketiranih starejših žensk in 4 (10,5 %) anketirani starejši moški nikoli ne uživajo alkoholnih pijač. 30 (68,2 %) anketiranih žensk in 23 (60,5 %) anketiranih moških uživa alkoholne pijače enkrat na mesec ali redkeje. 1 (2,3 %) anketirana ženska in 4 (10,6 %) anketirani moški uživajo alkoholne pijače enkrat na teden. Nobena anketirana ženska ne uživa alkohola 2–3-krat na teden, 4-krat na teden ali vsak dan. 2 (5,2 %) anketirana moška uživata alkoholne pijače 2–3-krat na teden, 3 (8,0 %) moški uživajo alkoholne pijače 4-krat na teden, 2 (5,2 %) moška pa vsak dan. Od skupnih 82 starejših nikoli ne uživa alkoholnih pijač 17 (20,7 %) anketiranih. 53 (64,6 %) jih uživa te pijače enkrat na mesec ali redkeje, 5 (6,1 %) enkrat na teden, 2 (2,4 %) anketirana uživata te pijače 2–3-krat na teden, 3 (3,8 %) pa 4-krat na teden. Takšna, ki alkoholne pijače uživata vsak dan, sta 2 (2,4 %).

Tabela 3: Pogostost uživanja posameznih vrst alkoholnih pijač med anketiranimi starejšimi

Vrsta alkoholne pijače	Spol								
	ženski			moški			skupaj		
	<i>N</i>	%	<i>IF</i>	<i>N</i>	%	<i>IF</i>	<i>N</i>	%	<i>IF</i>
vino	26	43,3	59,1	28	38,9	73,7	54	40,9	132,8
pivo	12	20,0	27,3	26	36,1	68,4	38	28,8	95,7
sadjevec	2	3,3	4,5	6	8,3	15,8	8	6,0	20,3
žgane pijače	4	6,7	9,0	8	11,1	21,0	12	9,1	30,0
koktajl	3	5,0	6,8	0	0	0	3	2,3	9,8
nič od navedenega	13	21,7	29,5	4	5,6	10,5	17	12,9	40
drugo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
skupaj	60	100	166,2	72	100	188,9	132	100	328,6
	44			38			82		

IF = indeks frekvenca (število odgovorov na 100 anketiranih)

N = število odgovorov

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Pri tem vprašanju je bilo možnih več odgovorov. Anketirani starejši so podali 132 odgovorov. Tabela 3 kaže, da 26 (43,3 %) žensk in 28 (38,9 %) anketiranih moških pije vino. Pivo pije 12 (20,0 %) anketiranih žensk in 26 (63,1 %) anketiranih moških. Sadjevec pijeta 2 (3,3 %) anketirani ženski in 6 (8,3 %) anketiranih moških. Žgane pijače pijejo 4 (6,7 %) anketirane ženske in 8 (11,1 %) anketiranih moških. Koktajl pijejo 3 (5,0 %) anketirane ženske in noben anketirani moški. 13 (21,7 %) anketiranih žensk in 4 (5,6 %) anketirani moški ne pijejo alkoholnih pijač, ki so bile navedene v vprašalniku. Pri anketiranih ženskah znaša indeks frekvence za pitje vina 59,1, za pitje piva 27,3, za pitje sadjevca 4,5, za žgane pijače 9,0 in za koktajle 6,8. Pri anketiranih moških znaša indeks frekvence za pitje vina 73,7, za pitje piva 68,4, za pitje sadjevca 15,8 in za pitje žganih pijač 21,0. Na odprto vprašanje, kaj drugega pijejo, nihče ni podal svojega odgovora.

Tabela 4: Količina alkoholnih pijač (v dl), ki jo anketirani starejši zaužijejo na dan

<i>Količina alkoholne pijače</i>	<i>Frekvenca</i>	<i>%</i>
vino – 1 dl	20	30,7
vino – 2 dl	12	18,5
vino – več kot 5 dl	2	3,1
pivo – 2 dl	14	21,5
pivo – 0,5 dl	5	7,7
pivo – več kot 5 dl	4	6,2
žgane pijače – 0,3 dl	8	12,3
skupaj	65	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Iz tabele 4 je razvidno, da med 65 anketiranimi starejšimi, ki uživajo alkoholne pijače, le-te dnevno zaužijejo v naslednjih količinah: 20 (30,7 %) anketiranih spi je na dan 1 dl vina, 12 (18,5 %) anketiranih spi je 2 dl vina, 2 (3,1 %) anketirana pa več kot 5 dl vina. 14 (21,5 %) anketiranih spi je na dan 0,2 dl piva, 5 (7,7 %) anketiranih spi je 0,5 dl piva, 4 (6,2 %) anketirani pa več kot 5 dl piva. Žgane pijače dnevno uživa 8 (12,3 %) anketiranih starejših. Zgornja meja, ki so jo navedli pri žganih pijačah, je bila eno šilce.

4 Razprava

Prekomerno uživanje alkohola pri starejših je velik javnozdravstveni problem, saj so z njim med drugim povezani tudi poslabšanje njihovega telesnega in duševnega zdravja, slabši socialno-ekonomski položaj in večja verjetnost za prezgodnjo smrt. Z zgodnjim odkrivanjem starejših, ki tvegano uživajo alkohol, lahko pomembno vplivamo na spremembo njihovega vedenja pri uživanju alkohola. Z raziskavo smo ugotavljali razširjenost uživanja alkohola med starejšimi v domačem okolju.

Raziskava je pokazala, da alkohol uživajo približno štiri petine anketiranih starejših, ki živijo v domačem okolju, abstinentov pa je nekaj manj kot petina. Na podlagi podatkov o tem, kako pogosto uživajo alkoholne pijače, koliko alkohola užijejo v enem dnevu in kako pogosto so v zadnjih treh mesecih uživali večje količine alkohola (*moški 6 ali več meric, ženske 4 ali več meric*), smo anketirane starejše razvrstili v eno od treh kategorij: manj tvegani pivci, tvegani pivci in pivci, ki pijejo škodljivo. Pri tem smo upoštevali meje tveganega uživanja alkohola, ki jih za starejše od 65 let navaja Kolšek (2017). Raziskava je pokazala, da med tistimi anketiranimi, ki pijejo alkohol, tretjina pi je enkrat na mesec ali redkeje, štirikrat na teden ali vsak dan pa pijejo alkoholne pijače le redki anketirani. Glede pogostosti pitja alkoholnih pijač lahko sklepamo, da je velika večina anketiranih starejših zmernih pivcev, vendar rezultati niso skladni s količino alkoholnih pijač, ki jih anketirani spijejo vsak dan. Takšnih, ki še sprejemljivo/dopustno količino alkohola užijejo vsak dan (*to je 1 dl vina, do 0,2 dl piva in do*

0,3 dl žganih pijač), je bistveno manj, približno dve tretjini (tabela 4). Po izbrani metodologiji je torej tveganih pivcev približno ena tretjina starejših anketiranih, zelo malo pa je takšnih, ki pijejo škodljivo. Rezultati so nekoliko nepričakovani, saj sta Kobentar in Kusić (2017), ki sta prav tako izvedla raziskavo med starejšimi, ki živijo v domačem okolju, ugotovila, da je med starejšimi bistveno več abstinentov, manj pa je tudi tveganih pivcev. Več kot tri četrtine abstinentov je bilo tudi v raziskavi, ki so jo izvedli Račić, Joksimović, V. R., Joksimović, B. N., Kusmuk in Kozomara (2014), vendar je bilo v tej raziskavi med tistimi, ki pijejo, več kot polovica takšnih, ki pijejo škodljivo, kar je bistveno več kot v naši raziskavi. V primerjavi z rezultati naše raziskave o bistveno več pivcih, ki pijejo na tvegani in škodljiv način, poročajo tudi Villar Luis, de Lima Garcia, Pinto Barbos in da Costa Lima (2018), ki so izvedli kvantitativno raziskavo med starejšimi v brazilskem mestu São Paulo. Med preiskovanci, ki so sami poročali, da pijejo alkoholne pijače, je bilo takšnih, ki pijejo tvegano ali škodljivo, več kot polovica. O višjem deležu starejših od petdeset let, ki pijejo tvegano in škodljivo, poročajo tudi Gell, Meier in Goyder (2015), ki navajajo, da se vzorci uporabe alkohola med posameznimi državami bistveno razlikujejo. Tako na primer Naegle (2017) navaja, da je večina starejših Američanov zmernih pivcev, vendar je precejšen delež takšnih, ki pijejo na nevaren oziroma škodljiv način, te pa izvjalci zdravstvenih storitev, ki se pri odkrivanju zanašajo zgolj na to, ali presežejo priporočene oziroma še dovoljenje meje uživanja alkohola, težje odkrijejo. Nasprotno so McKenzie, Carter in Filoche (2014) dokazali, da alkohol uživajo tri četrtine Nizozemcev, starih od 60 do 75 in več let, vendar je med njimi le majhen delež tistih, ki pijejo tvegano. Naloga diplomirane sestre v ambulanti družinske medicine je torej, da med pacienti poišče tiste, ki pijejo tvegano oziroma škodljivo, in da jih pouči o tem, kakšne so posledice takšnega pitja alkohola.

5 Sklep

Na ravni celotne družbe lahko k zmanjšanju uživanja alkohola pri starejših veliko prispevajo dokazano učinkovite alkoholne politike, vključno z dvigom cen alkoholnih pijač in z organiziranjem protialkoholnih kampanj, ki bi bile osredotočene na starejše. Pri zmanjševanju problematike uživanja alkohola pri starejših bi lahko posnemali tudi primere dobrih praks, ki jih izvajajo nekatere države v naši neposredni bližini, ki se morda bolj zavedajo dejstva, da se bo zaradi izrazitega staranja prebivalstva povečal tudi delež starejših, ki tvegano uživajo alkohol, in zato pri starejših izvajajo promocijo zdravja kot cenejši ukrep v primerjavi z zdravljenjem posledic tvegane in škodljivega uživanja alkohola.

Ker v dostopni strokovni literaturi in na spletu nismo zasledili, da bi bile v Sloveniji organizirane kampanje za preprečevanje prekomernega uživanja alkohola, ki bi bile namenjene samo starejšim, je pričakovano, da jih anketirani v naši raziskavi ne poznajo. Menimo, da bi se lahko diplomirane medicinske sestre aktivno lotile organizacije takšnih kampanj, s katerimi bi dosegli tudi širšo populacijo starejših, ki uživajo alkohol.

Priložnost za nadaljnje raziskovanje vidimo v izvedbi raziskave, v katero bi vključili paciente v ambulantah družinske medicine, saj bi lahko pridobili podatke o njihovem dejanskem uživanju alkohola s presejalnim testom in potrebah po zdravstvenovzgojnem delu diplomirane medicinske sestre.

LITERATURA

1. Andersen, K., Bogenschutz, P. M., Buhninger, G., Behrendt, S., Bilberg, R., Braun, B. idr. (2015). Outpatient treatment of alcohol use disorders among subjects 60+ years: design of a randomized clinical trial conducted in three countries (Elderly Study). *BioMedCentral Psychiatry*, 15, 28–36.

2. Barry, L. K. in Blow, C. F. (2016). Drinking over the lifespan focus on older adults. *Alcohol Research*, 38 (1), 115–120.
3. Christie, M. M., Bamber, D., Powell, C., Arrindell, T. in Pant, A. (2013). Older adult problem drinkers: who presents for alcohol treatment? *Aging & Mental Health*, 17 (1), 24–32.
4. Gell, L., Meier, P. S. in Goyder, E. (2015). Alcohol consumption among the over 50s: international comparisons. *Alcohol*, 50 (1), 1–10.
5. Gray, T. M. (2014). Habits, rituals, and addiction: an inquiry into substance abuse in older persons. *Nursing Philosophy*, 15 (2), 138–151.
6. Institute of Alcohol Studies, 2013. Older people and alcohol Factsheet. Pridobljeno 22. 8. 2019, s <http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/Factsheets/Alcohol%20and%20older%20people%20FS%20May%202013.pdf>.
7. Isted, A., Fiorini, F. in Tillmann, T. (2015). Knowledge gaps and acceptability of abbreviated alcohol screening in general practice: a cross-sectional survey of hazardous and non-hazardous drinkers. *BioMedCentral Family Practice*, 16, 72–92.
8. Kano, Y. M., Dos Santos, A. M. in Pillon, C. S. (2014). Use of alcohol in the elderly: transcultural validation of the Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (4), 649–656.
9. Kerstin Petrič, V. (2014). Predlogi ukrepov. V M. Zorko, T. Hočevar, A. Tančič Grum, V. Kerstin Petrič, S. Radoš Krnel in M. Lovrečič (ur.), *Alkohol v Sloveniji, trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi za učinkovitejšo alkoholno politiko* (str. 102–119). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
10. Kobentar, R. in Kusić, Z. (2017). Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G, *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (2), 134–142.
11. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
12. Kolšek, M. (2011). O pitju alkohola: priročnik za zdravnike družinske medicine. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta.
13. Kolšek, M. (2017). Preventivni pregled na področju tveganega in škodljivega pitja alkohola. V J. Eržen in M. Petek Šter (ur.), *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine* (str. 70–73). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
14. Kovše, K., Tomšič, S., Mihevc Ponikvar, B. in Nadrag, P. (2012). Posledice tveganega in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 81 (2), 119–125.
15. Kuerbis, A. in Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Substance Abuse; Research and Treatment*, 7, 13–37.
16. Lovrečič, B. in Lovrečič, M. (2016). Poraba alkohola in zdravstveni kazalniki tvegane in škodljive rabe alkohola: Slovenija, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
17. Maučec Zakotnik, J., Čuš, B., Vrbovšek, S., Govc Eržen, J. in Medved, N. (2017). Program integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni pri odraslih – opis preventivne poti obravnavane osebe. V J. Eržen in M. Petek Šter (ur.), *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
18. McKenzie, S., Carter, K. in Filoche, S. (2014). Alcohol and older people: A descriptive analysis of changes in alcohol use in older New Zealanders from 2004 to 2009. Wellington: Health Promotion Agency.
19. Medved, N., Čuš, B., Vračko, P. in Govc Eržen, J. (2017). Timska obravnava v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
20. Naegle, M. A. (2017). Alcohol Use Screening and Assessment for Older Adults. Hartford: The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Pridobljeno 10. 10. 2019, s <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-17>.

21. Račić, M., Joksimović, V. R., Joksimović, B. N., Kusmuk, S. in Kozomara, L. (2014). Alcohol consumption among the elderly primary health care patients: the impact of alcohol on overall health. *Opšta medicina*, 20 (1), 9–17.
22. Ramovš, J. (2014). Staranje. *Kakovostna starost*, (17) 1, 53–59.
23. Ramovš, K. (2016). Zmerno in čezmerno pitje starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 19 (1), 29–59.
24. Ramovš, K. in Ramovš, J. (2015). Starajmo se trezno: priročnik za člane skupin za kakovostno staranje, 2. natis. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
25. Stanojević Jerković, O., Kolšek, M. in Rotar Pavlič, D. (2011). Dejavniki tveganega pitja alkohola pri slovenskih starostnikih: kvalitativna raziskava. *Zdravstveno varstvo*, 50 (4), 249–258.
26. Suhonen, H. (2011). Alkoholizem v starosti; izziv za socialno delo. *Socialno delo*, 50 (2), 91–101.
27. Villar Luis, M. A., de Lima Garcia, M. V., Pinto Barbos, S. in da Costa Lima, D. W. (2018). Use of alcohol among elderly people attending Primary Health Care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31 (1), 46–53.

Ozaveščenost šolarjev o varni spolnosti

KLJUČNE BESEDE: mladostnik, spolnost, medicinska sestra, spolna vzgoja, zdravstvena vzgoja

POVZETEK - Mladostništvo je življenjsko obdobje, skozi katerega vstopamo v svet odraslih, je obdobje priložnosti in tveganj, še posebej na področju spolne dejavnosti, kjer se lahko mladostnik sreča z različnimi neželenimi posledicami. Nove generacije mladostnikov vsako leto vstopajo v pubertetno obdobje, zato mora biti naša neprestana prednostna naloga varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov. Zanimalo nas je znanje osnovnošolcev osmega in devetega razreda o varni spolnosti. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Pri šolarjih je bilo ugotovljeno, da se v prvi spolni odnos spuščajo prej kot generacije pred njimi, kljub temu pa sta se povečala uporaba in znanje o kontracepciji. Pomembno je razmišljati o kontinuirani zdravstveni vzgoji od osnovne šole naprej s poudarkom na odgovornem spolnem vedenju v vseh življenjskih obdobjih. Nedvomno pa so potrebni nadaljnja raziskovanja in analize spolnega vedenja mladih, ki bi nudile večji vpogled v njihovo spolno življenje.

KEYWORDS: adolescent, sexuality, nurse, sex education, health education

ABSTRACT - Adolescence is a period of life through which we enter the world of adults, it is a period of opportunities and risks, especially in the field of sexual activity, where adolescents may encounter various side effects. New generations of adolescents are entering puberty every year, so protecting the reproductive health of adolescents must be our constant priority. We were interested in the knowledge of eighth and ninth grade elementary school students about safe sex. The research was based on a quantitative method of work. For the needs of empirical work, primary and secondary sources were collected, analyzed and synthesized. Data for analysis were obtained using a survey technique. Schoolchildren were found to have their first sexual intercourse earlier than generations before them, but their use and knowledge of contraception increased. It is important to think about continuing health education from primary school onwards with an emphasis on responsible sexual behavior at all stages of life. Undoubtedly, however, further research and analysis of young people's sexual behavior is needed, which would provide a greater insight into their sexual life.

1 Mladostništvo

Adolescenca oziroma mladostništvo je obdobje med otroštvom in odraslostjo, za katero so značilne fiziološke, anatomske in psihološke spremembe, ki se jim morajo mladostniki prilagoditi v spreminjajočem se socialno-kulturnem okolju. Današnji mladostniki, v primerjavi s prejšnjimi generacijami, biološko hitreje dozori, čeprav velikokrat kasneje dosežejo duševno in socialno zrelost ter ekonomsko neodvisnost (Pinter, 2015, str. 35–36). Mladostništvo je razvojno obdobje pri človeku med otroštvom in odraslostjo, je obdobje različnih sprememb posameznikovih mišljenj, čustvovanja, družbenega življenja in telesnega dozorevanja. Je čas različnih preizkušenj na številnih področjih življenja, tudi na spolnem. Biološko dozorevanje se pri današnjih generacijah začne mnogo hitreje kot v preteklosti, s tem pa, ko dobijo lažni občutek zrelosti, se tudi hitreje odločajo za spolnost. Ker pa je za mladostnike izrednega pomena čustveno doživljanje ob spolnem odnosu, lahko prezgodnja intimnost povzroči telesne in psihološke posledice, ogrozi pa lahko tudi zdrav nadaljnji razvoj (But idr., 2011, str. 85).

2 Mladostnik in spolnost

Prvi znaki spolnega vedenja so opazni že pri pubertetnikih v času adolescence, ki predstavlja obdobje spolnega dozorevanja, oblikovanja spolne vloge in želje po raziskovanju o spolnosti (Frotenberry, 2013, str. 280). Spolno vedenje je tesno povezano z mnogimi zdravstvenimi težavami, vključno z nenačrtovano nosečnostjo, spolno prenosljivo okužbo ali boleznimi ter spolnim nasiljem in travmami (Hall, Jones, Witkemper, Collins in Rodgers, 2019, str. 506).

Globoki aspekti spolnega razvoja so prisotni že v otroštvu (Blonna in Carter 2013, str. 134). Spolnost je naravna in biološka potreba, ki jo zadovoljujemo v skladu z razvojnimi obdobjem, v katerem se nahajamo. Je del človekove osebnosti, ki združuje telesne, emocionalne, kognitivne, osebne, medosebne, kulturne, etične in duhovne vidike (Kiphut in Hafner, 2020, str. 38).

Po besedah Gregorič Kumperščak (2012, str. 95) mladostniki pogosto kolebajo in iščejo rešitve na različne načine, ki so lahko tudi socialno manj sprejemljivi ali celo nesprejemljivi. V obdobju odraščanja dekleta in fante spremljajo tudi povečano potenje, izrazit telesni vonj, pojav aken in mastnih las, kar je pogosto lahko vzrok za skrb ali sram odraščajočega, zato je pomembno poudariti, da so to normalni pojavi, vendar pa je potrebna skrb za osebno higieno. Še posebej pri dekletih je skrb za osebno higieno pomembna med menstruacijo, in sicer redno umivanje splovila z nevtralnimi mili, ki ne porušijo normalne, varovalne flore intimnih predelov (Hafner, Hovnik Keršmanc in Kiphut, 2017, str. 3).

2.1 Spolno vedenje

Spolno vedenje je zapleten proces, na katerega vplivajo številni dejavniki, in sicer biološki, duševni in socialni. Prav tako pa na spolno vedenje vplivajo tudi spolne želje, čustveni naboj, dostop do informacij, pritisk medijev, komunikacija v družini in nenazadnje osnovno znanje in razvoj veščin. Tudi proces spolnega dozorevanja je posledica različnih vplivov, med katerimi so zelo pomembni dejavniki iz okolja, v katerem mladi odraščajo. V obdobju mladostništva je za mladostnike področje njihovega lastnega telesnega razvoja še kako zanimivo, prav tako pa tudi področje spolnega življenja (Kiphut in Hafner, 2020, str. 36). Starost pri prvem spolnem odnosu je čedalje nižja, kar je verjetno posledica lažnega občutka zrelosti in tudi vpliva različnih medijev (But idr., 2011, str. 84). Prav tako lahko do nenačrtovanega spolnega odnosa pri mladostniku pride tudi na primer v stanju alkoholne opitosti ali po zaužitju drugih psihoaktivnih substanc. V takšnih stanjih je odločitev praviloma manj premišljena, trenutna, instinktivna, lahko tudi močno čustveno obarvana in ne vključuje razmisleka o zaščiti in drugih možnih posledicah (Lekić, Tratnjek, Konec Juričič in Cugmas, 2014, str. 79). Spoznanja o zdravem načinu življenja poudarjajo povezavo med zdravim (ali tveganim) spolnim življenjem in splošnim zdravjem mladostnikov in mladostnic. Opozarjajo na njegove dolgoročne učinke na zdravje pozneje v življenju, namreč zgodnejša spolna dejavnost je povezana z bolj tveganim spolnim vedenjem, manjšo uporabo kondoma pri prvem spolnem odnosu, z večjim tveganjem za mladostniško materinstvo in spolno prenosljive okužbe (Drglin, Mihevc Ponikvar in Zupanič, 2012, str. 208). Spolno prenosljive okužbe so okužbe, ki se skoraj vedno ali pogosto prenašajo s spolnimi stiki. Danes so te okužbe razdeljene v pet skupin, in sicer glede na povzročitelja: bakterijske, virusne, glive, praživali in ektoparaziti. Danes je znanih približno 30 mikroorganizmov, ki se prenašajo s spolnimi stiki in povzročajo več kot 25 različnih bolezenskih stanj (Potočnik, 2017, str. 125). Nezdravljene okužbe lahko povzročijo številne zaplete v kasnejših letih, kot so neplodnost, izvenmaternična nosečnost, razvoj raka na jajčnikih ali jetrih, nevrološke motnje, vnetja v mali medenici, poškodbe notranjih organov ter smrtnost v primeru okužb s HIV. Pravočasno odkritje in zdravljenje sta zato ključnega pomena (Duh, Cimerman in Golle, 2014, str. 53). Poučevanje mladostnikov o tveganjih, ki jih prinaša

prezgodnji in nezaščiten spolni odnos, se mora zato začeti dovolj zgodaj (But idr., 2011, str. 85). Tvegano spolno vedenje vključuje zgoden vstop v spolno življenje, nezaščitene oralne, vaginalne ali analne spolne odnose, veliko število in pogosto menjavanje spolnih partnerjev ter spolne odnose z osebo iz skupine z večjim tveganjem ali znano okužbo (Matičič, 2014, str. 32).

2.2 Varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov

V zadnjih letih se predvsem poudarja pomen trojne zaščite A, B in C izbire, ki je hkrati zaščita pred neželjeno nosečnostjo, spolno prenosljivimi okužbami in neplodnostjo. Dosežemo jo z A – Abstinenco (vzdržnost od tveganih spolnih odnosov in odlaganje prvega spolnega odnosa), B – bodi zvest/-a (zveza z enim stalnim, zvestim, neokuženim partnerjem in uporaba zanesljive kontracepcije), C – Condom/kondom (uporaba kondoma samega ali v kombinaciji z drugo zanesljivo kontracepcijo) (Hafner, 2011, str. 81). Katero kontracepcijsko metodo bomo izbrali, je pomembna odločitev, kajti metoda, ki ni učinkovita, ima lahko za posledico nenačrtovano nosečnost. Metoda, ki ni varna, lahko povzroči negativne zdravstvene učinke. Kontracepcijske metode, katerih uporaba se ne sklada z življenjskim slogom uporabnika/-ce, ta ne bo uporabljal/-a pravilno in dosledno. Najboljša kontracepcijska metoda za posameznika/-co ali par je tista, ki je učinkovita, varna in se lahko uporablja pravilno in dosledno. Za katero metodo se bo posameznik/-ca odločil/-a, je odvisno od več dejavnikov. Najpoglavitejši dejavniki so: učinkovitost, varnost in nekontracepcijske prednosti oz. koristi kontracepcijske metode, osebni dejavniki ter dostopnost kontracepcijske metode (npr. cena) (Pinter, 2012, str. 21). Pomemben proces varovanja reproduktivnega zdravja mladostnikov predstavlja spolna vzgoja, pri kateri posameznik pridobi informacije in oblikuje stališča, prepričanja o spolnosti, spolni identiteti, odnosih in intimnosti (Byram, 2015, str. 20). Za uspešne so se izkazali programi, ki spodbujajo humane odnose ter enakopravnost med spoloma, spoštujejo različnost, načrtno usmerjajo spolno aktivnost v zdravo spolnost brez ustrahovanja in prepovedi, temveč s pogovori o konkretnih situacijah. Taka izobraževanja prispevajo k razumnim in zdravim odločitvam, predvsem pa zmanjšajo stiske mladih, izboljšajo zdravstveno osveščenost ter spodbujajo oblikovanje zdravju podpornega okolja (Hafner, 2011, str. 3–5).

3 Metode

Z raziskavo smo želeli proučiti znanje šolarjev o varni spolnosti.

Cilj raziskave je bil ugotoviti, kje so šolarji pridobili največ informacij o spolnosti, in ugotoviti raven njihovega znanja o spolno prenosljivih okužbah in kontracepciji oziroma zaščiti. Prav tako nas je zanimal delež osnovnošolcev, ki so že imeli spolni odnos, ter njihov razlog za spolni odnos.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kje so šolarji pridobili največ informacij o spolnosti?
- Koliko šolarji poznajo spolno prenosljive okužbe in kontracepcijo oziroma zaščito?
- Kolikšen delež osnovnošolcev je že imel spolni odnos?
- Kakšen je bil razlog oziroma bi bil razlog osnovnošolcev za spolni odnos?

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Vir podatkov je bil tudi pregled domače in tuje literature ter spletnih baz podatkov (PubMed, Cobiss in Cinahl).

3.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (But idr., 2011; Hafner, 2011; Pinter, 2015). Anketni vprašalnik je vseboval 15 vprašanj zaprtega tipa.

3.3 Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni osnovnošolci osmega in devetega razreda. Predviden raziskovalni vzorec je bil vsaj 100 veljavnih anket, pridobili pa smo 105 pravilno izpolnjenih anket.

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo spletnega vprašalnika, ki je bil sestavljen izključno za potrebe raziskave. Raziskava je potekala s pomočjo aplikacije 1KA za spletno anketiranje. Raziskovalno okolje za izvajanje ankete je bila Osnovna šola Zbora odposlancev Kočevje. Pred začetkom raziskave smo pridobili soglasje šole. Anketo smo tudi delili po družbenih omrežjih, kjer smo prosili starše osnovnošolcev osmega in devetega razreda, da posredujejo anketo šolarjem. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Podatki so uporabljeni izključno v namen raziskave. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, jih grafično prikazali v obliki tabel in grafov ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku raziskave. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

4 Rezultati

V anketi je sodelovalo 105 šolarjev osmega in devetega razreda. Od tega je rešilo anketo 71 (68 %) deklet in 34 fantov (32 %). V izvedeni anketi je bilo 13 let starih 27 šolarjev (26 %), 14 let 54 šolarjev (51 %) in 15 let 24 šolarjev (23 %). Na vprašanje, kje so šolarji pridobili največ informacij o spolnosti, je 39 % šolarjev odgovorilo, da je največ informacij o spolnosti dobilo v šoli, 1 % šolarjev pa ni dobil nobenih informacij o spolnosti. Pri vprašanju, katere informacije o spolnosti so dobili v šoli (možnih je bilo več odgovorov), so rezultati pokazali, da je 25 % šolarjev pridobilo informacije o kontracepciji in spolno prenosljivih okužbah, 3 % šolarjev pa so navedli, da niso prejeli nobenih informacij o spolnosti v šoli. Pri informacijah o spolnosti, ki so jih dobili šolarji v zdravstvenem domu (možnih več odgovorov), je 32 % šolarjev izpostavilo kontracepcijo in spolno prenosljive okužbe, 32 % pa jih ni dobilo nobenih informacij o spolnosti. Pri spolno prenosljivih okužbah šolarji v 67 % poznajo HIV, 14 % šolarjev pa ne pozna nobene bolezni. Pri kontracepciji, ki jo poznajo, jih je 98 % navedlo kondom, 2 % šolarjev pa ne poznata nobene kontracepcije. Pri vprašanju, kako se zaščititi pred spolno prenosljivimi okužbami in nezaželeno nosečnostjo (možnih več odgovorov), je 86 % šolarjev odgovorilo, da je uporaba kondoma zaščita pred spolno prenosljivimi okužbami in nezaželeno nosečnostjo, 5 % šolarjev pa meni, da ne potrebuje zaščite. 90 (87%) anketiranih šolarjev je navedlo, da še niso imeli spolnega odnosa, medtem ko je 15 (13 %) šolarjev označilo, da so spolni odnos že imeli. Prav tako 53 % šolarjev ni bilo intimnih v nikakršni obliki. 80 % šolarjev bi se odločilo za spolni odnos zaradi ljubezni, 1 % pa zaradi izkušenj. Šolarji so navedli, da se najlažje pogovarjajo o spolnosti s prijateljem/prijateljico (56 %). 54 (52 %) šolarjev meni, da imajo dovolj znanja za odločitev za spolni odnos, 23 (22 %) jih meni, da ga imajo premalo.

5 Razprava

Ugotovili smo, da se mladostniki največ o spolnosti naučijo v šoli, kljub temu da v šoli ni več rednega kurikulumu o spolni vzgoji. Dobijo informacije o spolno prenosljivih okužbah, hormonskih in telesnih spremembah v času pubertete in o kontracepciji. Premalo pa se posvetijo informiranosti in opremljenosti mladostnikov s primernim znanjem ter veščinami za sprejemanje odgovornih odločitev na področju socialnega in spolnega življenja.

Če povzamemo ugotovitve ankete, lahko zapišemo, da šolarji prepoznajo spolno prenosljive okužbe, o katerih je veliko govora, manj pa poznajo druge spolne prenosljive okužbe, ki so prav tako pomembne pri varovanju reproduktivnega zdravja. Prav tako menim, da je potrebno o tej temi šolarjem ponuditi več znanja, saj nepoznavanje ali napačne in nasprotujoče si informacije o spolno prenosljivih okužbah lahko vodijo do strahu pred diagnostično obravnavo v povezavi z načinom njihovega odkrivanja in zdravljenjem.

V izvedeni anketi smo ugotovili, da večina šolarjev pozna kondom, hormonske tabletko in jutranjo tabletko, ostale metode pa so jim manj znane. Za zaščito pred spolno prenosljivimi okužbami in nezaželeno nosečnostjo pa se jim zdi, da je najpomembnejši kondom. Skoraj polovica manj jih meni, da je pomembna tudi zvestoba enemu partnerju. Menimo, da mladostniki prepoznajo ustrezno kontracepcijo in vedo, kaj z njo preprečujemo, vendar še vedno ostaja odprto vprašanje, ali mladostniki poznajo pravilno uporabo, da je zanesljivost čim višja. Poleg vsega pa je pri mladostnikih še vedno prisotnega veliko tveganega vedenja, lahko se zgodi, da na zaščito sploh niso pomislili ali pa so nanjo pozabili, ko se odločijo za spolni odnos. Poleg pa so prisotni še ostali razlogi, kot npr. zadrega, cenovna dostopnost ipd.

Od anketiranih šolarjev jih večina ni imela spolnega odnosa, vendar je nekaj šolarjev, ki so spolni odnos že imeli. Veliko šolarjev tudi še ni bilo intimnih v nikakršni obliki. Toda takšni ali drugačni intimnosti, kot je poljubljanje, otipavanje, oralno zadovoljevanje, se je veliko šolarjev že prepustilo. Zato menimo, da je spolna vzgoja pomembna tema, ki se mora začeti obravnavati dovolj zgodaj, saj ko se začne v mladostniku prebujati zanimanje za spolnost, mora imeti že dovolj znanja, da bo znal spoštovati integriteto partnerja in svojo integriteto. Prav tako menimo, da bo nedvomno potrebno začeti sistematično izvajati spolno vzgojo v najširšem pomenu besede (medosebni odnosi, odraščanje, odgovornost, sprejemanje odločitev, tvegano spolno vedenje, spolne bolezni, partnerstvo, integriteta) tako v predšolskem kot v šolskem obdobju.

Šolarji so se oziroma bi se v večjem deležu odločili za spolni odnos iz ljubezni, veliko manjši odstotek mladostnikov pa bi se odločil zaradi spolne potrebe. Redkeje bi se za prvi spolni odnos odločali zaradi radovednosti ali izkušenj. Mladostniki imajo izoblikovana stališča o ljubezni kot najprimernejšem razlogu za spolni odnos, žal pa se v realnem življenju kljub temu ne uspejo obnašati v skladu s svojimi prepričanji.

6 Sklep

Naše vedenje o spolnem življenju mladostnikov v Sloveniji je precej pomanjkljivo. Večji del populacije mladostnikov še ni spolno aktiven in bi za podrobnejše analize in interpretacijo potrebovali ustrezno usmerjeno raziskavo, in sicer z namenom, da bi dobili boljši vpogled v spolno življenje mladostnikov, in to, kako se spreminjata spolna aktivnost in raba zanesljive zaščite v tej populaciji. Glede na pridobljene rezultate naše ankete in dobljene rezultate drugih raziskav s področja spolnosti mladostnikov ugotavljamo, da obstaja problematika glede zdravega spolnega dozorevanja mladostnikov. Prav tako menimo, da se tako kot mladostniki tudi starši, učitelji in zdravstveni delavci ne zavedamo odgovornosti in pomena pravih

informacij ob pravem času. Mladostnike, ki se spuščajo v prezgodnji spolni odnos, ko nanj še niso pripravljeni niti telesno niti čustveno, to lahko pogosto pripelje do razočaranj, neželene nosečnosti ali bolezni. Menimo, da bi lahko preprečili veliko negativnih izkušenj oziroma mladostniku omogočili zdravo spolnost, če bi le informacije o spolnem odnosu, zaščiti in spolnosti nasploh dobili ob pravem času iz zanesljivih virov in na primeren način. Preverjene in prave informacije glede spolnosti so naloga (zdravstvene) vzgoje, ki jo izvajajo učitelji, zdravstveni delavci in starši doma. Vključevati morajo strategije, ki povečujejo obveščenost, motivacijo in spretnosti skrbnikov, staršev, učiteljev, da bi izboljšali komunikacijo med njimi in mladostniki. Nedvomno je spolna vzgoja mladostnikov tema, o kateri bi se morali veliko pogovarjati veliko bolj zgodaj. Spolnost je pomemben dejavnik našega življenja, ki zadeva vsakega posameznika, in odločanje o njej je temeljna človekova pravica. Cilji, h katerim moramo stremeti, so, da naučimo mladega človeka pravilnega odnosa do spolnosti, pravilnega odnosa do nasprotnega spola, ki naj temelji na spoštovanju in razumevanju, ter hkrati razvijmo samozavest in realno stališče do spolnosti.

LITERATURA

1. Blonna, R. in Carter, L. C. (2013). *Healthy sexuality: Third edition*. Dubuque: Kendall Hunt publishing company.
2. But, I., Blažević, S., Dorič, M., Jelenc, M., Špilak, M. in Pakiž, M. (2011). Spolno vedenje in uporaba kontracepcije med srednješolci v severovzhodni Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 80, 84–91.
3. Byram, M. L. (2015). Sex Education. V C. S. Clauss - Ehlers (ur.), *The Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology* (str. 20–24). Boston: Springer.
4. Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B. in Zupanič, T. (2012). Trendi v spolnem vedenju mladostnikov. V H. Jeriček Klanšček, H. Koprivnikar, T. Zupanič, V. Pucelj in M. Bajt (ur.), *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010* (str. 208–219). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
5. Duh, D., Cimerman, M. in Golle, A. (2014). Uporabnost metode multipleks PCR za molekularno diagnostiko spolno prenosljivih okužb. *Medicinski razgledi*, 53 (6), 53–59.
6. Frotenberry, D. J. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and behaviour*, 64 (2), 280–287.
7. Gregorič Kumperščak, H. (2012). Med depresijo, adolescenčno krizo, samopoškodovanim in samomorilnim vedenjem. V J. Dolinšek (ur.), *Tuberkuloza otrok – čas za nove smernice?; Samopoškodovano vedenje in depresija pri otrocih in mladostnikih; Novost v pediatrični gastroenterologiji* (str. 91–96). Maribor: Univerzitetni klinični center.
8. Hafner, A. (2011). Vzgoja za zdravo spolnost – pristopi in utemeljitev. *Gorenjski bilten javnega zdravja*, 5 (29), 1–14.
9. Hafner, A., Hovnik Keršmanc, M. in Kiphut, S. (2017). Učna ura odraščanje ob sistematskem pregledu za 6. razred. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/odrascanje_ucna_ura_2017.pdf.
10. Hall, W. J., Jones, B. L. H., Witkemper, K. D., Collins, T. L. in Rodgers, G. K. (2019). State Policy on School-based Sex Education: A Content Analysis Focused on Sexual Behaviors, Relationships, and Identities. *American Journal of Health Behavior*, 43 (3), 506–519. Pridobljeno, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=136145976&site=ehost-live>.
11. Kiphut, S. in Hafner, A. (2020). Mladostnik in doživljanje spolnosti. V V. Pucelj (ur.), *Odnos do telesa. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje v okviru primarnega zdravstvenega varstva* (str. 36–50). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
12. Lekić, K., Tratnjek, P., Konec Juričič, N. in Cugmas, M. (2014). Srečanja na spletu: potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
13. Matičič, M. (2014). Sodoben pristop k diagnostični obravnavi bolnikov s spolno prenosljivo okužbo v vsakodnevni klinični praksi: smo v Sloveniji na pravi poti? *Medicinski razgledi*, 53 (6), 29–40.

14. Pinter, B. (2012). Učinkovitost in varnost kontracepcije. V B. Pinter (ur.), Kontracepcija danes: zbornik / 8. spominski sestanek akad. prof. dr. Lidije Andolšek-Jeras (str. 21–27). Ljubljana: Slovensko društvo za reproduktivno medicino.
15. Pinter, B. (2015). Spolnost in telesno dozorevanje mladih. V A. Mrgole, Z. Švaljek, A. Vilotič in N. Breitenberger (ur.), Odgovori sodobnim izzivom odraščanja: zbornik ob 25-letnici delovanja TOM telefona (str. 117–127). Ljubljana: Zveza prijateljev mladine Slovenije.
16. Potočnik, M. (2017). Spolno prenosljive okužbe. V J. Miljković in M. Dolenc - Voljč (ur.), Kožne in spolne bolezni (str. 125–144). Maribor: Medicinska fakulteta; Ljubljana: Medicinska fakulteta in Združenje slovenskih dermatovenerologov.

Izkušnje pacientov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci – fenomenološka raziskava

KLJUČNE BESEDE: homoseksualnost, transspolne osebe, nebinarne osebe

POVZETEK - Uvod: Negativne izkušnje so pogostejše pri pacientih, ki odstopajo od heteronormativnosti. Namen raziskave je bil opisati izkušnje LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci. **Metode:** Izvedli smo kvalitativno deskriptivno raziskavo s tehniko polstrukturiranega intervjuja z odprtimi vprašanji. Namenski vzorec 11 respondentov smo pridobili z metodo snežne kepe. Transkript intervjujev smo analizirali s tehniko tematska analiza besedila. **Rezultati:** Prepoznali smo 6 tem; v prispevku je predstavljena tema ambivalentnost izkušenj LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci, ki vključuje kategorije: pozitivne izkušnje z zdravstvenimi delavci, negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci, nevtralne izkušnje z zdravstvenimi delavci in občutki nesprejetosti s strani zdravstvenih delavcev. **Razprava:** Izkušnje LGBT pacientov z zdravstvenimi delavci so ambivalentne. Geji in lezbijke navajajo večinoma dobre in korektne odnose z zdravstvenimi delavci, čeprav v okvirih heteronormativnosti. Transspolne in nebinarne osebe so soočene z nerazumevanjem ter občasno odklanjanjem in patologizacijo. Zavedanje heteronormativnosti je prvi korak pri nujenju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave LGBT pacientom.

KEY WORDS: homosexuality, transgender persons, nonbinary persons

ABSTRACT - Introduction: Negative experiences are more common in LGBT patients. The purpose of the study was to describe those experiences. **Methods:** We conducted a qualitative descriptive research using the semistructured interviews with open-ended questions. A purposive sample of 11 respondents was obtained using the snowball method. The transcript of the interviews was analyzed using thematic text analysis. **Results:** We identified 6 topics; here is presented one of them called: ambivalence of LGBT individuals' experiences with healthcare professionals which includes categories: positive experiences with healthcare professionals, negative experiences with healthcare professionals, neutral experiences with healthcare professionals and feelings of rejection by health professionals. **Discussion:** The experiences of LGBT patients are ambivalent. Gays and lesbians cite mostly good and correct relationships with health professionals, albeit within the framework of heteronormativity. Transgender and non-binary individuals face misunderstanding and occasional rejection and pathologization. Awareness of heteronormativity is the first step in providing culturally competent healthcare to LGBT patients.

1 Teoretična izhodišča

Heteronormativnost opredelimo kot institucionalizirano heteroseksualnost, ki je konstituirana kot standard za legitimne in pričakovane socialne in spolne odnose (Ingraham, 2011, str. 305). Negativne izkušnje pacientov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci so na splošno redke, vendar 1,5-krat pogostejše pri pacientih, ki se identificirajo kot lezbijke, geji in biseksualci (Elliott idr., 2014, str. 11). Čeprav so negativne izkušnje v tej populaciji (v nadaljevanju LGBT) redke, jih ne smemo zanemariti, saj izvirajo iz heteronormativnosti, večkrat pa tudi iz homofobije (Krnel in Skela Savič, 2020, str. 248) in lahko vodijo do diskriminacije. Večja prevalenca negativnih izkušenj kaže na neenakosti v zdravju za LGBT paciente v primerjavi z večinsko, heteroseksualno populacijo. »Homofobija se nanaša na odpor

in sovraštvo do homoseksualcev in njihovega načina življenja, skupaj z vedenjem, ki temelji na tem odporu in sovraštvu; je oblika predsodka, ki se odraža ne samo v očitnih dejanjih sovraštva in nasilja, ampak tudi v obliki verbalne zlorabe« (Giddens in Sutton, 2013, str. 645). Homofobija se v sodobnem času »pojavi v drugačnih, bolj subtilnih oblikah kot nekoč« (Kuhar, 2013, str. 8) oz. je prevzela različne težje prepoznavne obraze, zato Kuhar, Kogovšek, Šalamon, Humer in Maljevac (2011, str. 59) govorijo o tako imenovani »novi homofobiji«, »ki je veliko bolj prikrita in subtilnejša«. Novo homofobijo opažamo tudi v zdravstvu (Krnel, 2014, str. 39). Proučevanje izkušenj LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci predlagamo kot enega izmed možnih načinov naslavljanja neenakosti v zdravju za to skupino posameznikov. Na podlagi analize njihovih izkušenj lahko tudi oblikujemo priporočila za kulturno kompetentno obravnavo LGBT pacientov v zdravstvu. »Kulturne kompetence opredelimo kot odnos, znanje in spretnosti, ki so potrebni za zagotavljanje kakovostne skrbi za različne populacije«, grajenje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev pa je tudi eden izmed načinov naslavljanja neenakosti v zdravju (Kersey - Matusiak, 2013, str. 4).

2 Izkušnje LGBT pacientov z zdravstvenimi delavci

2.1 Namen in cilj raziskave:

Namen raziskave je bil s kvalitativnim fenomenološkim pristopom opisati izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci v Sloveniji ter podati priporočila za kulturno kompetentno obravnavo le-teh. Cilj dela raziskave, ki je predstavljen v prispevku, je bil doprinesiti k boljšemu razumevanju LGBT pacientov s strani zdravstvenih strokovnjakov v luči nudenja kulturno kompetentne zdravstvene obravnave.

2.2 Raziskovalna vprašanja:

Celotna raziskava je temeljila na 6 raziskovalnih vprašanjih; del raziskave, ki je predstavljen v prispevku, odgovarja na prvo raziskovalno vprašanje: Kakšne so izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti, z zdravstvenimi delavci in sodelavci?

2.3 Raziskovalna metodologija:

Izvedli smo kvalitativno deskriptivno fenomenološko raziskavo, za katero smo pridobili soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko. Izkušnje LGBT pacientov smo raziskovali s tehniko pol-strukturiranega intervjuja, ki smo ga z respondenti izvajali v živo od maja do avgusta 2019, na lokaciji po njihovem izboru. Vsi intervjuji so se snemali, posnetki pa so bili transkribirani v program MS Word, pisava Times New Roman, velikost črk 12. Pred pričetkom intervjuja je vsak udeleženec podal ustno in pisno soglasje. Namenski vzorec 11 LGBT oseb iz Slovenije smo pridobili z metodo snežne kepe. Pri iskanju respondentov smo se povezali z nekaterimi nevladnimi organizacijami (Društvo DIH, Zavod Transakcija, Legebitra). Instrument raziskave so predstavljala predhodno pripravljena odprta usmerjevalna vprašanja. Pred pričetkom intervjuja smo zbrali nekaj demografskih podatkov (spolna identiteta, spolna usmerjenost, starost, zaposlitveni status). Transkript intervjujev smo analizirali s tehniko tematska analiza besedila po smernicah, ki jih opisuje Flick (2018, str. 475) v šestih stopnjah:

1. Spoznavanje s podatki
2. Ustvarjanje začetnih kategorij
3. Iskanje tematskih področij
4. Pregled tematskih področij
5. Definiranje in poimenovanje tem
6. Oblikovanje poročila

Najprej smo izvajali večkratno branje besedila. Enoto kodiranja so predstavljali izbrani citati. Vsebinsko podobne citate smo združevali na induktivni način v kategorije, le-te pa glede na tematiko v tematska področja. Oblikovali smo 23 kategorij, ki smo jih združili v 6 tematskih področij. V prispevku je predstavljeno eno tematsko področje, ki smo ga poimenovali: *ambivalentnost izkušenj LGBT posameznikov z zdravstvenimi delavci* (ostale teme so predstavljene v Krnel, 2020) in pod katerega smo združili 4 kategorije: pozitivne izkušnje z zdravstvenimi delavci, negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci, nevtralne izkušnje z zdravstvenimi delavci in občutki nesprijetosti s strani zdravstvenih delavcev.

3 Rezultati

Sledijo izbrani citati ($n = 31$), ki utemeljujejo posamezno kategorijo. Rezultati so, v skladu s priporočili za kvalitativne raziskave v zdravstveni negi, poročani evokativno, ekspresivno, transcendentno in poetično, v obliki misli udeležencev raziskave, saj le-te namreč služijo kot gradniki novega znanja (Matua, 2015, str. 31).

Kategorija 1: Pozitivne izkušnje z zdravstvenimi delavci

Večina respondentov v našem vzorcu ima z zdravstvenimi delavci dobre izkušnje.

Citat 1: »... jaz moram reči, da sem bil zelo zadovoljen s tem, kako sem bil obravnavan, tako s strani medicinskih sester, pa predvsem s strani infektologa ...«

Citat 2: »... ko sem šel povedat, da sem dobil pozitivne rezultate, se je zavzela zame ... če pa ne bi bil razkrit, po moje ne bi tako reagirala ... zelo je bila podporniška, ni me obsojala zaradi tega, sem čutil, da ji ni vseeno, ne glede na to, ali sem biseksualec, gej ali karkoli ... bo pomagala, je tam zate.«

Citat 3: »... partner je bil v bolnišnici, lahko sem ga prišel obiskati brez problema ...«

Pozitivne izkušnje imajo LGBT pacienti, kadar se v interakcijah z zdravstvenimi delavci počutijo varne, kadar nimajo občutka, da se jih obsoja, četudi morda zdravstveni delavec ne sprejema »njihovega načina življenja«.

Citat 4: »... sem imel samo pozitivne izkušnje. Nikoli nisem imel občutka, da bi me kdorkoli grdo gledal ... vedno je bilo pozitivno ...«

Citat 5: »... sem zelo pozitivno presenečen, ker sta obe zelo dobro sprejeli ... pri drugi sploh ni bilo nobenega vprašanja ali pa kakršnekoli negativne omembe, rekla je samo: v redu, če slučajno pozabim, pa če se kaj takega zgodi, me dajte opomniti ...«

Citat 6: »... sem rekel, da je moj mož, pa ni nihče nič kompliciral ...«

Citat 7: »... nisem pa opazil nikakršnih opazk, niti začutil kakšnih posmehovanj, jaz ne, jaz imam res dobre izkušnje.«

Pozitivne izkušnje so posledica ustrezne komunikacije, ki je ključnega pomena pri vseh interakcijah zdravstveni delavec-pacient. LGBT pacienti cenijo, če so se zdravstveni delavci pripravljani pogovarjati o njihovih specifičnih (zdravstvenih) težavah.

Citat 8: »... so bile vse zdravnice pripravljene, vsaj te, s katerimi sem imel opravka, so se bile pripravljene pogovarjati o lgbt problemih ...«

Citat 9: »... ko sem jaz med samimi testi razlagal, sem čutil, da je poslušala, da je kakšno stvar doumela ...«

Citat 10: »... načeloma poznam osebe, ki so pripravljene ... ki bodo spoštljivo vprašale

Kategorija 2: Negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci

Kljub temu, da ima večina respondentov z zdravstvenimi delavci dobre izkušnje, imajo skoraj vsi (samo en respondent ni navedel nobene slabe izkušnje) vsaj eno, večina pa več negativnih izkušenj. Slabe izkušnje so lahko sicer posledica samega sistema oz. niso nujno povezane s pacientovo spolno usmerjenostjo in/ali identiteto.

Citat 11: »... dežurni zdravnik nima časa ... potem sem preprosto nehal prositi za tehnike, sestre, za zdravnika ...«

Citat 12: »... meni so se zdeli odnosi napeti v tisti bolnišnici, bilo je neprijetno ...«

Citat 13: »... sem imel pa težave s pridobitvijo drugega mnenja ...«

Negativne izkušnje so posledica neustrezne oz. neprofesionalne komunikacije, ali pa, na drugi strani, pomanjkanja komunikacije.

Citat 14: »... kar mi pa ni bilo tako všeč je, da me je vzela kot zelo neinformiranega in mi je začela pridigati ...«

Citat 15: »... nikoli nisem dobil neke pozitivne afirmacije, ki bi mi sporočala: ej s tem pa ni nič narobe ... nič konkretnega niso povedali, nič tistega, kar bi omogočilo, da lažje sprejmeš samega sebe ...«

Citat 16: »... vem, da ima vsakdo kdaj slab dan, ampak ni me treba nadirati ... potem se sploh ne čutim, da bi lahko karkoli povedal, kaj šele, da bi bil jaz ...«

Citat 17: »... sem povedal nekaj, kar je bilo meni zelo težko povedati ... da se je potem to samo zapisalo in šlo naprej, me je zelo razočaralo. Tukaj nisem dobil nobene, res nobene besede ...«

Negativne izkušnje so lahko tudi posledica pomanjkanja znanja v zvezi z LGBT tematiko, kar prihaja do izraza predvsem pri transspolnih in nebinarnih osebah:

Citat 18: »Pričakujejo od mene, da jih izobražujem, da jim povem, kako to deluje ... kot, da sem tukaj zato, da izobražujem ... namesto, da se pozanimajo ...«

Citat 19: »... vsakič je reakcija zelo defenzivna ... zelo hočejo opravičiti sistem in utrditi svojo vlogo, znanje in strokovnost in ne priznajo, da ne vedo ...«

Negativne izkušnje so problematične tudi iz tega vidika, da se nekateri LGBT posamezniki posledično zaradi slabih izkušenj kasneje izogibajo iskanju zdravstvene pomoči.

Citat 20: »... če sem imel slabo izkušnjo, potem nisem iskal zdravniške pomoči ... potem sem pač to odlagal, kolikor dolgo je le bilo mogoče ...«

Citat 21: »... največji minus slabe obravnave je to, da potem ne želim iti nazaj ...«

Kategorija 3: Nevtralne izkušnje z zdravstvenimi delavci

Nekaterih izkušenj nismo mogli enostavno in jasno opredeliti kot pozitivnih ali negativnih.

Citat 22: »... se je že zgodilo, da je sestra odprla vrata ambulante, stopila ven in začela meriti vročino in spraševati ... pa rečem jaz, da bom povedal, ko bom stopil noter in potem je bila kar presenečena ...«

Citat 23: »... nisem imel nobenih težav, samo včasih so pa bili kakšni postrani pogledi od zdravnikov ...«

Citat 24: »... jaz nisem opazil pri njej, ko sem ji to povedal, nobene posebne reakcije ... je pač nadaljevala mislim, me je poslušala in gledala in ni, ni temu posvetila neke večje pozornosti ...«

Citat 25: »Reakcija psihiatra ni bila nič kaj posebnega ... potem je samo vprašal ... kako smatram svojo spolno identiteto in usmerjenost in potem sem mu razložila ...«

Kategorija 4: Občutki nesprejetosti s strani zdravstvenih delavcev

Negativne izkušnje, ki so posledica heteronormativnosti ali homofobije, so nekateri respondenti občutili v okvirih stigmatizacije oz. kot ne-sprejemanje ali pa celo obsojanje in odklanjanje. Ker je heteronormativnost ključni okvir vsakdanjega življenja LGBT populacije, smo tovrstne izkušnje združili pod lastno kategorijo.

Citat 26: »... je imela zelo zadržan odnos do mene ... je potem začela govoriti: mogoče pa vaš stil življenja ni ravno pravilen ... sem dobival verske napotke ...«

Citat 27: »... je rekel, glejte, jaz se s tem ne mislim ukvarjati, to ni zdravniški problem, to boste morali vi razrešiti sami s seboj ...«

Citat 28: »... pri klinični psihologinji sem imel občutek, da grem lahko malo iz te škatle ... pa potem sploh nisem bil sprejet, pa še zaustavilo me je to za nekaj časa ...«

Citat 29: »... Sem začutila obsojanje ...«

Citat 30: »... Da se ne bomo več lgbt plus ljudje počutili razvrednotene, ko pridemo na pregled, kadar razkrijemo svojo spolno usmerjenost.«

Citat 31: »... Potem sem dobil od njih nekakšno predavanje o tem, kako se moški obnaša, kako se pač ne joka ... Videlo se je v njihovem tonu, videlo se je po govorici telesa, videlo se je tisto ... Niso se me hoteli niti dotakniti zares ...«

4 Razprava

Izkušnje LGBT oseb iz našega vzorca z zdravstvenimi delavci so ambivalentne. Enako ugotavlja tudi integrativni pregled literature (Krnel in Skela Savič, 2020, str. 247). Večina LGBT posameznikov ima z zdravstvenimi delavci dobre ali vsaj korektne odnose (Elliott idr., 2014, str. 11; Westerbotn idr., 2017, str. 196). Tudi v našem vzorcu geji in lezbijke navajajo večinoma dobre in korektne izkušnje z zdravstvenimi delavci. Večji problem se pojavi pri transspolnih in nebinarnih osebah, ki so pogosto soočene z nerazumevanjem, občasno pa tudi odklanjanjem in celo patologizacijo. Tudi tuje raziskave (McNeil, Bailey, Ellis, Morton in Regan, 2012, str. 88) potrjujejo, da ima ta skupina večinoma slabe izkušnje. Vsakdanje življenje LGBT oseb je močno vpeto v okvire heteronormativnosti, »ki pogosto deluje negativno in hierarhično« (Švab, 2018, str. 233) in prihaja do izraza tudi v zdravstvu. Zdravstveni sistem je heteronormativen (Krnel, 2020, str. 52), kar občutijo tudi respondenti v našem vzorcu. Zavedanje heteronormativnosti je prvi korak pri nudenju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave za LGBT paciente. Danes lahko, kot razlagajo Kuhar idr. (2011, str. 59), v družbi na splošno govorimo o t.i. »novi homofobiji«, ki je veliko bolj prikrita in subtilnejša. Krnel (2014, str. 39) je v svoji pilotni raziskavi koncept nove homofobije apliciral tudi v prostor zdravstvene oskrbe, vendar bi bilo potrebno to povezavo bolje raziskati.

V našem vzorcu prihaja bolj do izraza sama ambivalentnost izkušenj LGBT oseb z zdravstvenimi delavci. Zaznana ambivalentnost se kaže na dveh nivojih: prvič se ambivalentnost kaže na nivoju posameznika, ki ima večinoma dobre izkušnje, občasno pa tudi slabe ali obratno, drugi nivo ambivalentnosti pa je moč zaznati znotraj same skupine. Dobre in korektne izkušnje prevladujejo pri skupini istospolno usmerjenih posameznikov (geji in lezbijke), torej tistih, ki se skladajo z družbeno normo spolne binarnosti, medtem ko imajo tisti posamezniki, ki od te norme odstopajo (transspolne in nebinarne osebe), večinoma slabše izkušnje. Slednje potrjujejo tudi tuji avtorji (Hoffkling, Obedin - Maliver in Sevelius, 2017, str. 17; Stewart in O'Reilly, 2017, str. 70).

Osebe v našem vzorcu opisujejo komunikacijo kot eno izmed zelo pomembnih dimenzij v odnosu zdravstveni delavec-pacient. Rezultati potrjujejo, da so dobre izkušnje pogosto pogojene z ustrezno komunikacijo (ustvarjanje občutka varnosti, spoštovanje, ne-obsojanje, spoštovanje zaimkov), na drugi strani pa so slabe izkušnje velikokrat posledica neustrezne komunikacije ali pa sploh pomanjkanja komunikacije.

Veliko negativnih izkušenj, ki so jih opisovali naši respondenti, temelji v heteronormativnosti ali celo homofobiji, ki se kaže kot npr. občutki nesprejetosti, odklanjanja, obsojanja, stigmatizacije, nekaj oseb je izkusilo celo psihično nasilje. Tukaj prihaja do izraza nova homofobija. Posameznikom npr. ni neposredno onemogočen dostop do zdravstvene oskrbe zaradi njihove spolne usmerjenosti in/ali identitete, vendar pa se ga npr. zaradi lastnih stališč obsoja ali pa zaradi pomanjkanja znanja neustrezno obravnava. Tudi v takih primerih se slabše godi transspolnim in nebinarnim osebam, ki so tovrstne občutke večkrat navajale. Nekateri

zdravstveni delavci obsojajo LGBT identitete zaradi svojih moralnih in/ali verskih prepričanj (Stewart in O'Reilly, 2017, str. 75), kar so poročale tudi nekatere osebe iz našega vzorca.

Negativne izkušnje so včasih posledica pomanjkanja znanja v zvezi s specifikami LGBT populacije, kar je pogosteje pri zdravstveni obravnavi transspolnih in nebinarnih oseb. Na pomanjkanje specifičnega znanja o LGBT opozarjajo tudi drugi avtorji (Nhamo - Murire in Macleod, 2017, str. 8; Westerbotn idr., 2017, str. 196).

Nekaj izkušenj, ki so jih opisovali respondenti, nismo mogli enostavno in enoznačno uvrstiti kot bodisi dobre ali bodisi slabe, zato smo jih opredelili kot nevtralne. Le-teh osebe iz našega vzorca ne vrednotijo kot slabe, kar Eady, Dobinson in Ross (2011, str. 384) pojasnjujejo s tem, da je za pozitivno percepcijo neke izkušnje pogosto dovolj že odsotnost negativne reakcije s strani zdravstvenih delavcev. Z vidika kulturno kompetentne zdravstvene obravnave tega nikakor ne moremo označiti kot dobre prakse.

Omejitve raziskave izhajajo iz majhnega vzorca, zasičenosti podatkov nismo dosegli pri vseh skupinah, ki so bile vključene v vzorec. Osebe, ki so sodelovale v raziskavi so večinoma mladi. Kljub temu lahko raziskava služi kot uvod za širše raziskovanje področja, saj nudi vpogled v specifične potrebe LGBT populacije v zvezi z zdravstveno oskrbo.

5 Sklep

Izkušnje LGBT oseb z zdravstvenimi delavci so ambivalentne. Čeprav prevladujejo dobre izkušnje, se morajo zdravstveni delavci za zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe za LGBT paciente zavedati samoumevne heteronormativnosti družbe. Negativne izkušnje LGBT pacientov namreč pogosto temeljijo v stereotipih in/ali predsodkih in lahko vodijo do stigmatizacije. Stigmatizacija, ki temelji v homofobiji, pa lahko dalje vodi do diskriminacije. Eden izmed vzrokov za spodaj našteje pojave je tudi pomanjkanje znanja, ki je v primeru LGBT zdravstvenih specifik pri zdravstvenih delavcih večkrat pomanjkljivo. Zagotavljanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki temelji na znanju (na dokazih podprte zdravstvene oskrbe) je eden izmed načinov naslavljanja neenakosti v zdravju in primer dobre prakse pri zdravstveni oskrbi LGBT posameznikov.

Za kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo LGBT pacientov lahko glede na ugotovitve naše raziskave zdravstvenim delavcem svetujemo naslednje:

- bodite odprti in dopuščajte možnost različnosti;
- paciente/ke obravnavajte spoštljivo, četudi se z njimi ne strinjate;
- ne uporabljajte seksistične komunikacije;
- uporabljajte nevtralne zaimke in način govora;
- ne predvidevajte, da so vsi/e pacienti/ke heteroseksualni/e;
- ne kategorizirajte posameznikov/c na podlagi njihovega biološkega spola;
- če vam pacient/ka razkrije svojo različno spolno usmerjenost mu/ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel/a kaj pogovoriti;
- če vam pacient/ka razkrije svojo različno spolno identiteto, mu/ji dajte jasno vedeti, da ste informacijo sprejeli, da jo boste varovali in uporabili, če bo to potrebno; vprašajte po zaimku, s katerim pacient/ka želi biti naslavljan/a, vprašajte tudi, ali bi se v zvezi s tem želel/a kaj pogovoriti.

LITERATURA

1. Eady, A., Dobinson, C. in Ross, L. E. (2011). Bisexual people's experiences with mental health services: a qualitative investigation. *Community Mental Health Journal*, 47, 378–389.
2. Elliott, M. N., Kanouse, D. E., Burkhart, Q., Abel, G. A., Lyratzopoulos, G., Beckett, M. K. idr. (2014). Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 30, 9–16.
3. Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research*. Los Angeles: SAGE Publications.
4. Giddens, A. in Sutton, P. W. (2013). *Gender and Sexuality*. V A. Giddens in P. W. Sutton (ur.), *Sociology*. 7th ed. (str. 621–670). Cambridge: Polity Press.
5. Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. in Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 7–20.
6. Ingraham, C. (2011). One is not born a bride: how weddings regulate heterosexuality. V S. Seidman, N. Fischer in C. Meeks (ur.), *Introducing the New Sexuality Studies* (str. 303–307). Abingdon: Routledge.
7. Kersey - Matusiak, G. (2013). Defining cultural competency. V G. Kersey - Matusiak (ur.), *Delivering Culturally Competent Nursing Care* (str. 1–19). New York: Springer Publishing Company.
8. Krnel, T. T. (2014). *Odnos medicinskih sester do istospolno usmerjenih pacientov* (Diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
9. Krnel, T. T. (2020). *Izkušnje posameznikov, ki odstopajo od heteronormativnosti z zdravstvenimi delavci in sodelavci* (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
10. Krnel, T. T. in Skela Savič, B. (2020). Experiences of individuals with various sexual orientation with healthcare professionals: integrative literature review. *Obzornik zdravstvene nege*, 53, 241–250.
11. Kuhar, R. (2013). Prekleti pedri. V T. Klančar, T. Hodnik in S. Topolinjak (ur.), *Mavrična Ljubljana* (str. 8–13). Ljubljana: Mestna občina, Oddelek za zdravje in socialno varstvo.
12. Kuhar, R., Kogovšek Šalomon, N., Humer, Ž. in Maljevac, S. (2011). *Obrazi homofobije*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
13. Matua, G. A. (2015). Choosing phenomenology as a guiding philosophy for nursing research. *Nurse Researcher*, 22, 30–34.
14. McNeil, J., Bailey, L., Ellis, S., Morton, J. in Regan, M. (2012). *Trans Mental Health and Emotional Wellbeing Study*. Edinburgh: Scottish Transgender Alliance.
15. Nhamo - Murire, M. in Macleod, C. I. (2017). Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people's experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 2017, 1–10.
16. Stewart, K. in O'Reilly, P. (2017). Exploring the attitudes, knowledge and beliefs of nurses and midwives of the healthcare needs of the LGBTQ population: An integrative review. *Nurse Education Today*, 53, 67–77.
17. Švab, A. (2018). Vsakdanje življenje gejev in lezbijk v Sloveniji. V M. Ule, T. Kamin in A. Švab (ur.), *Zasebno je politično: kritične teorije vsakdanjega življenja* (str. 232–243). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Založba FDV: Komisija za ženske v znanosti pri Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport RS.
18. Westerbotn, M., Blomberg, T., Renström, E., Saffo, N., Schmidt, L., Jansson, B. idr. (2017). Transgender people in Swedish healthcare: The experience of being met with ignorance. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37, 194–200.

Importance and perception of palliative care - analysis of the attitudes of nurses/nursing technicians and the general population

KEYWORDS: *palliative care, education, quality of care*

ABSTRACT - Introduction: Palliative care is a holistic approach focused on the quality of life of patients and their families while facing an incurable disease. The satisfaction of nurses/nursing technicians working in palliative care units is extremely important for the quality of care provided, as well as the growing awareness and acceptance of palliative care in the general population. **Method:** The research was conducted using survey questionnaires prepared for two populations; one for 86 nurses in the General hospital Varaždin, and the other for 196 participants from the general population. **Results:** Participants from the general population who reside in urban areas have more positive attitudes towards health professionals than participants from rural areas. Furthermore, respondents who work in health care have more positive attitudes towards health professionals than those who come from the non-health professions. **Discussion:** The work of nurses in palliative care is highly valued in the general population. The education and knowledge of professionals are constantly improving, and awareness of possible improvement in providing the palliative care is related to working conditions and investments in education.

KLJUČNE RIJEČI: *palijativna skrb, edukacija, kvaliteta skrbi*

POVZETEK - Uvod: Palijativna skrb je cjeloviti pristup usmjeren kvaliteti života pacijenata i njihovih obitelji tijekom suočavanja s neizlječivom bolesti. Zadovoljstvo medicinskih sestara/tehničara koje rade na palijativnim odjelima iznimno je važno za kvalitetno pruženu skrb kao i edukacija te sve veća osviještenost i prihvaćanje palijativne skrbi u općoj populaciji. **Metode:** Istraživanje je provedeno korištenjem anketnih upitnika pripremljenima za dvije populacije; jedan za 86 medicinskih sestara/tehničara u Opća bolnica Varaždin, a drugi za 196 sudionika opće populacije. **Rezultati:** Sudionici opće populacije koji žive u urbanim područjima imaju pozitivnije stavove o medicinskim djelatnicima od sudionika iz ruralnih područja. Nadalje, oni koji dolaze iz zdravstvenih struka imaju pozitivnije stavove o medicinskim djelatnicima od onih koji dolaze iz nezdravstvenih struka. **Rasprava:** Rad medicinskih sestara na palijativnim odjelima visoko je vrednovan u općoj populaciji. Sama edukacija i znanja profesionalaca konstantno se unapređuju, a svijest o mogućem poboljšanju pružanja palijativnih zdravstvenih usluga vezana je uz uvjete rada i ulaganja u edukaciju.

1 Theoretical section

In today's world, there is a significant number of patients in an advanced stage of a terminal illness who are not receiving adequate palliative care. Due to ignorance, but frequently also due to inadequate organization of health care, there is a lot of suffering, which causes patients' family members to transfer their prejudices about the process of dying and death to next generations (Lunder, 2011). According to generally acknowledged demographic indicators, life expectancy has been increasing, which results in ever-growing numbers of elderly people. With the advances in medicine and the nursing profession, in particular preventive and curative methodologies, there are increasing numbers of patients with chronic diseases, patients with

dementia, and finally, patients who need palliative care (Brkljačić, 2009). There is a wide misconception that the time for palliative care is at the end of a patient's life, when all the other treatments are no longer effective. Many people erroneously believe that palliative care is applied only in the process of dying, when patients are struggling with numerous difficulties and symptoms. Equating palliative care with the process of dying is the main obstacle to providing better quality care for terminal patients, but also to providing more detailed information about their health status to family members. The process of dying is a minor part of the comprehensive palliative care, which for terminally ill patients and their family members starts in the early stages of the disease and can go on for months, accompanied by curative medical procedures. It can safely be said that health-care workers need better and continuous training on procedures and interventions encompassed in palliative care (Đorđević, Braš and Brajković, 2011).

2 Empirical section

2.1 The goal and purpose of the research

The goal and purpose of the research was to establish the level of satisfaction of nurses working in the General hospital Varaždin – Department of prolonged treatment and palliative care as regards certain segments of their work, as well as to examine the attitudes of the general population as regards the work of nurses/nursing technicians in palliative care.

2.2 Hypotheses

H1 More than half of nurses/nursing technicians in the palliative care department who participated in the survey are not satisfied with working conditions and safety at work

H2 Nurses/nursing technicians who have been in service longer are less satisfied with interaction with their superiors than their junior colleagues

H3 As for the general population, survey participants from urban areas have more positive attitudes towards nurses/nursing technicians than participants living in rural areas

H4 Participants from the general population who were educated in a health-related field have more positive attitudes towards nurses/nursing technicians than participants educated in fields unrelated to health care

H5 Participants from the general population who have cared for a dying person have more positive attitudes than those who have not had such an experience

3 Research methodology

Two questionnaires were prepared for the survey. The first was used with nurses working in the General hospital Varaždin - Department of prolonged treatment and palliative care Novi Marof, and the second with respondents from the general population. There were 86 nurses/nursing technicians who completed the first questionnaire. The questionnaire for the general population was completed by 196 participants, and the data were collected by a Google form in the period 14 July – 5 September 2018. Both questionnaires were devised for research purposes and were completely anonymous. After obtaining the approval for the research by the Ethics Committee of the General hospital Varaždin, the questionnaire for nurses was distributed to all the departments as agreed with head nurses. The survey was conducted in the period 15–23 September 2018. The first part of the questionnaire for nurses consisted of questions related to sociodemographic characteristics (age, sex, education level, years of

service, marital status). The remaining questions were about their work, work-related satisfaction, as well as satisfaction with work environment. Most items were closed (yes/no) questions and there were a few open questions. The second questionnaire that targeted the general population also contained general questions about sociodemographic characteristics of participants (age, sex, place of residence, education level and field, question whether they have ever cared for a dying person), as well as nine questions that probed their attitudes towards nurses/nursing technicians working in palliative care departments. The scale of attitudes was recoded in such a way that the answer “Yes” was coded as 1, and the answers “No” and “I don’t know” as 0. The total result indicates positive or negative attitudes towards nurses/nursing technicians in palliative care departments: the higher the score, the more positive the attitude of participants. The data from both questionnaires were statistically analysed by the IBM SPSS 23 program. All the results were descriptively shown as frequencies and percentages, and, where appropriate, also as a result range and arithmetic mean with standard deviation. Cronbach’s alpha was applied as reliability coefficient. The hypotheses were tested by means of t-tests for independent samples.

4 Results

In the group of health-care professionals, the questionnaire was completed by 80 nurses (93% of respondents) and 6 nursing technicians (7% of respondents). The youngest respondent was 21, the oldest 62, and the average age was 38.88 +/- 10.97 years. Years of service ranged between 1 and 42 years. The average length of service among participants was 18.94 +/- 11.46 years. According to the results, 81.4% of respondents feel useful and accepted within their team, and 76.7% are proud of their profession, working environment and the medical institution in which they are employed. However, they have expressed dissatisfaction with interpersonal relationships in the workplace. The majority, i.e. 57% of respondents are not satisfied with working conditions and the current level of safety at work. The results show that 60.5% of respondents believe they need additional training for the tasks they perform in the workplace, and 54.7% of them occasionally consider taking a sick leave as a way to get away from work. Since 57% of respondents find that working conditions and safety at work are not satisfactory, it can be concluded that the first hypothesis: *“More than half of nurses/nursing technicians in the palliative care department who participated in the survey are not satisfied with working conditions and safety at work”* is confirmed. When asked what changes they see as most urgent or necessary, the most frequent answers to this open question were upgrading technical equipment and increasing the number of staff.

The second hypothesis: *“Nurses/nursing technicians who have been in service longer are less satisfied with interaction with their superiors than their junior colleagues”* was tested by means of a t-test for independent samples, which revealed a statistically significant difference ($p < 0.05$) for the item ‘satisfaction with interaction with superiors depending on years of service’. More senior nurses/nursing technicians are less likely to be satisfied with how they interact with superiors than their younger colleagues, which confirms the hypothesis. When asked what aspect of interaction with their superior is the biggest cause of dissatisfaction, the most frequent answer to this open question referred to communication issues.

The survey of the general population encompassed 196 participants whose average age was 32.34 +/- 11.43 years. More than half of participants (118 or 60.5%) were educated in a health-related field, whereas 77 (39.5%) were educated in fields unrelated to health care. A larger number of respondents (117 or 60.3%) live in rural areas, whereas 77 (39.7%) come from an urban setting. Out of 196 respondents, there were 164 (83.7%) with experience of caring for a dying person, whereas 32 respondents have no such experiences or don’t know. The scale of

attitudes towards nurses/nursing technicians who work in palliative care departments consisted of 9 questions which could be answered by “Yes”, “No”, or “I don’t know”. The answers “Yes” were coded as 1, and the answers “No” and “I don’t know” as 0. A higher score indicates a more positive attitude towards nurses in palliative care. The minimum possible result could have been 0 (most negative attitudes), and the maximum could have been 9 (most positive attitudes). The lowest achieved score was 2, and the highest was 9, with the average result 6.44 +/- 1.44. In this research, reliability is 0.44, which is rather low.

The third hypothesis: *“As for the general population, survey participants from urban areas have more positive attitudes towards nurses/nursing technicians than participants living in rural areas”* was tested by means of a t-test for independent samples. This revealed a statistically significant difference ($p < 0.05$) in attitudes towards nurses/nursing technicians, depending on whether the respondent was from the urban or rural area, i.e. living in a city or a village. It was shown that respondents living in urban areas have more positive attitudes, which confirmed the third hypothesis.

The fourth hypothesis: *“Participants from the general population who were educated in a health-related field have more positive attitudes towards nurses/nursing technicians than participants educated in fields unrelated to health care”* was tested by means of a t-test for independent samples. This revealed a statistically significant difference ($p < 0.01$) as regards the postulate that participants with a healthcare-related education would have more positive attitudes than participants educated in other fields, which confirmed the hypothesis.

The fifth hypothesis: *“Participants from the general population who have cared for a dying person have more positive attitudes than those who have not had such an experience”* was tested by means of a t-test for independent samples. There was no statistically significant difference in attitudes towards nurses working in palliative care expressed by two groups of respondents – those who have cared for a dying person and those with no such experience ($p > 0.05$).

5 Discussion

In their research, authors Božić, Hereković, Kopjar and Lovrović (2016) highlight that provision of information to family members about palliative care is unsatisfactory due to lack of time, which is consistent with the results of this research which have confirmed the hypothesis that half of respondents are not satisfied with working conditions. Family members rely on medical staff for information. Furthermore, the research shows they have great trust in healthcare professionals and believe that the care provided to patients is adequate. A survey conducted by Neuberger (2018) among 167 employees of the Department of prolonged treatment and palliative care Novi Marof indicates that people under the age of 30 are more likely to perceive age discrimination as a major problem. Similarly, the hypothesis of this paper proposing that nurses/nursing technicians who have been in service longer are less satisfied with interaction with their superiors than their junior colleagues has been confirmed. Furthermore, Neuberger found that nurses/nursing technicians are more likely to experience increased stress caused by public criticism and lawsuits, as well as conflicts and lack of effective communication at work. Women are affected by criticism and lawsuits as well as work safety concerns more severely than men. Professional and intellectual demands were found to be the biggest stress factors for employees aged 41–50 years.

Vičar (2018) investigated the influence of the environment on attitudes towards palliative care. The data collected did not indicate any difference either in knowledge or attitudes towards palliative care between respondents living in urban areas and those from rural areas. This study

found that participants from the general population who reside in urban areas have more positive attitudes towards health professionals than participants from rural areas. Furthermore, it was found that participants from the general population who have cared for a dying person have more positive attitudes towards palliative care than those who have not had such an experience. Research by Ayed et al. (2015) indicates that 29% of nurses strongly disagree with the statement that palliative care is needed only by terminally ill patients. More than half of the surveyed nurses in the study by Ruk (2017) are not afraid to become friends with a chronically ill and dying patient, whereas the results of research conducted by Peters et al. (2013) show that 37.5% of respondents indicated agreement with this statement, i.e. reported being afraid to befriend a chronically ill and dying patient. The explanation for this can be found in the different years as well as the climate in which the two studies were carried out. In contrast to the first hypothesis of this research, the research by Novak (2013) indicates that 51.35% of nurses are not afraid to become friends with a palliative patient and feel comfortable working in palliative care.

Staff working in palliative care should seek to be involved in life-long learning in order to maintain and develop their skills and competencies. They should foster their self-awareness and confidence and be aware of their strengths and weaknesses, as well as moral and spiritual convictions. This will help them to recognise early signs of the burnout syndrome so that they can seek help and provide support to other team members if necessary, paying special attention to colleagues who find it hard to handle the palliative approach.

6 Conclusion

Palliative care is focused on providing care and relieving suffering and pain while preserving the dignity of patients and considering their integrity as human beings. Research shows positive trends in the quality of palliative care provided to patients by highly educated staff and the increasing public awareness and destigmatization of palliative care. Based on the results of this research, it may be concluded that the work of nurses and nursing technicians providing palliative care for critically ill patients is highly valued in the general population. The education and knowledge of professionals are constantly improving, and awareness of possible improvement in providing palliative care is related to working conditions and investments in education.

LITERATURE

1. Ayed, A., Sayej, L., Harazneh, I., Fashafsheh, F. & Eqtaït, (2015). The Nurses` knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. *Journal of Education and Practice*, 6 (4), 91–99.
2. Božić, J., Hereković, D., Kopjar, A. and Lovrović, M. (2016). OB Varaždin-Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Osviještenost i stupnjevi informiranosti članova obitelji o palijativnoj zdravstvenoj skrbi. *Sestrinski glasnik*; 21, 63–6.
3. Brkljačić, M., (2009). Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske (Doktorska disertacija). Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.
4. Đorđević, V., Braš, M. & Brajković, L. (2011). Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti, Zagreb: Medicinska naklada, Zagreb.
5. Lunder, U. (2011). Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V Izabrane teme paliativne opskrbe in praktične delavnice Bolnišnica Golnik – KOPA. Ljubljana: Bolnišnica Golnik.
6. Neuberg, M. (2018). Pобољшanje isplativosti i pristupa bolničke skrbi za ranjive skupine, OB Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, projekt, KK.08.1.2.1.0003.

7. Novak, V. (2014). Sindrom izgaranja medicinskih djelatnika u radu s umirućim pacijentima (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever, Varaždin.
8. Peters, L. R., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J. and Shimoinaba, K. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Nursing Journal*, 7, 14–21.
9. Ruk, J. (2017). Znanja i stavovi medicinskih sestara Opće bolnice Bjelovar o palijativnoj skrbi (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever, Varaždin.
10. Vičar, T. (2018). Znanje i stavovi studenata zdravstvenih i nezdravstvenih usmjerenja o palijativnoj skrbi (Završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever, Varaždin.

Zgoščevalci v prehrani starostnika: pregled literature

KLJUČNE BESEDE: disfagija, zgoščevalci hrane, pacient, prehranski status, zdravstvena nega

POVZETEK - Uvod: Podhranjenost in dehidriranost sta pogosta problema, ki se pojavita zaradi oslabiljenega požiranja ter slabo vplivata na zdravje. Veliko starostnikov z motnjami požiranja uporablja zgoščevalce hrane. **Metode:** Izveden je bil pregled literature. Uporabljena je deskriptivna metoda dela. **Literaturo** smo iskali v mednarodnih bazah podatkov. **Potek iskanja** je prikazan s pomočjo PRISMA-diagrama. Uporabljena je bila metoda vsebinske analize. **Rezultati** predstavljajo analizo 15 člankov. **Oblikovali** smo glavne vsebinske kategorije: razširjenost uporabe zgoščevalcev hrane; določanje gostote tekočine; uživanje zgoščene tekočine; ocena hidracije/prehranskega statusa in prednosti uporabe zgoščevalcev. **Avtorji** opozarjajo na razlike v pripravi hrane/tekočine, saj ni standardnih algoritmov za pripravo in uporabo. **Razprava:** Ob pravilni uporabi veljajo zgoščevalci hrane kot učinkovit pripomoček pri osebah z motnjami požiranja. Ob nepravilni uporabi lahko pride do nenamernih zapletov in zmanjšanja kakovost življenja. **Medicinske sestre** imajo premalo znanja za odmerjanje in pripravo zgoščenih tekočin/hrane.

KEYWORDS: Dysphagia, Food thickeners, Patient, Nutritional status, Dehydration, Nursing Care

ABSTRACT - Introduction: Malnutrition and dehydration are the most common problems that often occur in old age, due to impaired swallowing and causing negative health effects. Many older people with swallowing disorders use food thickeners. **Methods:** The literature review was conducted. The descriptive method was used. The international databases were searched. The search process was present with the PRISMA flow chart. The content analysis of data was used. **Results:** 15 articles were included in the analysis. The main content categories were developed: Prevalence of the use of food thickeners; Determination of fluid density; Consumption of concentrated liquid; Assessment of hydration / nutritional status and Benefits of using thickeners. There is evidence in differences in food/liquid preparation, as there are no standard algorithms for preparation and use. **Discussion:** Food thickeners are considered an effective aid for people with swallowing disorders if used properly. Improper use can lead to unintentional complications and reduced quality of life. Nurses do not have enough knowledge to prepare liquids/food. More research is recommended.

1 Teoretična izhodišča

Težave s požiranjem (disfagija) se lahko pojavijo v vseh življenjskih obdobjih, najpogostejše so pri starostnikih. Motnje požiranja vodijo do povečane obolevnosti starostnikov in s tem povezanih višjih stroškov oskrbe (Abu - Ghanem, Chen in Amin, 2020). Motnje požiranja so povezane s podhranjenostjo, dehidracijo, okužbami v prsnem košu, potencialno pa celo s smrtjo (Cichero idr., 2013).

V zdravstveni negi starejših oseb se za preprečevanje motenj požiranja uporabljajo sredstva za zgoščevanje tekočin in hrane, ki olajšajo požiranje. Zgoščevalci hrane (ZH) tako predstavljajo učinkovit pripomoček za učinkovito prehranjevanje, saj spremenijo konsistenco hrane in s tem omogočijo osebam z motnjami požiranja uživanje »tekočin« (Galovic idr., 2019). ZH se pogosto uporabljajo tudi pri obvladovanju oteženega požiranja za izboljšanje vnosa tekočine in

preprečevanja aspiracije (Pownall in Taylor, 2017). Vendar pa imajo zgoščevalci hrane velik potencial za nenamerne fiziološke posledice pri starejših osebah. Nekateri avtorji navajajo visoko pojavnost dehidracije pri starejših osebah z disfagijo, saj zgoščevalci nase vežejo vodo (Kim in Lee, 2019). Osebe, ki uživajo zgoščene tekočine, lahko zato zaužijejo premajhno količino tekočin (McGrail in Kelchner, 2012), kar lahko vodi v dehidracijo. Zato je, ob uporabi zgoščevalcev hrane, za pravilno delovanje presnovnih procesov potrebno natančno beležiti bilanco tekočin (Welch, 2010).

Številne raziskave (Manrique, Steadman, Nissen, Cichero in Stokes, 2014; Nazarko, 2016; Radhakrishnan, 2016) ugotavljajo, da je biološka uporabnost zdravil v kombinaciji z ZH oslABLJENA, saj se z uporabo ZH zavira tudi sproščanje in absorpcija zdravilnih učinkovin. Beal, Silverman, Bellant, Young in Klontz (2012) opozarjajo na previdno uporabo ZH, saj s tem povečujemo občutek sitosti in žeje in tveganje za obstipacijo. Praktična težava pri uporabi ZH in/ali tekočin je lahko tudi neupoštevanje smernic in priporočil pri odmerjanju (Garcia in Chambers, 2019). Pri izbiri ustreznih ZH je nujno potrebno upoštevati zdravstveno stanje starostnika, funkcionalne lastnosti izdelka, absorpcijo vode, sproščanje arome, občutljivost in sprejemljivost ter interakcijo z zdravili (Cichero, 2013). Zdravstveni delavci morajo skrbno oceniti, ne le pripravljenost in sposobnost za oralno hranjenje in prehranski status starostnika, temveč tudi različne možne načine zdravljenja motenj požiranja (Saito idr., 2018). Interdisciplinarna obravnava je ključnega pomena za učinkovit pristop v obravnavi oseb z motnjami požiranja, še posebej pri starostnikih (Cichero, 2013).

V domovih za ostarele je uporaba ZH pogosta prav zaradi motenj požiranja, saj ima po nekaterih podatkih med 40 % in 60 % vseh stanovalcev v domovih klinično potrjeno disfagijo (Ilhamto, Anciado, Keller in Duizer, 2014). S prispevkom želimo na dokazih predstaviti uporabo zgoščevalcev hrane v prehrani starostnikov z motnjami požiranja. Zastavili smo si raziskovalno vprašanje: »Kakšne so značilnosti uporabe zgoščevalcev hrane pri starostniku z motnjami požiranja?«

2 Metode

Uporabljena je metoda integrativnega pregleda literature, ki zagotavlja analizo, sintezo znanja in uporabnost rezultatov za prakso (Whittemore in Knafl, 2005). Uporabljena je bila deskriptivna metoda. Podatke smo analizirali po metodi vsebinske analize po Graneheim in Lundman (2004).

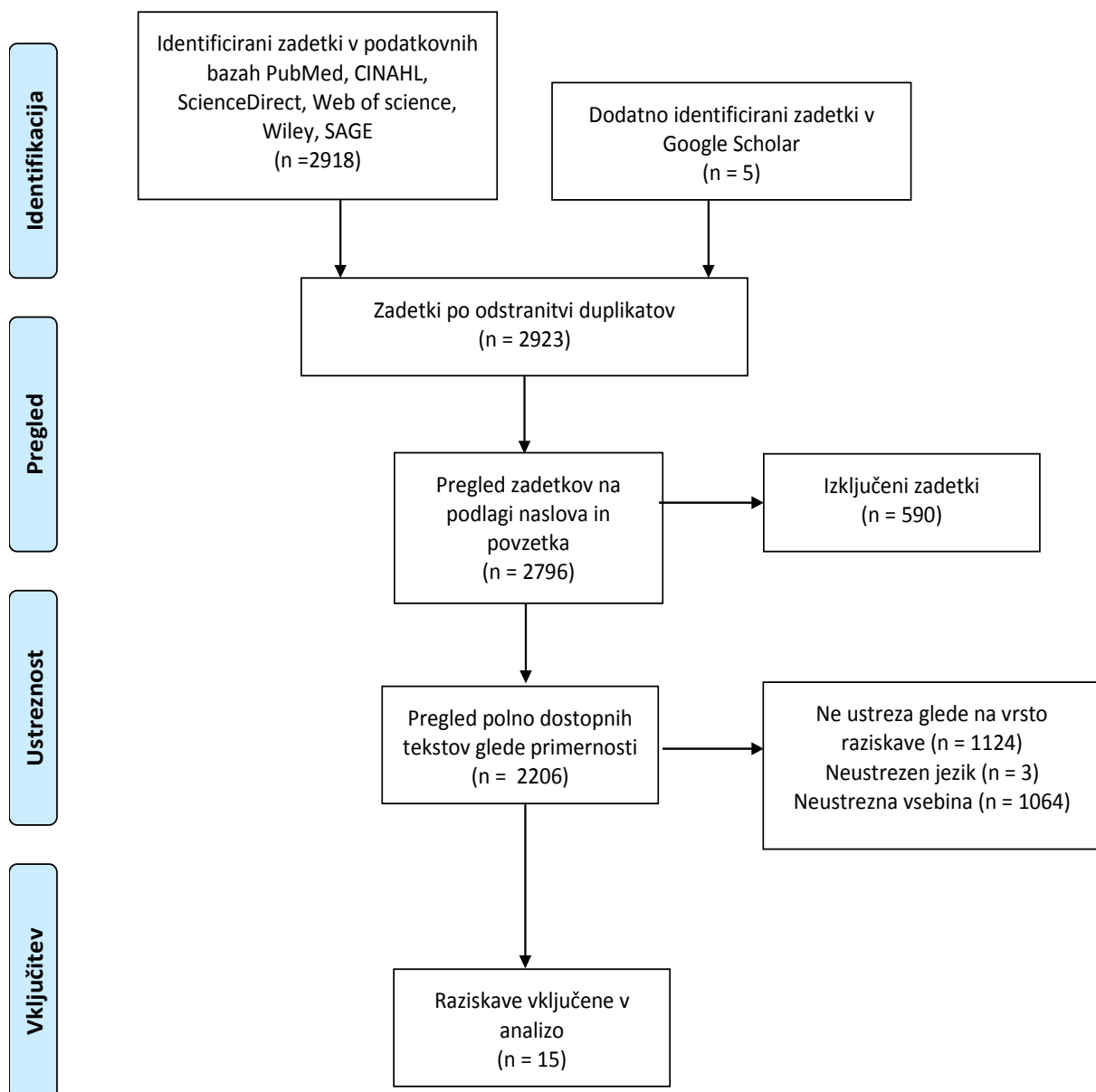
2.1 Iskalna strategija

Literaturo smo iskali v mednarodnih bazah podatkov: PubMed, Science Direct, SAGE, Medline/CINAHL, Web of Science, Wiley in Google Scholar ter v domači bazi podatkov Cobiss. Pri iskanju literature smo si pomagali z vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji, ki smo jih oblikovali s pomočjo PIO-pristopa, kot priporoča Bettany-Saltikov (2010). Obravnavana populacija so starostniki z motnjami požiranja, izvajanje intervencij je uporaba zgoščevalcev v zdravstveni negi in kot izid smo vključili značilnosti uporabe, kot so koristi, slabosti, nevarnosti in stranski učinki pri uporabi le-teh. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami v slovenskem in angleškem jeziku. Uporabili smo Boolov operator OR za iskanje s sopomenkami ključnih besed in operator AND za iskanje kombinacij dveh in več ključnih besed in njihovih sopomenk. Iskanje je potekalo z iskalnim nizom: (thickeners OR »thickening agents« OR »thickening powder«) AND (dysphagia OR swallow*) AND (elderly OR »older people«).

3 Rezultati

Iskanje v podatkovnih bazah je rezultiralo vsoto kasneje navedenih zadetkov 2923. V podatkovni bazi CINAHL smo dobili 8, v bazi Wiley 2102, v PubMed bazi 21, v Science Direct bazi 260, na Web of Science 20 ter 507 zadetkov v podatkovni bazi SAGE. V bazi Cobiss iskanje ni dalo rezultatov. Vključili smo 5 dodatno identificiranih virov, ki so ustrezali danim kriterijem v iskalniku Google Scholar. Iskanje je potekalo v mesecu marcu 2020. Izmed 2923 zadetkov smo odstranili 127 duplikatov. Pregledali smo naslove in povzetke 2796 člankov in v tem koraku odstranili 590 člankov, ki po naslovu in/ali povzetku niso ustrezali vključitvenim kriterijem. Sledil je natančen pregled 2206 polno dostopnih člankov. Izločili smo 2191 člankov. 15 člankov smo vključili v vsebinsko analizo. Potek iskanja literature po priporočilih PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff in Altman, 2009) je prikazan v sliki 1.

Slika1: Potek iskanja literature po priporočilih PRISMA



Analiza in sinteza podatkov je rezultirala v kategorijah: uživanje zgoščene tekočine, določanje gostote tekočine in prednosti uporabe zgoščevalcev, ki jih predstavljamo v nadaljevanju. Uživanje zgoščene tekočine je povezano s spremenjenimi občutki in senzorično občutljivostjo ob uživanju. Občutek ob uživanju in senzorične lastnosti nakazujejo, da osebe ocenjujejo neprijetne izkušnje in nezadovoljstvo ob uživanju, saj so bile pijače neokusne, včasih preveč goste in vizualno neprivlačne (Karagiannis, Chivers in Karagiannis, 2011). Pacienti so ocenili sladke in zamrznjene izdelke kot najbolj okusne. Macqueen, Taubert, Cotter, Stevens in Frost (2003) ugotavljajo, da je izrednega pomena okusna pijača in sredstvo za zgoščevanje; tako lahko pacienti izberejo vrsto tekočine, ki jim najbolj ustreza. S tem bi pozitivno vplivali na tekočinski vnos, zmanjšali bi dejavnike tveganja, povezane z motnjami požiranja, ter izboljšali kakovost življenja.

Ocena hidracije in ocena prehranskega statusa kažejo, da pacienti, ki so prejeli ZH, niso dosegli zadostnega vnosa tekočine (Vivanti, Campbell, Suter, Hannan - Jones in Hulcombe, 2009). Nadalje avtorji ocenjujejo, da dodajanje zgoščevalcev ne poveča vnosa tekočine pri osebah, ki imajo na splošno nizek dnevni vnos tekočine. Znanje pa so tudi napake negovalnega osebja zaradi pomanjkljive ocene in beleženja zaužite hrane in pijače (Vivanti idr., 2009). Najpogostejše napake pri pripravi in uporabi se pojavljajo zaradi pomanjkljivega znanja zdravstvenega tima ter neupoštevanja navodil proizvajalca. Garcia, Chambers in Molander (2005) ocenjujejo, da veliko oseb prejema ZH brez predhodnega natančnega pregleda in ocene statusa. Castellanos, Butler, Gluch in Burke (2004) opozarjajo, da ni standardov prakse, ki temeljijo na rezultatih za vodenje odločitev, povezanih z zagotavljanjem zgoščenih tekočin. Podatki kažejo, da je premalo priporočil in standardov, ki bi podajale jasne usmeritve in navodila za varno uporabo ZH v klinični praksi (Castellanos idr., 2004; Garcia idr., 2005; Garin idr., 2014). Leibovitz idr. (2007) pa poudarjajo, da ni razlik hidracijskega statusa med starostniki, ki uživajo ZH in imajo vstavljeno nasogastrično sondo, ter osebami, ki uživajo hrano in tekočino navadne konsistence. Castellanos idr. (2004) navajajo, da je uporaba zgoščevalcev prehranska sprememba, ki vpliva na hidracijski status, kakovost življenja in povečuje stroške prehranske oskrbe.

Garin idr. (2014) navajajo statistično pomembne razlike gostote tekočine, ki jim je bil dodan ZH. Ugotavljajo pomembne razlike v vrsti tekočine in vrsti zgoščevalcev, tj. na osnovi stabilizatorjev in osnovi škroba. Zgoščevalci na osnovi stabilizatorjev (jedilni gumi, pektin) veljajo za bolj stabilne in manj nagnjene h kemijskim reakcijam. Razlike v gostoti so povezane s pH vrednostjo tekočine in sestavo soka ter dodanimi pomožnimi snovmi. Podatki kažejo spremembe gostote v različnih sokovih in pijačah ter v temperaturi tekočine, ki ji dodajamo zgoščevalce. Gostota pijač se je razlikovala glede na vsebnost vode (sestava tekočine) in vrste ZH (Garin idr., 2014).

Nekateri avtorji (Garcia idr., 2005; Garin idr., 2014; Karagiannis idr., 2011; Okkels idr., 2018) navajajo, da uporaba zgoščevalcev poveča varnost pri uživanju hrane in tekočine. Raziskave (Clavé idr., 2006; Rofes, Arreola, Mukherjee, Swanson in Clavé, 2014) pa opozarjajo na zmanjšan občutek in zmanjšano hitrost požiranja zaradi gostote hrane. Fiziologija požiranja tekočine z zgoščevalci je spremenjena, saj zgoščena tekočina dlje časa prehaja skozi žrelo in tako preprečuje zatekanje v sapnik (Bülow, Olsson in Ekberg, 2003). Clavé idr. (2006) poročajo o visokem tveganju aspiracije pri osebah z motnjami požiranja in o tem, da je povečanje gostote tekočine močno izboljšalo funkcijo požiranja. Karagiannis idr. (2011) ugotavljajo, da so zgoščene tekočine varnejše za uporabo in uživanje, saj preprečujejo hropenje in pljučnice, povezane z aspiracijo tekočine. Bülow idr. (2003) ugotavljajo, da so tekočine z gostejšo konsistenco varnejše za požiranje.

4 Razprava

V prispevku smo predstavili značilnosti zgoščevalcev hrane pri starostniku z motnjami požiranja. V nadaljevanju želimo odgovoriti na zastavljeno raziskovalno vprašanje.

Avtorji (Garin idr., 2014; Leonard, White, McKenzie in Belafsky, 2014; McCurtin idr., 2018; Okkels idr., 2018; Rofes idr., 2014; Vilardell, Rofes, Arreola, Speyer in Clavé, 2016) ugotavljajo, da je uporaba zgoščevalcev hrane učinkovit pripomoček za osebe z motnjami požiranja. Cichero idr. (2013) ugotavljajo, da zgoščene tekočine povečujejo občutek sitosti, saj se del zgoščene hrane oprime želodčne in ustne sluznice. Hkrati to predstavlja tveganje za manjši vnos hrane in tekočine ter posledično izgubo telesne teže oz. dehidracijo. Aslam in Vaezi (2013) poudarjata, da ni standardnih algoritmov za pristop k obravnavi starejših pacientov z disfagijo. Uporaba zgoščevalcev vpliva na biološko uporabnost zdravil, saj je absorpcija le-teh zmanjšana. Za aplikacijo zdravil pri osebah z motnjami požiranja, ki prejemajo zgoščene tekočine, se je zato potrebno predhodno posvetovati s kliničnim farmacevtom (Cichero, 2013). Stranski učinki uporabe ZH predstavljajo velik finančni problem (Castellanos idr., 2004), saj lahko povečana uporaba ZH vodi do dehidracije, malnutricije in nenazadnje do smrti (Karagiannis idr., 2011). Sistematični pregledi (Abu-Ghanem idr., 2020; Cichero idr., 2013; Lazenby-Paterson, 2020) kažejo, da zdravljenje z zgoščenimi tekočinami nima dokazljive podpore in lahko celo vodi do poslabšanja zdravja ter kakovosti življenja, vendar se ZH v kliničnem okolju še naprej uporabljajo pri pacientih z disfagijo.

Na uporabo zgoščenih tekočin v klinični praksi vpliva vrsta dejavnikov. Med njimi lahko izpostavimo vrzeli v kliničnem znanju, neustrezno vključevanje pacientov, kulturo običajne klinične prakse in zanašanje na neveljavne nadomestne študije ali raziskave, ki nimajo verodostojne povezanosti med ZH (Lazenby - Paterson, 2020). Rezultati nekaterih študij (Gómez - Díaz in Navaza, 2003; Seo in Yoo, 2013) kažejo, da je treba zgoščene tekočine, pripravljene s komercialnimi sredstvi za ZH, skrbno pripraviti z ustrežno koncentracijo zgoščevalcev za bolnike z disfagijo, saj imajo sredstva za zgoščevanje različna gostišča, odvisno od vrste in koncentracije zgoščevalca. Garin idr. (2014) so ugotovili, da uporaba zgoščevalcev različno vpliva na koncentracijo in gostoto drugih tekočin, kot so čaji, sokovi in mlečni napitki, zato je potrebno pred uporabo preveriti delovanje zgoščevalca. Zgoščevalci hrane, ki bazirajo na podlagi škroba, razpadejo že v ustih, saj encim amilaza omogoča razgradnjo škroba. Lee, Yoon, Yoo in Yoo (2016) priporočajo uporabo zgoščevalcev na osnovi stabilizatorjev (gumija, pektin), ker niso dovzetni za prebavo in zagotavljajo stabilno gostoto.

Integrativni pregled literature kaže, da osebe z motnjami požiranja prejemajo dodatke za zgoščevanje tekočine. V Sloveniji je premalo raziskav s tega področja, saj je uporaba zgoščevalcev med novejšimi pripomočki. V podatkovni zbirki Cobiss nismo našli ustreznih zadetkov, ki bi jih vključili v pregled.

5 Sklep

Uporaba ZH je ustrezen pripomoček starostnikom z motnjami požiranja, saj zmanjšuje aspiracijo tekočine v pljuča, omogoči varno požiranje in izboljšajo funkcijo požiranja. Medicinske sestre imajo premalo znanja na področju priprave in uporabe ZH, kar predstavlja problem v kliničnem okolju in se odraža na finančnem področju. Večina starostnikov izraža nezadovoljstvo in zmanjšano kakovost življenja zaradi zmanjšane sensorike in spremenjenega okusa hrane. Napake pri pripravi tekočin so pogoste, zato mora biti priprava in uporaba ZH predpisana in nadzorovana. Pred uvedbo ZH je zaradi lažjega nadzora morebitnih odstopanj potrebno oceniti prehranski in hidracijski status.

Ugotavljamo, da je izvedenih premalo raziskav in orodij za standardno ugotavljanje potreb po ZH. Potrebne so dodatne študije na temo uporabe zgoščevalcev hrane, saj dosedanje raziskave zatrjujejo pomanjkljivosti pri izvajanju te aktivnosti v kliničnem okolju. Ta pregled lahko za medicinske sestre predstavlja teoretično izhodišče za izvajanje kliničnih raziskav za naše okolje.

LITERATURA

1. Abu-Ghanem, S., Chen, S. in Amin, M. R. (2020). Oropharyngeal dysphagia in the elderly: evaluation and prevalence. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 8 (1), 34–42. <https://doi.org/10.1007/s40136-020-00258-x>
2. Aslam, M. in Vaezi, M. F. (2013). Dysphagia in the elderly. *Gastroenterology Hepatology*, 9 (12), 84–795.
3. Beal, J., Silverman, B., Bellant, J., Young, T. E. in Klontz, K. (2012). Late onset necrotizing enterocolitis in infants following use of a xanthan gum-containing thickening agent. *The Journal of Pediatrics*, 161 (2), 354–356. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.03.054>
4. Bettany - Saltikov, J. (2010). Learning how to undertake a systematic review: part 2. *Nursing Standard (through 2013)*, 24 (51), 47. <https://doi.org/10.7748/ns2010.08.24.51.47.c7943>
5. Bülow, M., Olsson, R. in Ekberg, O. (2003). Videoradiographic analysis of how carbonated thin liquids and thickened liquids affect the physiology of swallowing in subjects with aspiration on thin liquids. *Acta Radiologica*, 44 (4), 366–372. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0455.2003.00100.x>
6. Castellanos, V. H., Butler, E., Gluch, L. in Burke, B. (2004). Use of thickened liquids in skilled nursing facilities. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (8), 1222–1226. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2004.05.203>
7. Cichero, J. A. (2013). Thickening agents used for dysphagia management: effect on bioavailability of water, medication and feelings of satiety. *Nutrition Journal*, 12 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-54>
8. Cichero, J. A., Steele, C., Duivesteyn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J. idr. (2013). The need for international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids used in dysphagia management: foundations of a global initiative. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1 (4), 280–291. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0024-z>
9. Clavé, P., De Kraa, M., Arreola, V., Girvent, M., Farre, R., Palomera, E. idr. (2006). The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24 (9), 1385–1394. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03118.x>
10. Galovic, M., Stauber, A. J., Leisi, N., Krammer, W., Brugger, F., Vehoff, J. idr. (2019). Development and validation of a prognostic model of swallowing recovery and enteral tube feeding after ischemic stroke. *JAMA Neurology*, 76 (5), 561–570. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.4858>
11. Garcia, J. M. in Chambers, E. (2019). Incremental adjustments to amount of thickening agent in beverages: implications for clinical practitioners who oversee nutrition care involving thickened liquids. *Foods*, 8 (2), 74. <https://doi.org/10.3390/foods8020074>
12. Garcia, J. M., Chambers, E. in Molander, M. (2005). Thickened liquids: practice patterns of speech – language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (1), 4–13. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005\)003](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005)003)
13. Garin, N., De Pourcq, J. T., Martín - Venegas, R., Cardona, D., Gich, I. in Manges, M. A. (2014). Viscosity differences between thickened beverages suitable for elderly patients with dysphagia. *Dysphagia*, 29 (4), 483–488. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9533-x>
14. Gómez - Díaz, D. in Navaza, J. M. (2003). Rheology of aqueous solutions of food additives: effect of concentration, temperature and blending. *Journal of Food Engineering*, 56 (4), 387–392. [https://doi.org/10.1016/s0260-8774\(02\)00211-x](https://doi.org/10.1016/s0260-8774(02)00211-x)
15. Graneheim, U. H. in Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

16. Ilhamto, N., Anciado, K., Keller, H. in Duizer, L. M. (2014). In-house pureed food production in long-term care: perspectives of dietary staff and implications for improvement. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 33 (3), 210–228. <https://doi.org/10.1080/21551197.2014.927306>
17. Karagiannis, M. J., Chivers, L. in Karagiannis, T. C. (2011). Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC Geriatrics*, 11 (1), 1–10.
18. Kim, D. in Lee, K. E. (2019). Nutrition care management practices for in-patients with dysphagia in Korean clinical settings. *Clinical Nutrition Research*, 8 (4), 272. <https://doi.org/10.7762/cnr.2019.8.4.272>
19. Lazenby - Paterson, T. (2020). Thickened liquids: do they still have a place in the dysphagia toolkit? *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 28 (3), 145–154. <https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000622>
20. Lee, H. Y., Yoon, S. R., Yoo, W. in Yoo, B. (2016). Effect of salivary reaction time on flow properties of commercial food thickeners used for dysphagic patients. *Clinical Nutrition Research*, 5 (1), 55. <https://doi.org/10.7762/cnr.2016.5.1.55>
21. Leibovitz, A., Baumohl, Y., Lubart, E., Yaina, A., Platinovitz, N. in Segal, R. (2007). Dehydration among long-term care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. *Gerontology*, 53 (4), 179–183. <https://doi.org/10.1159/000099144>
22. Leonard, R. J., White, C., McKenzie, S. in Belafsky, P. C. (2014). Effects of bolus rheology on aspiration in patients with dysphagia. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114 (4), 590–594. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.07.037>
23. Macqueen, C. E., Taubert, S., Cotter, D., Stevens, S. in Frost, G. S. (2003). Which commercial thickening agent do patients prefer? *Dysphagia*, 18 (1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0084-1>
24. Manrique, Y., Steadman, K. J., Nissen, L., Cichero, J. A. in Stokes, J. (2014). Delivering crushed tablets using thickened fluids: is drug diffusion into gastric fluids restricted? *Australasian Pharmaceutical Science Association. Pridobljeno s* <https://eprints.qut.edu.au/79555/>.
25. McCurtin, A., Healy, C., Kelly, L., Murphy, F., Ryan, J. in Walsh, J. (2018). Plugging the patient evidence gap: what patients with swallowing disorders post-stroke say about thickened liquids. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53 (1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12324>
26. McGrail, A. in Kelchner, L. N. (2012). Adequate oral fluid intake in hospitalized stroke patients: does viscosity matter? *Rehabilitation Nursing*, 37 (5), 252–257. <https://doi.org/10.1002/rnj.23>
27. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. in Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6 (7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
28. Nazarko, L. (2016). Dysphagia in primary care: a guide for practice nurses. *Practice Nursing*, 27 (2), 65–69. <https://doi.org/10.12968/pnur.2016.27.2.65>
29. Okkels, S. L., Saxosen, M., Bügel, S., Olsen, A., Klausen, T. W. in Beck, A. M. (2018). Acceptance of texture-modified in-between-meals among old adults with dysphagia. *Clinical Nutrition ESPEN*, 25, 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.03.119>
30. Pownall, S. in Taylor, C. (2017). Use of thickening agents and nutritional supplements for patients with dysphagia following stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 13 (6), 260–268. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2017.13.6.260>
31. Radhakrishnan, C. (2016). Oral medication dose form alteration: patient factors and the effect of adding thickened Fluids. Queensland: The University of Queensland Australia. <https://doi.org/10.14264/uql.2016.1092>
32. Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., Swanson, J. in Clavé, P. (2014). The effects of a xanthan gum-based thickener on the swallowing function of patients with dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 39 (10), 1169–1179. <https://doi.org/10.1111/apt.12696>
33. Saito, T., Hayashi, K., Nakazawa, H., Yagihashi, F., Oikawa, L. O. in Ota, T. (2018). A significant association of malnutrition with dysphagia in acute patients. *Dysphagia*, 33 (2), 258–265. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9855-6>

34. Seo, C. W. in Yoo, B. (2013). Steady and dynamic shear rheological properties of gum-based food thickeners used for diet modification of patients with dysphagia: effect of concentration. *Dysphagia*, 28 (2), 205–211. <https://doi.org/10.1007/s00455-012-9433-x>
35. Vilardell, N., Rofes, L., Arreola, V., Speyer, R. in Clavé, P. (2016). A comparative study between modified starch and xanthan gum thickeners in post-stroke oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 31(2), 169–179. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9672-8>
36. Vivanti, A. P., Campbell, K. L., Suter, M. S., Hannan-Jones, M. T. in Hulcombe, J. A. (2009). Contribution of thickened drinks, food and enteral and parenteral fluids to fluid intake in hospitalised patients with dysphagia. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22 (2), 148–155. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2009.00944.x>
37. Welch, K. (2010). Fluid balance. *Learning Disability Practice*, 13 (6), 33–38. <https://doi.org/10.7748/ldp2010.07.13.6.33.c7890>
38. Whittlemore, R. in Knafelz, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

Starostniki tretjega življenjskega obdobja v očeh dijakov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota

KLJUČNE BESEDE: dijaki SZŠ Murska Sobota, starostniki, gerontologija, tretje življenjsko obdobje

POVZETEK - Uvod: Staranje je eno izmed življenjskih obdobj, ko človek postane odvisen od okolice in svojih bližnjih. Na navedeno ima neizogiben vpliv odnos med generacijami oziroma pogled mladih na starostnike. Metode: Osnovni vzorec opravljene raziskave je zajemal anketirance začetnih ter končnih letnikov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. Raziskovanje je temeljilo na pridobivanju podatkov s pomočjo vprašanj, ki so zajemala področja odnosa, stikov ter lastnosti starostnikov v povezavi z dijaki Srednje zdravstvene šole Murska Sobota, smer tehnik zdravstvene nege. V raziskavi je sodelovalo 65 anketirancev prvega letnika in 65 anketirancev četrtega letnika omenjene srednje šole. Rezultati: Na podlagi analize podatkov smo prišli do zaključkov, pojavljajo se statistično pomembne razlike med prvimi in četrtimi letniki glede tretjega življenjskega obdobja. Prvi letniki nimajo dovolj znanja o starostnikih, zato prihaja do večjih razponov glede definiranja tretjega življenjskega obdobja. Glede na izbrano smer izobraževanja pa smo prejeli nepričakovane rezultate, in sicer da mladi nimajo želje delati s starejšo populacijo. Pomembna ugotovitev je bila tudi, da imajo ženske več stikov s starejšimi kot pa moški. Razprava: Izstopajoče ugotovitve so, da se vedno pogosteje pojavlja zanemarjanje starostnikov, saj mladi nimajo posebne želje delati z njimi. Prav tako se skozi izobraževalni sistem pogled dijakov glede pozitivnih lastnosti starostnikov preveša v negativno smer. Za izboljšanje trenutnega stanja je pomembno predvsem ozaveščanje mladih, izvajanje delavnic, vključevanje starostnikov v izobraževalne sisteme, izvajanje različnih oblik pomoči, ustanavljanje društev itd.

KEYWORDS: students of SZŠ Murska Sobota, the elderly, gerontology, third period of life

ABSTRACT - Introduction: Old age is one of the periods of life when a person becomes dependent on their surroundings and their loved ones. This inevitably has an impact on the intergenerational relationship or the young people's view of the elderly. Methods: The basic sample of the research included respondents from the initial and final years of the Secondary Medical School Murska Sobota. The research was based on obtaining data through the use of questions that covered the field of attitudes, contacts and characteristics of the elderly in connection with students of the Secondary Medical School Murska Sobota, and the direction of nursing techniques. The survey involved 65 first-year respondents and 65 fourth-year respondents from the said high school. Results: Based on the analysis of the data, we came to the conclusion that there are statistically significant differences between the first and fourth years with regard to the third period of life. The first years lack sufficient knowledge about the elderly, so there are larger ranges in terms of defining the third period of life. Depending on the chosen direction of education, we received unexpected results, specifically that young people do not want to work with the older population. Another important finding was that women have more contact with the elderly than men. Discussion: The outstanding findings are as follows; that neglect of the elderly is becoming more common, as young people do not have a particular desire to work with them. Also, through the education system, student views of positive qualities shift in a negative direction. To improve the awareness of young people, it is important to raise the inclusion of the elderly in education systems, the implementation of various forms of assistance, the establishment of associations, etc.

1 Staranje

Mnogo avtorjev si staranje razlaga kot nekakšen biološki proces, ki se dotakne vsakega živega bitja. Pripelje nas do točke v življenju, ko se nam postopoma manjšajo življenjske moči oziroma življenjska energija (Smoldlaka, 1961, str. 6). Ker se vsak posameznik zaveda starosti in staranja, je pomembno, da si le-to nekoliko olajšamo oziroma poskušamo spodbuditi zdravo ter

kakovostno življenje. Dejavniki, ki vplivajo na kakovostno življenje, so: (a) zdravo ter redno prehranjevanje brez razvad, (b) pravo razmerje med delom ter počitkom, (c) ravnovesje med telesnim ter duševnim naporom, (d) stik z naravo (v mislih imamo sprehode, gibanje v naravi, sedenje v naravi, pikniki na prostem itn.), (e) spoznavanje ter obvladovanje sebe, (f) radovednost za dojetanje novih stvari ter konstantno učenje, (g) konstantno usklajevanje medsebojnih odnosov ter krepitev razmerij z našimi najbližjimi, (h) utečene osebne navade za sproščanje večjih naporov oziroma napetosti in (i) utečene osebne navade za doživljanje vsakodnevnih radosti ter občasnih trenutkov slabosti (Ramovš, 2003, str. 44).

Zdravo oziroma kakovostno staranje lahko definiramo kot proces razvoja ter ohranjanja funkcionalnih zmožnosti, ki omogočajo blagostanje starejših. Pri tem okolje združuje vse dejavnike zunanjega okolja, ki imajo pomembno vlogo pri vsakem posamezniku. Okolje zajema od mikro do makro nivoja, in sicer: (a) dom, (b) lokalno skupnost, (c) sorodnike in (d) družbo v najširšem pomenu besede (Božank idr., 2017, str. 2). Na podlagi navedenega lahko trdimo, da imajo velik pomen pri tem mladi oziroma mlajše generacije. Ker pa je ritem življenja prenatrpan, imamo običajno premalo časa, ki bi ga posvečali starejšim in našim bližnjim ali drugim starostnikom. Vendar se pri tem vprašamo: »Ali na odnos do starejših vpliva le pomanjkanje časa?« in »Ali imajo kakšen vpliv tudi drugi predsodki?« Navedeni vprašanji sta vodilo našega celotnega raziskovanja. Raziskovali smo percepcijo tretjega življenjskega obdobja s strani dijakov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. Razmišljamo tudi v tej smeri, da imajo najverjetneje mladi (tisti, ki ne obiskujejo zdravstvene smeri šolanja) veliko bolj kritičen pogled na starostnike in starost. Tega za zdaj z gotovostjo ne moremo trditi, je pa to vsekakor lahko nov povod za izvedbo dodatne raziskave, ki bo razširila akademski prostor na področju gerontologije.

Tretje življenjsko obdobje je torej nekakšna pomembna življenjska prelomnica, ki s seboj prinaša korenite življenjske spremembe. Le-te se odražajo tako na fizični kot tudi na psihološki in socialni ravni. Posameznik se nenadoma sooči s strahom za prihodnost, poskuša najti novo vlogo v družbi in prav tako se pojavi negotovost, ki jo s seboj prinese staranje ter starost (Gerl idr., 2018, str. 43).

1.1 Namen in cilji raziskave

Namen članka je bilo ugotoviti percepcijo tretjega življenjskega obdobja, in sicer s strani dijakov prvega in četrtega letnika Srednje zdravstvene šole Murska Sobota.

Bistveni cilj raziskovanja je bil osredotočiti se na razmišljanje dijakov prvih ter četrtyh letnikov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. Zanimalo nas je, kako začetna in zaključna generacija srednje zdravstvene šole dojema starost in starostnike ter ali učni proces vpliva na njihovo percepcijo starosti in starostnikov.

Konkretizirani raziskovalni cilji obravnavanega članka:

- pregled znanstvenih in strokovnih virov o percepciji starejših ter staranja s strani mladih;
- ugotoviti, kakšno mnenje imajo dijaki prvih in četrtyh letnikov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota;
- ugotoviti, ali obstaja statistično pomembna razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pojmovanja starejših oziroma starostnikov;
- ugotoviti, kako mladi dojemajo komunikacijo s starostniki;
- ugotoviti, v kolikšni meri srednješolci zdravstvene smeri želijo delati s starejšo populacijo;
- ugotoviti, ali obstajajo bistvene razlike glede na spol pri dojetanju starosti, starostnikov in tretjega življenjskega obdobja.

Predmet raziskave članka bilo ugotoviti, kako dijaki Srednje zdravstvene šole Murska Sobota dojemajo starost in starostnike ter ugotoviti bistvene izzive in zagate, ki so povezani s tretjim življenjskim obdobjem.

1.2 Raziskovalna vprašanja / raziskovalne hipoteze

Raziskovanje smo opravljali na podlagi kvantitativne metode raziskovanja. Zastavili smo si naslednja bistvena raziskovalna vprašanja, in sicer:

Raziskovalno vprašanje 1: Kako srednješolci dojemajo starost in starostnike?

Raziskovalno vprašanje 2: Kako starostniki sprejemajo negovanje in pomoč mladih?

Raziskovalno vprašanje 3: Kako mladi dojemajo komunikacijo s starostniki?

Raziskovalno vprašanje 4: Katere lastnosti (pozitivne ali negativne) srednješolci pogosteje pripisujejo starostnikom?

Na podlagi okvirnih temeljev smo si zastavili naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Obstaja statistično pomembna razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pojmovanja starejših kot družbenega pojma.

Hipoteza 2: Obstaja statistična razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pozitivnih lastnosti starejših.

Hipoteza 3: Več kot 60 % mladih nima posebne želje delati s starejšo populacijo.

Hipoteza 4: Ženski del populacije si statistično bolj želi stikov s starejšimi.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalna metoda je bila kvantitativna metoda s pomočjo anketnega vprašalnika, ki smo ga izdelali sami. Razdelili smo ga dijakom prvega in četrtega letnika Srednje zdravstvene šole Murska Sobota. Navedeno metodo smo uporabili za namene raziskovalnega dela članka.

Uporabili smo tudi metodo pregledovanja literature ter metodo analize primarnih in sekundarnih virov. Na podlagi izbranih knjig, člankov, strokovnih revij in elektronskih virov smo definirali poglavje Teoretična izhodišča.

2.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik se uvodoma začne z demografskimi vprašanji, in sicer: spol, starost in kateri letnik obiskuje anketiranec. V nadaljevanju pa je anketni vprašalnik sestavljen iz dveh vsebinskih sklopov in dveh dodatnih vprašanj.

Pri prvem anketnem vprašanju so anketiranci morali obkrožiti, od katerega leta naprej se po njihovem mnenju začne tretje življenjsko obdobje.

Sledi prvi vsebinski sklop, v katerem so navedene nekatere lastnosti starostnikov tretjega življenjskega obdobja. Navedenih je deset trditev, ki so jih anketiranci ocenjevali po Likertovi lestvici od 1 do 5 (1 – sploh se ne strinjate, 2 – se ne strinjate, 3 – niti se strinjate niti se ne strinjate, 4 – se strinjate in 5 – zelo se strinjate).

Drugi vsebinski sklop se nanaša na odnos mladih do starostnikov v tretjem življenjskem obdobju. Tudi v tem sklopu je navedenih deset trditev, ki so jih anketiranci ocenjevali po Likertovi lestvici od 1 do 5.

Pri četrtem anketnem vprašanju so anketiranci morali obkrožiti, kolikokrat so v stiku s starostnikom tretjega življenjskega obdobja.

2.3 Opis vzorca

Populacijo prebivalstva so predstavljali dijaki Srednje zdravstvene šole Murska Sobota, smer tehnik zdravstvene nege, ki so starejši od 14 let in mlajši od 20 let, in sicer ne glede na versko ali narodno pripadnost.

Vzorec je sestavljalo 130 dijakov (65 dijakov iz prvega letnika in 65 dijakov iz četrtega letnika), ki so v popolnosti odgovorili na anketni vprašalnik.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pred začetkom izvajanja terenske raziskave smo pridobili soglasje zavoda oziroma soglasje Srednje zdravstvene šole Murska Sobota, ki nam je omogočila zbiranje podatkov. Anketiranje je potekalo terensko, in sicer prvega septembra v šolskem letu 2020/2021.

Pridobljene odgovore smo preučili, prikazali smo rezultate, nato smo potrdili ali ovrgli zastavljene hipoteze in na koncu konkretizirali pridobljene rezultate.

3 Rezultati

Na podlagi opravljenih analiz smo odgovorili na raziskovalna vprašanja in prišli do naslednjih rezultatov:

Raziskovalno vprašanje 1: Kako srednješolci dojemajo starost in starostnike?

Med dijaki SZŠ MS se pojavljajo razlike glede percepcije pojmov starost in starostniki, kajti prvi letniki s starostjo povezujejo odnos s starimi starši oziroma odnos med družinskimi člani, kot so babice in dedki. Prav zaradi tega povezujejo oziroma dojemajo starost in starostnike s toplino, domačnostjo in naklonjenostjo. Dijaki zaključnega letnika imajo več znanja ter izkušenj s starostniki, ki z njimi niso v sorodstveni vezi, in zato starost dojemajo kot nekaj neželenega ter negativnega.

Raziskovalno vprašanje 2: Kako starostniki sprejemajo negovanje in pomoč mladih?

Dijaki SZŠ MS so zadnje trditev iz sklopa Q2, ki pravi, da starostniki sprejemajo negovanje in pomoč mladih, ocenjevali z višjimi ocenami (se pravi z ocenami 4 in 5) in med dijaki prvih ter zaključnih letnikov ni nekih bistvenih razlik. Na podlagi tega lahko trdimo, da so dijaki SZŠ MS mnenja, da starostniki sprejemajo negovanje ter pomoč mladih.

Raziskovalno vprašanje 3: Kako mladi dojemajo komunikacijo s starostniki?

Rezultati so pokazali, da so dijaki tako prvih kot četrth letnikov navedeno trditev glede komunikacije največkrat ocenjevali z oceno 4, kar pomeni, da se z navedenim strinjajo. Na podlagi tega lahko trdimo, da so srednješolci SZŠ MS mnenja, da mladi pozitivno dojemajo komunikacijo s starostniki. Pri tem se med začetnimi ter zaključnimi letniki ne pojavljajo neke bistvene razlike.

Raziskovalno vprašanje 4: Katere lastnosti (pozitivne ali negativne) srednješolci pogosteje pripisujejo starostnikom?

Glede pozitivnih lastnosti lahko trdimo, da so jih tako prvi kot zaključni letniki ocenjevali z višjimi ocenami, in sicer prvi letniki z ocenami 5, 4 in 3, zaključni letniki pa predvsem z ocenama 4 in 3. Negativne lastnosti pa so prvi letniki ocenjevali predvsem z ocenami 3, 2 in 1 ter zaključni letniki z ocenami 2, 3 in 4.

Na podlagi navedenega lahko sklepamo, da se mnenje srednješolcev nekoliko razlikuje, na kar vpliva neopredeljenost dijakov. Izpostavimo pa lahko, da prvi letniki negativne lastnosti

ocenjujejo z bistveno nižjimi ocenami, kar pomeni, da se z navedenim ne strinjajo. Dijaki zaključnih letnikov SZŠ MS pa negativne lastnosti ocenjujejo z višjimi ocenami, kar pomeni, da imajo glede negativnih lastnosti neopredeljeno mnenje ali pa se z navedenim strinjajo. Raziskovalno vprašanje 4 lahko povežemo tudi z raziskovalnim vprašanjem 1, kar pomeni, da na mnenje zaključnih letnikov vpliva predvsem učni proces, praksa ter delo s starostniki, ki z njimi niso v sorodstveni vezi.

Na podlagi opravljenih analiz smo v nadaljevanju definirali še hipoteze, in sicer:

- *Hipoteza 1:* Obstaja statistično pomembna razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pojmovanja starejših kot družbenega pojma.

Hipotezo 1 smo opredelili na podlagi vprašanja Q1, in sicer so anketiranci tako prvega kot četrtega letnika za tretje življenjsko obdobje izbrali obdobje od 60 let naprej. Med vsemi ostalimi navedenimi obdobji pa prihaja do bistvenih odstopanj pri začetnih ter zaključnih letnikih. Pri prvih letnikih se pojavljajo vsa navedena obdobja, pri četrth letnikih pa obdobji »od 40 let naprej« in »od 50 let naprej« nista bili označeni. Trdimo lahko, da do odstopanj prihaja zaradi vpliva učnega procesa, saj so prvi letniki brez neke podlage o gerontologiji ter starostnikih, četrth letniki pa že imajo določene usmeritve ter oddelano prakso, ki so jo izvajali skozi proces šolanja. Na podlagi tega lahko povemo, da obstaja statistično pomembna razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede predstave o tem, katero obdobje predstavlja začetek tretjega življenjskega obdobja, in zato navedeno hipotezo 1 potrjujemo.

- *Hipoteza 2:* Obstaja statistična razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pozitivnih lastnosti starejših.

Hipotezo 2 smo analizirali na podlagi sklopa Q2 pozitivnih lastnosti. Rezultati so nam pokazali, da so anketiranci tako prvega kot četrtega letnika pozitivne lastnosti največkrat ocenjevali z oceno 4. Bistvena razlika pa se začne pojavljati pri drugih ocenah, saj so prvi letniki pozitivne lastnosti najpogosteje ocenjevali z oceno 5, kar pomeni, da se z navedenimi trditvami popolnoma strinjajo; četrth letniki pa so večkrat izbrali oceno 3, kar pomeni, da so glede pozitivnih lastnosti neopredeljeni. Smiselna razlaga za takšne rezultate bi bila, da imajo četrth letniki drugačen pogled na starostnike, saj so imeli z njimi najverjetneje več stikov, in sicer z več različnimi starostniki in ne le s svojimi bližnjimi, ter imajo bistveno več izkušenj z delom z njimi kot recimo anketiranci prvega letnika. Namreč vsak svojega bližnjega, pa naj je to babica, dedek, teta ali stric, dojema drugače kot nekoga, s katerim ni vsakodnevno v stiku. Na podlagi navedenega hipotezo 2, ki pravi, da obstaja statistična razlika med prvimi in zaključnimi letniki glede pozitivnih lastnosti starejših, potrjujemo, kajti prvi letniki pozitivne lastnosti starostnikom bolj pripisujejo kot zaključni letniki.

- *Hipoteza 3:* Več kot 60 % mladih nima posebne želje delati s starejšo populacijo.

Hipotezo 3 smo analizirali na podlagi sklopa Q3, in sicer smo naredili poudarek na treh trditvah, ki se glasijo, da mladi »so pripravljeni pomagati starejšim (vzamejo pošto iz nabiralnika, opravijo nakup, z njimi gredo na sprehod ...)«, »zanemarjajo starostnike (ni dovolj časa za obiske ipd.)« in »ne želijo negovati starostnikov«.

Rezultati so pokazali, da so anketiranci prvega letnika trditev glede »pripravljenosti pomagati« največkrat ocenjevali z oceno 4, in sicer v kar 57 %. Temu je sledila ocena 3, za katero se je odločilo 25 % anketirancev. Anketiranci četrtega letnika so enako trditev največkrat ocenili z oceno 4, in sicer v 58 %, temu je prav tako kot pri prvih letnikih sledila ocena 3, in to kar v 28 %. Na podlagi ugotovljenega lahko trdimo, da so tako prvi kot zaključni letniki pripravljeni pomagati starostnikom, vendar krivulja pada navzdol, proti neopredeljenosti. Tak rezultat zamaja odstotek dejanske pripravljenosti glede pomoči starostnikom.

Naslednja trditev, ki je pomembna za analizo zastavljene hipoteze 3, se nanaša na »zanemarjanje starostnikov«. Anketiranci prvega letnika so to trditev najpogosteje ocenjevali z

oceno 2, kar predstavlja 42 % populacije. Tej oceni sledi ocena 4, kar predstavlja 23 % populacije. Prav tako kot v prvem letniku so tudi v zaključnem letniku anketiranci zanemarjanje najpogosteje ocenjevali z oceno 2, in sicer v 45 %. Tej oceni pa je sledila ocena 3, ki predstavlja 21 % populacije. Navedeni rezultati nas privedejo do zaključka, da se tako prvi kot tudi zaključni letniki ne strinjajo s tem, da se starostnike zanemarja. Vendar se nadaljnje ocene ponovno dvigujejo v smer, ko se temelji zamajejo. Namreč naslednje ocene spadajo v sklop neopredeljenosti ali pa kar v sklop strinjanja s tem, da se starostnike zanemarja.

Zadnja trditev, ki je pomembna pri obravnavani hipoteze, pravi, da »mladi ne želijo negovati starostnikov«. Prvi letniki so navedeno največkrat ocenili z oceno 2, kar pomeni, da se z navedenim ne strinjajo, in sicer se je za to oceno odločilo kar 34 % populacije. Navedeni oceni je sledila ocena 3, ki jo je izbralo 34 % populacije. Zaključni letniki so trditev glede negovanja prav tako najpogosteje ocenili z oceno 2, in sicer v kar 34 %. Enako kot prvi letniki so tudi zaključni letniki za tem največkrat izbrali oceno 3, in sicer se je zanjo odločilo 37 % anketirancev. Presenetilo nas je to, da med anketiranci prvih in četrth letnikov nismo zaznali bistvene razlike glede njihove percepcije o zanemarjanju starostnikov ter o njihovi negi.

Na podlagi zbranih rezultatov lahko trdimo, da anketiranci nimajo posebne želje delati s starejšo populacijo. Interes za obiskovanje starostnikov in izvajanje nege kaže le od 30 % do 40 % anketirancev, vsi ostali odgovori pa zamajejo krivuljo in jo potegnejo močno navzdol. Zaradi tega lahko hipotezo 3 potrdimo.

▫ *Hipoteza 4:* Ženski del populacije si statistično bolj želi stikov s starejšimi.

Za hipotezo 4 smo analizirali vprašanje Q4 glede na spol, in sicer smo podatke najprej analizirali glede na spol prvih letnikov in nato še glede na spol četrth letnikov. V prvem letniku se glede na delež moških in ženskih anketirancev ne pojavljajo neka bistvena odstopanja, kar pomeni, da anketiranci v prvem letniku glede stikov stremijo v enako smer. V zaključnem letniku pa se začnejo pojavljati večje razlike med moškim in ženskim delom anketirancev.

V nadaljevanju smo vprašanje Q4 razdelili le na spol, in sicer ne glede na letnik, ki ga obiskujejo anketiranci. Ženski del populacije je bistveno več v stiku s starostniki kot moški del populacije, in na podlagi tega hipotezo 4 potrdimo.

4 Razprava

Razvijanje, učenje in življenje so dejavniki, ki nas vodijo skozi našo življenjsko pot. Leta minevajo, osebnosti se razvijajo in posledično se postopoma približujemo starosti, staranju ter tretjemu življenjskemu obdobju. Obravnavano starostno obdobje smo opredelili kot običajen biološki proces tako fizičnega kot psihičnega razvoja, na katerega bistveno vplivajo različni zunanji in notranji dejavniki okolja. S pomočjo štirih zastavljenih hipotez smo opredelili temelj našega raziskovanja. Na podlagi le-teh smo ugotovili, kako dijaki prvih in četrth letnikov Srednje zdravstvene šole Murska Sobota, smer tehnik zdravstvene nege, dojemajo starostnike, starost ter staranje.

Pri prvi hipotezi smo obravnavali percepcijo prvih in četrth letnikov glede opredelitve tretjega starostnega obdobja. Tukaj je rezultat dokaj pričakovan, saj imajo anketiranci četrth letnikov bistveno več znanja o obravnavani temi. Opaziti je bilo, da so anketiranci prvih letnikov tretjemu življenjskemu obdobju pripisovali vsa navedena obdobja, tako rekoč že od 40. leta starosti naprej. V četrtem letniku pa so anketiranci odgovarjali bolj poenoteno, in sicer so izbrali obdobje od 60. leta starosti naprej. Če pridobljene podatke povežemo s teorijo, ugotovimo, da so četrth letniki tretje starostno obdobje bolje umestili kot anketiranci prvih letnikov. Ko smo izvajali anketo, smo zaznali, da so anketiranci prvega letnika imeli precej težav z vprašanjem

Q1, saj so večkrat postavljali vprašanja, katero naj bi bilo pravo obdobje »tretjega življenjskega obdobja«.

Rezultati hipoteze dva so nas precej presenetili, saj smo pričakovali nekoliko drugačne podatke. Opaziti je bilo, da so anketiranci prvih letnikov pozitivne lastnosti starostnikov ocenjevali bistveno bolj pozitivno kot anketiranci zaključnih letnikov. Ko smo iskali odgovor na vprašanje, kaj naj bi bil vzrok takega rezultata, smo prišli le do predvidevanj, da imajo prvi letniki bistveno manj izkušenj ter manj stikov s starostniki kot zaključni letniki. Pozitivne lastnosti starostnikov prvi letniki povezujejo s svojimi sorodniki oziroma s svojimi bližnjimi, zaključni letniki pa imajo bistveno več izkušenj, saj imajo obvezno prakso, ki jo opravljajo tudi v domu za starejše. Iz izkušenj lahko povem, da sem na lastne oči zaznal, kako nekateri dijaki s težavo opravljajo prakso s starostniki. Koža starostnikov ni več napeta, ni mlada in zato nekateri dijaki doživljajo stisko, ko imajo prakso v domu za starejše.

Prav tako kot rezultati hipoteze dva so nas tudi rezultati hipoteze tri zelo negativno presenetili, saj smo imeli popolnoma drugačne predstave. Namreč anketiranci tako prvih kot tudi četrtnih letnikov imajo le v kakšnih 30 % oziroma 40 % interes obiskovati starostnike ter izvajati nego le-teh. Glede na izbrano smer izobraževanja smo pričakovali bistveno večji delež zanimanja za druženje ter delo s starostniki, kot je pokazal končni rezultat. Podatki nas ne bi presenetili, če bi anketni vprašalnik izpolnjevali anketiranci katere koli druge izobraževalne smeri. Ker pa vendarle gre za zdravstveno smer in kljub temu ni zaznati nekega posebnega zanimanja za delo s starejšo populacijo, nam to deluje zaskrbljujoče.

Rezultati zadnje hipoteze nas niso presenetili, saj smo pričakovali, da imajo ženske bistveno več zanimanja za stike s starejšimi kot moški. Navedeno so anketiranci le še potrdili. Vzrok za tak rezultat se najverjetneje skriva tako v biološki kot tudi psihološki sestavi žensk in moških, zato ima velik vpliv na stike sama naravna skrbnost določenega spola.

5 Sklep

Glede na razmišljanje mladih lahko sklepamo, da se bo nezanimanje za starostnike in zanemarjanje le-teh gotovo razvijalo in povečalo. Da bi navedeno zmanjšali oziroma vsaj omejili, je pomembno upoštevanje nekaterih napotkov oziroma nadaljnjih usmeritev. Slednje smo izoblikovali na podlagi pridobljenih rezultatov ter kazalnikov primanjkljaja. Pomembno bi bilo naslednje:

- ozaveščanje mladih o starosti ter starostnikih že v rosnih letih (npr.: vključevanje starostnikov že k predšolskim otrokom in seznanjanje otrok s starostniki);
- da mladi izvajajo delavnice za delo s starostniki (npr.: športne delavnice, ki spodbujajo zdrav način življenja, kulturne delavnice, ki bi spodbujale tematske obravnave, kot recimo božič, valentinovo, glede na letni čas itn.);
- da se starostnike vključuje v izobraževalne sisteme (npr.: organizirano računalniško opismenjevanje, učenje tujih jezikov, spoznavanje tehnologije ipd.);
- da bi v sklopu občin izvajali različne oblike pomoči (mladi bi tistim starostnikom, ki niso zmožni vseh opravil, lahko pomagali, in sicer bi zanje opravili nakupe v trgovini, jim pomagali na vrtu, pokosili travo ipd.);
- ustanavljanje društev, v katera bi se vključevali starostniki (izvajali bi razne izlete, druženja ob koncu tedna ipd.) in bi spodbujala gibanje in povezanost starostnikov med seboj – v navedenem napotku dajemo velik poudarek medgeneracijski povezanosti;
- da bi delodajalci starejše spodbujali k čim daljši vključenosti v proces dela ter proces osebnostnega razvoja.

Ob navajanju vseh napotkov, ki bi povečali kvaliteto odnosa med mladimi in starejšimi, so se nam porajale ideje za nadaljnja raziskovanja, ki bi povečala akademski prostor na področju gerontologije. Kot smo navedli že v uvodu, bi bilo namreč našo raziskavo smiselno nadgraditi z raziskovanjem naslednjega vprašanja: »Kakšen pogled imajo na starost in starostnike mladi, ki ne obiskujejo zdravstvene smeri šolanja?« Odgovor na navedeno vprašanje bi pokazal jasnejšo sliko v povezavi z našo že opravljeno raziskavo. Naslednje obetajoče se področje raziskovanja bi se lahko nanašalo na »prvi stik s prakso v domu za starejše in dojemanje prakse ter dela s starostniki s strani dijakov«. Navedeno bi bilo pomembno za natančno analizo in predstavo glede gerontologije ter mladih.

Na podlagi navedenega lahko zaključimo, da starosti ne moremo ubežati, je ustaviti ali je kakor koli omejiti. Zavedati se je namreč treba, da bomo nekoč vsi prešli v tretje življenjsko obdobje, in vsak posameznik se mora vprašati, kakšno skrb zase si takrat želi. Ko bomo imeli odgovor na navedeno vprašanje, se moramo maksimalno potruditi, da bomo to nudili tudi tistim ljudem, za katere trenutno nimamo časa.

LITERATURA

1. Božank, B., Črnko Papić, J., Gabrijelčič Blenkuš, M., Hovnik Keršmanc, M., Hudopisk, N., Ivartnik, M., Jagodic, R., Konec Juričič, N., Kuhar, D., Mezinec, A., Pavlič, H., Peternel, L., Ploder, J., Pogorevc, N., Robnik, M., Stanojević, O., Jerković, Sučić Vuković, M., Štanta, M., Vudrag, M., Zaletel, R. in Žerjal, Ž. (2017). Javnozdravstveni pristop v medsektorskih politikah – izzivi aktivnega in zdravega staranja v Sloveniji na regijski ravni. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 30. 5. 2020, s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izzivi_aktivnega_in_zdravega_staranja_v_slo_0.pdf.
2. Gerl, A., Tkalec T., Dolšak Kos, A. in Starc, A. (2018). Positive ageing: the problem of young generation or challenge for modern society. V A. Petelin, N. Šarabon, G. Pobežin, M. Meško, V. Vitrih, S. Bratož, A. Brezovec, J. Gravner, K. Špijunović, M. Zelenka Budějovicích, J. Vinkler in len Ježovnik (ur.), *Health of the elderly* (str. 43–49). Koper: University of Primorska Press.
3. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
4. Smodlaka, V. (1961). *Starost in staranje*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Odnos študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti

KLJUČNE BESEDE: odnos, študenti zdravstvene nege, homoseksualnost, kulturne kompetence

POVZETEK - Uvod: Predsodki in diskriminacija spolnih manjšin ostajata kljub družbenim spremembam vsesplošno razširjen problem. Istospolno usmerjeni posamezniki so izpostavljeni močnemu negativizmu in nasilju, kar škodljivo vpliva na psihološko, fizično in socialno zdravje ter dobro počutje posameznika in skupnosti. Metode: Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna neeksperimentalna metoda. Raziskava je bila izvedena decembra 2020 s tehniko anketiranja. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 114 študentov zdravstvene nege. Uporabljena je bila prirejena slovenska različica vprašalnika Index of Attitudes towards Homosexuals. Notranja konsistentnost vprašalnika je znašala 0,94. Rezultati: Polovica (56,1 %) anketiranih ve, da spolna identiteta posameznika označuje njegovo kulturo in zato sodi v področje kulturnih kompetenc, 74,6 % jih meni, da med študijem o tem niso dobili dovolj znanja. Večina (86,8 %) študentov pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Obstajajo statistično pomembne razlike v odnosu do homoseksualnosti med študenti na podlagi demografskih in drugih podatkov ($p < 0,05$). Razprava: Študenti zdravstvene nege imajo do homoseksualnosti pozitivno stališče. V prihodnje raziskave je potrebno vključiti znanja s področja kulturnih kompetenc.

KEYWORDS: attitude, nursing students, homosexuality, cultural competence

ABSTRACT - Introduction: Prejudice and discrimination against sexual minorities remain a widespread problem despite social changes. Homosexual individuals are exposed to strong negativism and violence, which has a detrimental effect on the psychological, physical and social health and well-being of the individual and the community. Methods: A non-experimental quantitative descriptive research method was used. The research was conducted in December 2020, with a survey technique. The convenience sample included 114 nursing students. Data were collected through the Slovenian online version of the questionnaire "Index of Attitudes towards Homosexuals". The internal consistency of the questionnaire was 0.94. Results: Half (56.1%) of the respondents know that an individual's gender identity characterizes his culture and therefore belongs to the field of cultural competencies, 74.6 % of them believe that they did not gain enough knowledge about it during their studies. The majority (86.8 %) of students know someone who is gay. There are statistically significant differences in attitudes toward homosexuality among students based on demographic and other data ($p < 0.05$). Discussion: Nursing students have a positive attitude towards homosexuality. It is necessary to include knowledge in the field of cultural competencies in the study.

1 Teoretična izhodišča

Homoseksualnost je v slovarju slovenskega knjižnega jezika (Pogačnik, 2018) opredeljena kot »spolna nagnjenost do oseb istega spola«. V literaturi najdemo tudi kratico »LGBTQ«, ki označuje »lezbijke, geje, biseksualne, transpolne in transseksualne ter queer osebe.« Uporaba akronima pogosto variira (npr. LGBT, GLBTQ, LGBTIQ, idr.) (Bibič idr., 2011).

Homofobija na drugi strani je definirana kot negativen občutek, stališče in/ali obnašanje do ljudi, ki imajo drugačno spolno usmerjenost ali se identificirajo drugače kot heteroseksualci. Homofobija vključuje občutke strahu, jeze, gnusa in sovraštva proti LGBT posameznikom in njihovim spolnim željam ter praksam (Gonenc in Erenel, 2019).

LGBT skupnost je zelo raznolika. Predstavlja posameznike z različnimi ozadji, raso, etničnostjo, starostjo, spolom, socialnoekonomskim statusom in identiteto. V procesu družbene integracije posamezniki pogosto izkusijo stigmo in diskriminacijo, pa tudi nasilje in viktimizacijo, zaradi česar skrivajo svojo spolno usmerjenost. Heteronormativnost ustvarja socialno stigmo, ki je tesno povezana z neenakostmi v zdravju (Mitchell, Lee, Green in Skyes, 2016). Posledice so pravna diskriminacija, neenak dostop do zdravstvene oskrbe, pomanjkanje socialnih programov, pomanjkanje kompetentnih in sočutnih ponudnikov zdravstvenih storitev ter strokovnjakov, ki imajo na področju posebnosti LGBT skupnosti specialna znanja (Lim in Hsu, 2016).

Raziskave (Chapman, Watkins, Zappia, Nicol in Shields, 2012) kažejo, da imajo študenti zdravstvene nege pogosto negativna stališča in pomanjkljivo znanje o LGBT skupnosti. Negativni predsodki in obsojanje zdravstvenih delavcev, še posebej medicinskih sester, ki s pacienti preživijo največ časa, imajo pomemben negativen učinek na kakovost izvedene zdravstvene oskrbe (Carabez idr., 2015). Slednji vir navaja, da je eden izmed razlogov za takšno vedenje lahko pomanjkanje usmerjene, celovite izobrazbe. Znotraj študijskih programov zdravstvene nege je izjemno malo ali nič vsebin, ki bi se osredotočale na ne-heteroseksualne vidike zdravstvene oskrbe (Cornelius in Carrick, 2015). Kljub strinjanju, da je učenje študentov zdravstvene nege o homoseksualnosti pomembno in kljub želji po večji vključitvi znanj o posebnostih in specifičnih zdravstvenih težavah, s katerimi se sooča LGBT skupnost, le-ta zaradi rigidno načrtovanega kurikuluma, ostaja aktualen problem. Rowniak (2015) opisuje, da je namen izobraževalnega procesa predvsem opolnomočiti študente z znanjem in sočutjem za zdravstveno obravnavo ranljivih skupin ter razvoj medkulturnih kompetenc, kar bi posledično izboljšalo zdravstvene izide za paciente, družino in družbo. Vključitev znanj s področja medkulturnih kompetenc predstavlja osnovo za optimalno, kakovostno in celovito zdravstveno nego in hkrati pomembno vpliva na samozavest študentov zdravstvene nege (Lim in Hsu, 2016; Gonenc in Erenel, 2019).

2 Empiričen del, ki temelji na raziskavi

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je bil preučiti področje homoseksualnosti v povezavi s študijem zdravstvene nege. Cilj raziskave je bil s pomočjo vprašalnika raziskati odnos študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Na podlagi cilja smo zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen odnos imajo študenti zdravstvene nege do homoseksualnosti?
- Ali demografski in drugi podatki študentov zdravstvene nege vplivajo na njihov odnos do homoseksualnosti?
- Ali obstajajo statistično pomembne razlike v odnosu do homoseksualnosti med študenti na podlagi demografskih in drugih podatkov?

2.3 Raziskovalna metodologija

V raziskavi je bila uporabljena opisna eksplorativna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja s tehniko anketiranja.

V raziskavi je bil uporabljen spletni vprašalnik, ki smo ga povzeli po že preiskujenem vprašalniku Index of Attitudes towards Homosexuals - IAH (Hudson in Ricketts, 1980). Anketni vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop vprašalnika se nanaša na

demografske podatke anketirancev: spol, starost, regija prebivališča, študij, zaposlitev, delovno dobo in veroizpoved. Drugi del vprašalnika zajema 25 trditev o odnosu anketirancev do homoseksualnosti, na katere so odgovarjali na podlagi 5-stopenjske Likertove lestvice strinjanja (1 – popolnoma se strinjam, 2 – strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – ne strinjam se, 5 – sploh se ne strinjam). Tretji sklop vprašalnika se nanaša na druge podatke anketirancev, in sicer dve vprašanji o kulturnih kompetencah ter eno o tem, ali anketiranec pozna istospolno usmerjeno osebo. Vrednost koeficienta Cronbach alfa originalnega merskega instrumenta je bila konsistentno 0,90 ali več, kar nakazuje na odlično veljavnost vprašalnika (Field, 2013).

Uporabljen je bil priložnostni vzorec študentov, ki so v študijskem letu 2020 / 2021 obiskovali študijski program Zdravstvena nega na eni izmed zdravstvenih fakultet v Sloveniji. Od skupno 234 posredovanih vprašalnikov smo prejeli 114 popolnih veljavnih vprašalnikov (48 % realizacija vzorca). Starost študentov, ki so sodelovali v raziskavi je 24,9 ($s = 6,49$) let. Povprečna delovna doba zaposlenih študentov znaša 8,34 ($s = 7,16$) let. V največjem deležu so na vprašalnik odgovarjale ženske (79,0 %) in anketiranci, stari 21–30 let (76,3 %). Največ anketirancev se je opredelilo za katoličane (52,6 %) in ateiste (30,7 %), glede na regijo jih največ prihaja iz osrednje Slovenije (43,0 %).

V raziskovalni nalogi smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom znanstvene in strokovne literature v slovenskem in angleškem jeziku. Iskanje literature je potekalo s pomočjo sistema COBISS ter elektronskih podatkovnih baz: PubMed, Medline, CINAHL in SpringerLink. Pri iskanju smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: študenti zdravstvene nege, odnos, homoseksualnost, nursing students, attitude, homosexuality. Vključitveni kriteriji so obsegali dostopnost besedil v angleškem in slovenskem jeziku, dostopnost besedil v celotnem obsegu, starost ter vsebinsko ustreznost pridobljene literature in virov. Vključili smo literaturo, objavljeno med letoma 2011 in 2020.

Spletno anketiranje je potekalo s pomočjo spletnega orodja EnKlikAnketa (1KA, 2020). Izpolnjevanje je potekalo preko spletnih omrežij in po principu snežne kepe. Za preverjanje ustreznosti in razumljivosti vprašalnika smo izvedli pilotsko študijo. Zbiranje podatkov je potekalo decembra 2020.

Podatke smo analizirali s pomočjo programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), verzija 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Pri analizi podatkov smo uporabili metode deskriptivne statistike (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, povprečje in standardni odklon). Poleg tega smo opravili preverjanje normalne porazdeljenosti spremenljivk v celotni lestvici (vrednost koeficientov asimetrije in sploščenosti ter test Kolmogorov-Smirnov). Ugotovili smo, da spremenljivke v lestvici niso normalno porazdeljene in zato uporabili neparametrične statistične teste (Mann-Whitneyev U-test, Kruskal Wallisov H-test, linearno regresijo, Hi-kvadrat test in Spearmanov korelacijski koeficient). Upoštevali smo stopnjo statistične značilnosti pri vrednosti $p < 0,05$. Pri vprašanjih odprtega tipa, na katere so anketiranci odgovarjali prosto, smo vsebinsko podobne odgovore kvantificirali in združili ter jih rangirali glede na pogostost odgovora.

3 Rezultati

Študentje zdravstvene nege so se v največji meri strinjali, da nimajo zadržkov, v kolikor bi morali tesno skupaj delati s homoseksualnim moškim ($\bar{x} = 1,30$, $s = 0,652$). Anketirani bi se na zabavi brez zadržkov pogovarjali s homoseksualno osebo ($\bar{x} = 1,40$, $s = 0,788$) in ne bi se počutili neprijetno, če bi izvedeli, da je njihov šef homoseksualec ($\bar{x} = 4,59$, $s = 0,815$). Študentje se strinjajo, da se ne bi počutili neprijetno, če bi izvedeli, da je njihov sosed

homoseksualec ($\bar{x} = 4,58$, $s = 0,878$), ne bi jih motilo, če bi ugotovili, da je njihov/a zdravnik/ca istospolno usmerjen/a ($\bar{x} = 1,43$, $s = 0,829$) in nimajo nobenih zadržkov, v kolikor bi morali tesno skupaj z istospolno usmerjeno žensko ($\bar{x} = 1,44$, $s = 0,888$).

Trditve, s katerimi se študentje strinjajo v najmanjši meri so trditve »Počutil/a bi se neprijetno, če bi me zapeljevala oseba istega spola« ($\bar{x} = 3,53$, $s = 1,334$), trditve »Počutil/a bi se neprijetno, če bi izvedela, da mojega zakonca ali partnerja privlači oseba istega spola« ($\bar{x} = 2,54$, $s = 1,399$) in »Počutil/a bi se čisto sproščeno, če bi ugotovil/a, da me privlači oseba mojega spola« ($\bar{x} = 2,69$, $s = 1,293$).

Več kot polovica (56,1 %) anketiranih ve, da spolna identiteta posameznika označuje njegovo kulturo in zato sodi v področje kulturnih kompetenc. Kljub temu rezultati kažejo, da večina anketirancev meni, da med študijem niso pridobili dovolj znanja na področju kulturnih kompetenc (74,6 %). Večina anketirancev prav tako (86,8 %) pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Izračun Hi-kvadrat testa kaže, da omenjeni anketiranci izkazujejo bolj pozitivna stališča do homoseksualnosti ($\chi^2 = 72,435$; $p = 0,002$).

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo ali demografski in drugi podatki študentov zdravstvene nege vplivajo na njihov odnos do homoseksualnosti. Regresijski koeficienti so pokazali statistično značilen vpliv starosti na stališča do homoseksualnosti ($F(1,113) = 4,494$; $p = 0,036$, $R_2 = 0,042$) in delež pojasnjene variance znaša 4,2 %. Pri ostalih demografskih in drugih podatkih regresijski koeficienti niso pokazali statistične značilnosti ($p \geq 0,05$).

Pri ugotavljanju statistično pomembnih razlik v odnosu do homoseksualnosti med študenti zdravstvene nege na podlagi demografskih in drugih podatkov smo uporabili Mann-Whitneyev U-test in Kruskal Wallisov H-test

Na trditve so boljše odgovarjale ženske ($\bar{x} = 1,90$, $s = 0,730$), študentje stari od 21 do 30 let ($\bar{x} = 1,87$, $s = 0,682$), študentje 2. letnika dodiplomskega študija ($\bar{x} = 1,83$, $s = 0,572$) ter tisti, ki trenutno niso zaposleni ($\bar{x} = 1,90$, $s = 0,76$).

Statistično pomembne razlike je opaziti pri veroizpovedi, kjer so ateisti izkazali najbolj pozitivno stališče do homoseksualnosti ($p < 0,05$). Lestvico s trditvami so višje ocenjevali ateisti ($\bar{x} = 1,54$; $s = 0,414$), neopredeljeni ($\bar{x} = 1,74$, $s = 0,764$) in katoliki ($\bar{x} = 2,07$; $s = 0,671$) v primerjavi s pripadniki islamske skupnosti ($\bar{x} = 2,33$; $s = 0,988$) in pravoslavci ($\bar{x} = 2,46$; $s = 1,022$).

4 Razprava

Namen raziskave, v kateri je sodelovalo 114 študentov zdravstvene nege, je bil preučiti področje homoseksualnosti v povezavi s študijem zdravstvene nege.

V prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo »Kakšen odnos imajo študenti zdravstvene nege do homoseksualnosti?«. Ugotovili smo, da imajo anketirani vključeni v našo raziskavo izredno pozitiven odnos in stališča do homoseksualnosti, kar je razvidno iz trditve, s katero so se v največji meri strinjali, da nimajo zadržkov, v kolikor bi morali tesno sodelovati skupaj s homoseksualnim moškim ali žensko. Ugotovljeno popolnoma nasprotuje ugotovitvam Grabovac idr. (2014) ter Ng idr. (2015), ki med enako populacijo opisujejo večinoma negativna stališča študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti. Anketiranci vključeni v našo raziskavo so izrazili pripravljenost in odsotnost zadržkov pri navezovanju stikov in vključevanju v pogovor s homoseksualno osebo. Opisano ponovno potrjuje pozitivno naravnost do homoseksualne populacije. Komunikacijske ovire s strani zdravstvenega osebja so namreč ene izmed največjih ovir in vzrokov neenakosti pri dostopanju homoseksualnih

posameznikov do zdravstvenih storitev (Albuquerque idr., 2016). Mladi člani LGBT skupnosti imajo pogosto težave z razkrivanjem spolne identitete, prav zaradi pomanjkanja ustreznih komunikacije in partnerskega odnosa s strani zdravstvenega osebja (Hafeez idr., 2017).

Anketirani bi se počutili neprijetno, če bi jih zapeljevala oseba istega spola, ali če bi izvedeli, da njihovega zakonca ali partnerja privlači oseba istega spola. Prav tako smo ugotovili, da se vključeni v raziskavo ne bi počutili sproščeno, če bi jih privlačila oseba enakega spola. Opisano nakazuje na močan vpliv družbe, v katerih so kljub očitni progresivni sprejemljivosti drugačnosti, istospolna usmerjenost, spolnost in spolna identiteta še vedno tabu teme. Podobno ugotavljata Srivastava in Singh (2015), ki opisujeta, da so posamezniki v družbi v določenih socialnih situacijah nepripravljeni za odprt pogovor o spolni vzgoji, spolnih stikih in zdravstvenih tematikah vezanih na omenjene teme. Vendar kljub temu, odgovori naših anketirancev kažejo, na pozitivne in liberalne spremembe glede naslavljanja omenjenih tematik. Anketirancem je prav tako lažje odgovarjati na vprašanja, ki so vezana na družbeno življenje, kot na spolno usmerjenost. Podobno sta v raziskavi ugotovita tudi Šavli in Ličen (2019).

Anketirani menijo, da med študijem niso pridobili dovolj znanja na področju kulturnih kompetenc. Enako mnenje so podali anketiranci v raziskavi, ki sta jo izvedli Strong in Folse (2014). Prav pomanjkanje znanja je najpogosteje razlog za pojav homofobije med študenti. Dodatna izobraževanja in vključevanje vsebin iz omenjene tematike pripomorejo k zmanjševanju negativnih stališč do homoseksualne populacije (Osmanaga, 2015; Gonenc in Erenel, 2018). Pomanjkanje znanja o posebnostih homoseksualne populacije, lahko študente zdravstvene nege kot potencialne strokovnjake na svojem področju vodi v postavljanje napačnih vprašanj in oblikovanje predsodkov. Strah pred tovrstnim odnosom s strani zdravstvenega osebja pa istospolno usmerjenim osebam onemogoča nemoten dostop do zdravstvenih storitev (Grabovac idr., 2014). Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege vključuje razumevanje več vidikov neke kulture v povezavi z elementi vključenimi v skrb za zdravje in sicer bolezni, zdravje, preventiva in prehranska podpora. Medkulturna zdravstvena nega je sposobnost medicinske sestre, da oceni in izbere kulturno vezane informacije, katere vključi v proces zdravstvene nege in s tem izboljša zdravstvene izide pacientov in tudi njihovo zadovoljstvo (Darnell in Hickson, 2015). Večina anketirancev v naši raziskavi pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Ugotovili smo, da omenjeni anketiranci izkazujejo bolj pozitivna stališča do homoseksualnosti. Podobno opisuje tudi Dastan (2013) in sicer, da imajo posamezniki, ki vzpostavljajo osebni odnos s homoseksualnimi moški in ženskami do njih bolj pozitiven odnos. Opisano ugotavljajo tudi Chapman idr. (2012) ter Lopes idr. (2016).

Drugo raziskovalno vprašanje nas sprašuje ali demografski in drugi podatki študentov zdravstvene nege vplivajo na njihov odnos do homoseksualnosti. Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da so na trditve bolje odgovarjali študentje stari od 21 do 30 let. Starejši študenti so na trditve odgovarjali nekoliko slabše, kar nakazuje na manj pozitivna stališča do populacije homoseksualcev. Podobno ugotavlja tudi Osmanaga (2015).

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju smo preverjali ali obstajajo statistično pomembne razlike v odnosu do homoseksualnosti med študenti na podlagi demografskih in drugih podatkov. Ugotovili smo, da so na trditve bolje odgovarjale ženske, študentje stari od 21 do 30 let, študentje 2. letnika dodiplomskega študija ter tisti, ki trenutno niso zaposleni. Dastan (2013) v svoji raziskavi prav tako ugotavlja, da imajo ženske bolj pozitivna stališča do homoseksualnosti kot moški. Najbolj pozitivno stališče do homoseksualnosti so izkazali ateisti. Opisano kaže na negativen vpliv religioznosti na stališča posameznikov do homoseksualnosti. V socialnem okolju ima veroizpoved večine velik vpliv na stališča družbe do manjšinskih skupin kot je LGBT skupnost (Albuquerque idr., 2016). Lestvico s trditvami so višje ocenjevali ateisti,

neopredeljeni in katoliki v primerjavi z islamisti in pravoslavci. Dunjić - Kostić idr. (2012) so prav tako ugotovili, da so imeli anketiranci, ki so se opredelili v kategorijo ateistov in neopredeljenih, pozitivna stališča do homoseksualnosti v primerjavi s tistimi opredeljenimi pod religiozno skupino.

Kot omejitev raziskave je potrebno izpostaviti majhen vzorec ter heterogenost anketirancev glede na preiskovane neodvisne spremenljivke (demografski in drugi podatki anketirancev), prav tako je večina anketiranih poznala istospolno osebo, kar bi lahko vplivalo na visoke rezultate raziskave.

Pozitiven odnos anketiranih v naši raziskavi kaže na trend izboljševanja odnosa bodočih zaposlenih v zdravstveni negi do homoseksualnosti. Vendar je očiten primanjkljaj znanja, o katerem poročajo študenti. Potrebna bi bila sistematična vključitev izobraževanja na področju kulturnih kompetenc v učni kurikulum zdravstvene nege, z namenom usposabljanja kulturno kompetentnih strokovnjakov zdravstvene nege, ki bi bili zmožni nuditi in izboljšati kakovostno oskrbo ranljivih skupin znotraj LGBT skupnosti. Predstavnike LGBT skupnosti bi bilo potrebno vključiti v program izobraževanja kot govornike za manjšinsko skupino. Študenti zdravstvene nege bodo namreč bodoči zaposleni in nosilci zdravstveno negovalnega procesa, ki temelji na partnerskem odnosu in predstavlja ključno vlogo pri preprečevanju neenakosti v zdravju med homoseksualno populacijo.

5 Sklep

Naša raziskava je pokazala, da imajo študenti zdravstvene nege izredno pozitiven odnos do homoseksualnosti. Anketirani so prav tako izrazili pripravljenost za sodelovanje in komunikacijo s homoseksualno osebo. Ugotovili smo, da kljub progresivni naravnosti, ki jo prikazujejo pridobljeni rezultati, so določene teme še vedno občutljive narave, študenti namreč lažje odgovarjajo na vprašanja vezana na družbeno življenje kot na spolno usmerjenost. Pomanjkanje znanja je prav tako eden izmed perečih problemov, s katerimi se soočajo študenti zdravstvene nege in potencialno predstavlja podlago za razvoj predsodkov in homofobije. Dodatna izobraževanja pripomorejo k zmanjševanju negativnih stališč do homoseksualne populacije. Medkulturna zdravstvena nega je sposobnost medicinske sestre, da oceni in izbere kulturno vezane informacije, katere vključi v proces zdravstvene nege in s tem izboljša zdravstvene izide pacientov in njihovo zadovoljstvo. Potrebna bi bila sistematična vključitev izobraževanja na področju medkulturnih kompetenc v učni kurikulum zdravstvene nege, z namenom usposabljanja kulturno kompetentnih strokovnjakov zdravstvene nege, ki bi bili zmožni nuditi in izboljšati kakovostno oskrbo ranljivih skupin znotraj LGBT skupnosti.

V Sloveniji bi bilo potrebno izvesti več raziskav, ki bi vključevale različne ranljive skupine iz LGBT skupnosti in se hkrati usmerjale v področje medkulturnih kompetenc. Pomembnost omenjenih vsebin bi bilo potrebno osvetliti in po potrebi vključiti v izobraževalne programe zdravstvene nege. Z vključitvijo omenjenih vsebin, bi doprinesli k opolnomočenju prihajajočih generacij medicinskih sester za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege.

LITERATURA

1. 1KA (Verzija 20.12.03) [programska oprema]. (2021). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno s <https://www.1ka.si>.
2. Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Quirino, G. S., Alves, M. J. H., Belem, J. M., Figueiredo, F. W. S., ... Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International health and human rights*, 16 (2), 1–10. Pridobljeno

1. 3. 2021, s <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-015-0072-9>.
3. Bibič, Š., Lemač, V., Oblak, T., Pirih, T. in Topolovec, M. (2011). LGBTQ slovar: slovar lezbičnih, gejevskih, biseksualnih, transspolnih, transseksualnih in queer besed. Ljubljana: Kulturni center Q (klub Tiffany), Društvo ŠKUC.
4. Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M. J. in Dariotis, W. M. (2015). Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class. *The journal of nursing education*, 54 (1), 50–53. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141228-03>
5. Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Nicol, P. in Shields, L. (2012). Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of clinical nursing*, 21 (7–8), 938–945. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03892.x>
6. Cornelius, J. in Carrick, J. (2015). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing education perspectives*, 36, 176–178. <https://doi.org/10.5480/13-1223>
7. Darnell, L. K. in Hickson, S. V. (2015). Cultural competent patient-centered nursing care. *The nursing clinics of North America*, 50 (1), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.008>
8. Dastan, N. B. (2013). The attitudes of nursing students towards lesbians and gay males in Turkey. *International journal of nursing practice*, 21 (4), 376–382. <https://doi.org/10.1111/ijn.12294>
9. Dunjić - Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić - Poznanović, S., Damjanović, A., ... Ivković, M. (2012). Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatria danubina*, 24 (2), 143–151. Pridobljeno 1. 3. 2021, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22706412/>.
10. Fidelindo, L. A. in Hsu, R. (2016). Nursing students' attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: an integrative review. *Nursing education perspective*, 37 (3), 144–152. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000004>
11. Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS (4th ed.)*. Los Angeles: SAGE Publications.
12. Gonenc, İ. M. in Erenel, A. S. (2019). Determining homophobic attitudes of nursing students in Turkey and the factors affecting them. *Clinical and experimental health sciences*, 9 (1), 21–28. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.474857>
13. Grabovac, I., Abramović, M., Komlenović, G., Milosević, M. in Mustajbegović, J. (2014). Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium antropologicum*, 38 (1), 39–45. Pridobljeno 1. 3. 2021, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24851595/>.
14. Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N. in Naveed, S. (2017). Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. *Cureus*, 9 (4), 1–7. <https://doi.org/10.7759/cureus.1184>
15. Hudson, W. W. in Ricketts, W. A. (1980). A Strategy for the measurement of homophobia. *Journal of homosexuality*, 5 (4), 357–372. https://doi.org/10.1300/J082v05n04_02
16. Lopes, L., Gato J. in Esteves, M. (2016). Portuguese medical students' knowledge and attitudes towards homosexuality. *Acta médica portuguesa*, 29 (11), 684–693. <https://doi.org/10.20344/amp.8009>
17. Mitchell, K. M., Lee, L., Green, A. in Skyes, J. (2016). The gaps in health care of the LGBT community: perspectives of nursing students and faculty. *Papers & publications: Interdisciplinary journal of undergraduate research*, 5 (5), 21–30. Pridobljeno s <http://digitalcommons.northgeorgia.edu/papersandpubs/vol5/iss1/5>.
18. Ng, C., Yee, A., Subramaniam, P., Loh, H. S. in Moreira, P. (2015). Attitudes toward homosexuality among nursing students in a public University in Malaysia: the religious factor. *Sexuality research and social policy*, 12 (3), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0182-0>
19. Osmanaga, F. (2015). Student's attitudes toward homosexuality. *European scientific journal*, 11(23), 171–183. Pridobljeno 1. 3. 2021, s <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6078>.
20. Pogačnik, A. (2018). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.

21. Rowniak, S. R. (2015). Factors related to homophobia among nursing students. *Journal of homosexuality*, 62 (9), 1228–1240. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1037135>
22. Srivastava, S. in Singh, P. (2015). Psychosocial roots of stigma of homosexuality and its impact on the lives of sexual minorities in India. *Open journal of social sciences*, 3, 128–136. <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2015.38015>
23. Strong, K. L. in Folse, V. N. (2014). Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of nursing education*, 54 (1), 45–49. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07>
24. Šavli, D. in Ličen, S. (2019). Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 53 (4), 309–319. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2976>

Medicinska sestra pri obravnavi pacienta z alergijo

KLJUČNE BESEDE: alergija, anafilaksija, medicinska sestra, zdravstveno-vzgojno delo

POVZETEK - Alergije predstavljajo velik delež kroničnih bolezni po svetu, delež pacientov z dokazano alergijo pa stalno narašča. Z raziskavo, ki je temeljila na kvalitativni metodi dela, smo ugotavljali, kako uspešne so medicinske sestre pri prepoznavi alergičnih reakcij in anafilaksije, kakšni so ukrepi, vloga in kompetence ob pojavu anafilaksije ter kakšna je vzgojno-izobraževalna vloga medicinske sestre pri pacientu z alergijami. V raziskavi, ki je potekala oktobra 2020, so sodelovale medicinske sestre in zdravstveniki, zaposleni v službi nujne medicinske pomoči v primarnem zdravstvu. Rezultati raziskave so pokazali, da so medicinske sestre strokovne pri prepoznavi alergičnih reakcij in anafilaksije. Poznajo ukrepe, seznanjene so z njihovo vlogo in intervencijami pri pacientu, ki je zaradi alergične reakcije lahko življenjsko ogrožen. Ugotovili smo tudi, da so medicinske sestre seznanjene in usposobljene za aplikacijo zdravil v primeru samostojne aplikacije adrenalina, ki ga lahko aplicirajo le po naročilu zdravnika.

KEYWORDS: allergy, anaphylaxis, nurse, health education work

ABSTRACT - Allergies account for a large proportion of chronic diseases worldwide, and the proportion of patients with a proven allergy is constantly increasing. Through research based on a qualitative method of work, we determined how successful nurses are in recognizing allergic reactions and anaphylaxis, what are the measures, role and competencies in the event of anaphylaxis and the educational role of the nurse in a patient with allergies. The survey, conducted in October 2020, involved nurses and paramedics employed by the Emergency Medical Service in primary care. The results of the study showed that nurses are experts in recognizing allergic reactions and anaphylaxis. They know the measures, are familiar with their role and interventions in a patient who may be life-threatening due to an allergic reaction. We also found that nurses are familiar with and trained to administer medications in the case of self-administration of adrenaline, as they can only administer it at the doctor's request.

1 Uvod

Alergijske bolezni predstavljajo eno najpogostejših kroničnih obolenj po svetu, saj je težave zaznati že pri vsaki peti osebi. Alergije se običajno kažejo kot neprijeten občutek na koži in sluznici, vendar pa lahko prizadenejo tudi vitalne organe, ki so nujno potrebni za življenje, zato je pomembna edukacija zdravstvenega osebja za ukrepanje ob dogodkih, ki lahko privedejo tudi do smrti (Homšak, 2015, str. 1). Alergijske reakcije delimo na preobčutljivostne, kjer se ob senzibilizaciji z alergenom sproži imunski odziv in s tem tvorba protiteles IgE, ter na nealergijske preobčutljivostne reakcije, kjer imunski odziv ni vključen, temveč se težave pokažejo, če je v telo vnesena prevelika količina določene snovi (Čamernik in Kučinič, 2010, str. 88).

Pri ljudeh, ki so preobčutljivi na strup žuželk, je reakcija po piku lahko samo lokalno neprijeten občutek, za nekatere pa je pik kožekrilca lahko smrtno nevaren. Buren odziv na strup kožekrilca je običajno posledica prejšnjih pikov (Kapš, 2014, str. 256). Ko alergen pride v stik z organizmom, se lahko v nekaj minutah razvije alergična reakcija. Stopnja prizadetosti in izraženih kliničnih znakov je odvisna od posameznika in se lahko iz minute v minuto spreminja. Simptomi alergične reakcije so lahko blažji, kot je prizadeta koža in sluznica, lahko pa pride do

burne reakcije, ko je prizadet cel organski sistem, kar pomeni prizadetost dihal in cirkulacije, kar pa lahko privede tudi do smrti. V takem primeru govorimo o anafilaktični reakciji (Novak Jankovič, 2013, str. 25).

Medicinska sestra je del strokovnega tima, kjer mora delovati hitro in strokovno. Prepoznati mora stanje, ki bi morebiti lahko ogrozilo človeško življenje, ter ob tem pravilno ukrepati. Vloga medicinske sestre pri pacientu z alergijami je, da deluje kot učiteljica in negovalka, pacientom v najboljši meri pomaga pri okrevanju, pomaga z nasveti za boljše obvladovanje bolezni ter jih s spoštljivim odnosom vodi do dobrega izida bolezni (Jus, 2013, str. 279).

1.1 Alergije in anafilaktična reakcija

Evropska akademija za alergologijo in klinično imunologijo (EAACI) ter Svetovna organizacija za alergijo (WAO) opisujeta alergijo kot preobčutljivostno reakcijo, ki jo povzročijo imunski mehanizmi (Šimenc, 2014, str. 11). Kadar se imunski sistem (aktivacija protiteles IgE) odziva na sicer neškodljive snovi iz okolice, s katerimi pridemo v stik preko dihal, kože ali z zaužitjem, rečemo, da gre za preobčutljivostno reakcijo oziroma alergijo. Torej je alergija odgovor imunskega sistema na neko snov oziroma alergen v okolju. Na snovi, ki so telesu tuje, kot so na primer patogeni mikroorganizmi, se imunski sistem odzove na podoben način kot pri alergijah, saj skuša telo zavarovati, da alergen pri človeku ne povzroči bolezni (Zore, 2016, str. 13).

Za alergije je značilno, da se pojavijo v kratkem času po stiku z alergenom. Reakcija po stiku je lahko sistemska ali omejena na eno področje, se pravi lokalna. Pri alergičnih reakcijah pogosto nastanejo izpuščaji po celem telesu, ki jim pravimo urtikarija. Urtikarija je značilnega videza, spremljajo jo srbečica ter lezije, ki so dvignjene nad ravnjo kože ter ob pritisku nanje pobledejo. Urtikarija ni del anafilaksije, temveč je kožna bolezen, ki ne privede do prizadetosti dihal in obtočil. V več kot polovici primerov urtikarija nima jasnega vzroka, pogosto pa se pojavlja ob virusnih okužbah. Urtikarični izpuščaj običajno zbledi v roku 4–24 ur (Zidarn, Lučovnik, Jošt in Novak, 2009, str. 31).

»Anafilaksija je resna, življenje ogrožajoča, generalizirana preobčutljivostna reakcija, ki se razvije v minutah in katere del so simptomi in znaki prizadetosti (edem sluznice, grla, bronhospazem) in kardiovaskularnega sistema (hipotenzija, sinkopa). Pri večini so prisotne tudi spremembe na koži in sluznicah (srbež, urtikarija in angioedem) ter tahikardija.« (Košnik idr., 2015, str. 3).

Ob prvem stiku preobčutljive osebe z alergenom začne telo proizvajati protitelesa IgE, ki jih izdelujejo limfociti. Na ta način postane oseba preobčutljiva oziroma senzibilizirana na ta alergen. IgE protitelesa se nato vežejo na mastocite, ki shranjujejo histamin. Ko oseba ponovno pride v stik z alergenom, se ta veže na imunoglobuline IgE, ki sprožijo izločanje histamina v veliki koncentraciji. Za pojav anafilaktične reakcije je odgovoren histamin, ki je bazična beljakovina in povzroči tipično klinično sliko na organih. Kaže se kot padec krvnega tlaka, saj histamin povzroča močno vazodilatacijo, poveča prepustnost žil, kar povzroči, da tekočine iz žil prestopijo v medcelični prostor. Učinki histamina se najprej pokažejo v predelih, kjer je največ mastocitov. Prizadeti so sluznica dihal in prebavil, koža ter žilni sistem. Vpliva predvsem na gladke mišice dihal, kar povzroči pretirano izločanje sluzi ter zožitev dihalnih poti, negativno pa deluje tudi na srčno mišico (Prestor, 2012, str. 147).

Včasih je prepoznava akutne anafilaksije otežena, zato je ključnega pomena laboratorijska preiskava seruma, določitev triptaze, ki je pri večini pacientov povišana nekaj ur po začetku anafilaksije, vendar pa njena odsotnost ne izključuje anafilaksije (Košnik idr., 2015, str. 7). Postavitev diagnoze anafilaksija je ključnega pomena, saj je od nje odvisno zdravljenje. V praksi marsikdaj anafilaksija ni prepoznana, je podcenjena in premalo intenzivno zdravljena.

Starost in pridružene bolezni, kot sta astma in mastocitoza, ter pozna aplikacija adrenalina so glavni dejavniki za smrt (Vesel, Avčin in Košnik, 2017, str. 39). Ob pojavu anafilaksije lahko zdravilo adrenalin odloča med preživetjem in smrtjo. Zato sta pomembna čimprejšnja prepoznavna stanja in aplikacija adrenalina, saj se tako lahko anafilaksijo zaustavi (Košnik, 2018, str. 73).

Obravnava pacienta z anafilaktično reakcijo se začne takoj po prepoznavi simptomov. Aplikacija adrenalina ima prednost pred vsemi ostalimi ukrepi, kot so pravilen položaj pacienta (ležeče na hrbtu z dvignjenimi nogami), prekinitev stika z alergenom ter ostala zdravila, ki so predpisana v smernicah (Košnik idr., 2015, str. 10). Anafilaktična reakcija po stiku z alergenom je resen zaplet alergijskih bolezni, saj lahko privede do smrti. Prizadene več organov in se lahko razvije v nekaj minutah. Kaže se z akutno kožno simptomatiko, prizadeti so sluznica, gastrointestinalni trakt, dihala in kardiovaskularni sistem (Košnik, 2014, str. 105). Anafilaksijo je mogoče zdraviti, če dovolj hitro in pravilno ukrepamo. Zdravilo adrenalin rešuje življenja in spada med zdravila prvega izbora pri zdravljenju anafilaksije, pred antihistaminiki ter glukokortikoidi (Vesel idr., 2017, str. 44).

1.2 Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z alergično reakcijo

Testiranje za diagnosticiranje alergij običajno poteka v alergološki ambulanti, kjer svoje delo v timu opravlja tudi specializirana diplomirana medicinska sestra. Med izvajanjem testiranja pacienta opazuje, s čimer prepreči morebitne neželene učinke, po končanem testiranju pa glede na ugotovljene težave pacientu poda ustrezna navodila (Perko, 2012, str. 87).

Pacienti, ki so že doživeli anafilaksijo, dobijo samoinjektor adrenalina. To je prednapolnjena brizga adrenalina (EpiPen in Anapen) z 0,3 mg ali 0,15 mg učinkovine. Medicinska sestra pacienta pouči o pravilni uporabi samoinjektorja adrenalina, predstavi pravilno ravnanje z njim in shranjevanje ter poskrbi, da je pacient dobro usposobljen za rokovanje. Pojasni mu, da je stanje lahko zanj nevarno, pouči ga o indikaciji za njegovo uporabo ter ga opogumi, da si ga aplicira, ko je to potrebno (Mitrovič, 2012, str. 60). Pri pacientih s preobčutljivostno reakcijo na strup kožekrilca je zdravstvena vzgoja izjemnega pomena, saj se izvaja tudi pri zdravljenju s specifično imunoterapijo. Pacienti morajo dobro razumeti potek dela ter morebitne stranske učinke in ostale informacije, ki jih medicinska sestra poda pisno in ustno (Šuntar Erjavšek in Skela Savič, 2012, str. 113). Pri alergijah na hrano mora medicinska sestra bolnika opozoriti na skrite alergene v hrani in branje deklaracij pred zaužitjem živil (Nahtigal, 2016, str. 8).

V vlogo učencev je treba privabiti tudi svojce pacienta in krog ljudi, s katerimi se pacient največ srečuje, saj je zelo verjetno, da si pacient ob pojavu anafilaksije sam ne bo mogel pomagati (Košnik idr., 2015, str. 15). Zato je zelo pomembno zdravstveno-vzgojno izobraževanje, ki ga medicinska sestra nudi ob odpustu pacientu in njegovim svojcem. Pri anafilaksiji je pomembno, da se zdravstvena vzgoja prične takoj po stabilizaciji akutne reakcije. Če pacientovo stanje to dopušča, mu pred nadaljnjo obravnavo medicinska sestra pojasni, kakšne preiskave ga še čakajo. Ker bo pacient deloma že seznanjen s potekom dogodkov, bo pomirjen in le tak pacient bo lahko kakovostno sodeloval.

2 Metode

Namen raziskave je proučiti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z alergijami in izvajanje ukrepov ter zdravstvene vzgoje ob pojavu anafilaksije. Cilj raziskave je bil tudi ugotoviti, kolikšna je seznanjenost medicinskih sester s kompetencami pri dajanju zdravil ob pojavu anafilaksije. Za potrebe raziskave smo oblikovali tri raziskovalna vprašanja:

- Kakšno vlogo ima medicinska sestra v vzgojno-izobraževalnem procesu pri pacientu z alergijami?
- Kakšno vlogo imajo medicinske sestre ob pojavu anafilaksije?
- V kolikšni meri so medicinske sestre seznanjene s kompetencami pri aplikaciji nujnih zdravil ob pojavu anafilaksije?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi dela. Uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno neeksperimentalna raziskovalna metoda. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani primarni in sekundarni viri. Primarni podatki so bili pridobljeni s tehniko intervjuvanja. Vir podatkov je tudi pregled strokovne in znanstvene literature, pridobljene s pomočjo podatkovnih baz COBISS, CINAHL, PubMed, Google Učenjak.

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument zbiranja podatkov je bila oblikovana predloga za polstrukturirani intervju, sestavljena iz dveh delov. V prvem delu smo pridobili demografske podatke intervjuvancev (spol, starost, izobrazba, delovna doba), v drugem delu pa odgovore na raziskovalna vprašanja. Ta se nanašajo na prepoznavo alergijske preobčutljivostne reakcije ter vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z alergijami.

2.3 Opis vzorca

Vzorec je bil namenski. Kriteriji za izbiro oseb, vključenih v raziskavo, so bili starost (najmanj 25 let), izobrazba (srednja medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra), delovne izkušnje na področju zdravstvene nege (najmanj 5 let). V intervju smo vključili 6 oseb, ki so zaposlene na delovnem mestu nujne medicinske pomoči.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

K intervjuvanju so kandidati pristopili prostovoljno na podlagi predhodno opravljenega osebnega razgovora. Zagotovili smo jim anonimnost in spoštovanje etičnih načel, ki veljajo v raziskovanju. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli s pomočjo mobilnega aparata. Tonske posnetke smo po končanih intervjujih prenesli v pisno obliko in jih posredovali intervjuvancem v pregled. Ugotovitve smo na podlagi kvalitativne analize podatkov zapisali v razpravi.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 6 intervjuvancev, 3 ženskega in 3 moškega spola, v starosti med 29 in 35 let. Njihova izobrazba je tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik in magistra zdravstvene nege. Njihova delovna doba na področju zdravstvene nege je od 6 do 13 let, v povprečju pa njihova delovna doba šteje 9,2 leti.

Med najpogosteje opaženimi simptomi pri pacientu z alergijami so vsi vprašani navedli urtikarijo. Ostali opaženi znaki so bili še angioedem, otekline dihalnih poti, težko dihanje, srbečica in diareja.

V odgovorih na vprašanje o najpogostejših alergenih za pojav alergijske reakcije so navedli pike žuželk, običajno kožekrilcev, kamor spadajo čebele, ose, sršeni in čmrlji, kot drugi najpogostejši alergen pa so navajali hrano in zdravila.

Pri odgovoru na vprašanje, ki je spraševal po najtežji obliki alergijske reakcije, so bili intervjuvanci enotni, da je to anafilaksija ali anafilaktični šok, ki je lahko smrtno nevaren. Kot

najpogostejše alergene za pojav anafilaksije so izpostavili pike žuželk, kožekrilcev oziroma čebel in os. Večina vprašanih je odgovorila, da so vzrok lahko tudi hrana (najpogosteje oreščki in morska hrana) ter zdravila. Simptomi, ki so jih ob tem opazili, so bili urtikarija, angioedem oziroma otekanje v obraz, jezik, težko dihanje, polovica vprašanih pa je omenila tudi občutek cmoka v grlu ali težko požiranje ter hipotenzijo in tahikardijo. Dva vprašana sta odgovorila, da je bila prisotna tudi motena zavest.

Pri obravnavi pacienta z anafilaksijo so vprašani poudarili, da je najbolj pomembna prepoznavna stanja, kjer so opisovali algoritem za prepoznavo anafilaksije. Pacienta so obravnavali po protokolu ABCDE, vzpostavili periferno intravensko pot, izmerili vitalne funkcije oziroma vitalne funkcije nadzorovali z monitorjem, v nadaljevanju pa so ravnali po navodilu zdravnika. Posamezni intervjuvanci so omenili tudi zdravila, ki jih dajejo intravenozno, in sicer antihistaminike, kortikosteroide ter tekočine. Vsi intervjuvanci so bili enotni, da je zdravilo prvega izbora pri anafilaksiji adrenalin. Večina je izpostavila tudi antihistaminike in kortikosteroide. Pri težavah z dihanjem so omenili inhalacije z adrenalinom in inhalacije z bronhodilatatornimi zdravili. Samo eden je navedel, da se za zdravljenje aplicira tudi kisik ter intravenozne tekočine v velikih količinah. Pri načinih in dozah zdravil za zdravljenje anafilaksije so vsi vprašani povedali, da se uporablja zdravilo adrenalin za odrasle v dozi 0,5 mg intramuskularno (za otroke 0,01 mg/kg telesne teže), zdravilo Tavegyl, 2 mg, intravenozno ter Medrol, 125 mg, intravenozno. Navedli so tudi, da se ob pojavu stridorja aplicira adrenalin 3–5 mg v inhalacijah ter po potrebi inhalacije Beroduala ali Ventolina ter kisika. Trije od šestih vprašanih so omenili tudi apliciranje tekočine intravenozno v bolusu, vsaj 1–2 litra.

Vsi vprašani so na vprašanje o kompetencah glede aplikacije zdravil odgovorili, da diplomirana medicinska sestra nima kompetenc za samostojno dajanje zdravil v primeru anafilaktičnega šoka, da jih lahko aplicira samo po navodilu zdravnika. Navajali so, da ima diplomirana medicinska sestra kompetence, da pacienta namesti v ustrezen položaj ter nastavi intravenozno pot. Izpostavili so, da so kompetence vezane na izobrazbo in naj bi se v prihodnosti spremenile za diplomirane reševalce na terenu. Vsi intervjuvanci pa bi pri pacientu z anafilaktičnim šokom v odsotnosti zdravnika presegli svoje kompetence, a če bi bili prepričani, da gre za anafilaksijo, bi z aplikacijo adrenalina rešili življenje. En vprašani pa bi pacientu z anafilaktično reakcijo brez naročila zdravnika apliciral poleg adrenalina še kisik in bolus intravenske tekočine.

Pri vsebinah, ki so po mnenju vprašanih pomembne pri poučevanju pacienta, ki je imel anafilaktično reakcijo, in tudi pri preprečevanju ponovitve anafilaksije, so vsi vprašani navedli, da je za preprečitev ponovne epizode anafilaksije pomembno izogibanje alergenom, da je pomembno poučiti pacienta o pravilnem ravnanju ob morebitni ponovitvi anafilaktične reakcije in da je potrebno pacientu svetovati obisk alergologa. Večina vprašanih je navajala, da je pri zdravstveni vzgoji pomembno, da pacient dobi navodila o uporabi samoinjektorja ter da se ga dobro pouči o aplikaciji samoinjektorja in tudi o uporabi seta za samopomoč, hkrati pa je pomembno, da se v edukacijo vključi tudi pacientove svojce.

4 Razprava

Ker so alergije velik zdravstveni problem današnjega časa, je ena od nalog medicinske sestre tudi, da se o pacientovih težavah v povezavi z alergijo kar najbolje seznani, da lahko deluje strokovno in svoje znanje predaja pacientom in njihovim svojcem.

Po končani obravnavi akutnih težav zaradi alergije pacient potrebuje dodatna navodila za obvladovanje morebitnih ponovnih težav. Pri tem se mora medicinska sestra strokovno odzvati in pacientu posredovati potrebne informacije. Za učinkovito podajanje ustreznih informacij pacientom z alergijo morajo medicinske sestre tovrstno znanje tudi imeti. Z našo raziskavo smo

ugotovili, da pri prepoznavi alergijske reakcije in anafilaksije ter ukrepanju ob tem medicinske sestre nimajo težav. Vsi intervjuvanci se zavedajo svoje vloge pri vzgojno-izobraževalnem delu. Kot najpomembnejši preventivni ukrep izpostavijo izogibanje pacienta alergenom, saj je to za alergika najboljša preventiva. Pri vzgojno-izobraževalni vlogi so vprašani izpostavili tudi svojce, ki so ključni za prepoznavo anafilaksije, ter morebitno potrebo po samoinjektorju adrenalina. »V zdravstveno vzgojo je treba vključiti tudi svojce pacienta, da se tudi oni seznanijo z zdravili, ki jih njihov bližnji potrebuje v primeru anafilaksije.« (Košnik idr., 2015, str. 15). Povzamejo, da je treba v vlogo učencev pritegniti tudi svojce pacienta in krog ljudi, s katerimi se pacient največ srečuje, saj je zelo verjetno, da si pacient ob pojavu anafilaksije sam ne bo mogel pomagati. Štalc (2014, str. 11) pravi, da usposobljene medicinske sestre izvajajo zdravstveno vzgojo o prepoznavi anafilaksije ter prepoznavanju alergenov, ki povzročajo anafilaksijo. Medicinska sestra opozori tudi na morebitne skrite alergene v hrani.

Če povzamemo, učinkovit vzgojno-izobraževalni proces pomeni, da pacientu in njegovim svojcem ponudimo kar največ informacij, tako v pisni obliki z zloženkami kot tudi preko posredovanih informacij preko pogovora. Zelo pomembno je, da pacienta naučimo pravilnega rokovanja s samoinjektorjem in da njegovo usposobljenost tudi preverimo. Prav tako je pomembno, da mu pojasnimo vse v povezavi z zdravili, ki sestavljajo set za samopomoč. Poučiti pa ga moramo tudi, kako naj pacient ravna preventivno (izogibanje alergenom), kdaj obiskati zdravnika, o učinkoviti aplikaciji zdravila, o preprečevanju anafilaksije, svojce pa je potrebno poučiti tudi o pravilnem ravnanju ob anafilaktični reakciji. Navedeno predstavlja tudi odgovor na prvo raziskovalno vprašanje o vlogi medicinske sestre pri vzgojno-izobraževalnem procesu pri pacientu z alergijami.

Z raziskavo smo ugotovili, da bi zdravstveno osebje, ki je sodelovalo v raziskavi, v primeru anafilaktične reakcije ravnalo strokovno in po smernicah, ki jih določa stroka. Pri pacientu z anafilaksijo je potrebno hitro ukrepanje medicinske sestre. Intervjuvanci obravnavo pacienta z anafilaktično reakcijo opišejo: »Pristopili smo po pristopu ABCDE. Pacienta smo dali v polsedeči položaj, izmerili smo vitalne funkcije (dihanje, krvni tlak, pulz, nasičenost kisika v krvi) in tako ugotovili, da gre za anafilaksijo. Pacientu smo aplicirali 0,5 mg adrenalina muskularno, vzpostavili intravensko pot, po kateri je dobil antihistaminik Tavegil in kortikosteroid Medrol. Zaradi aplikacije adrenalina smo pacienta monitorirali in spremljali njegove vitalne funkcije.« in »Potrebna je bila takojšna aplikacija adrenalina, pravilen antišokovni položaj, to je ležeči položaj z dvignjenimi nogami, potrebne so bile velike količine tekočine intravenozno.«

Prestor (2012, str. 150) navaja, da je treba čim prej izmeriti vitalne funkcije, pri pacientu pa je treba čim prej vzpostaviti intravensko pot za apliciranje zdravil ter ga monitorirati, še posebno pri aplikaciji adrenalina. Ker je anafilaksija nujno stanje, se tudi obravnava po protokolu ABCDE, ki velja za vsa nujna stanja. Tudi Novak Jankovič (2013, str. 27) opisuje podobno, ko navaja, da je za zdravljenje treba čim prej odstraniti alergen, po potrebi dovajati 100-odstotni kisik, pri srčnem zastoju pa se izvajajo postopki oživljanja. Še vedno pa se opaža, da je anafilaksija dostikrat neprepoznana in premalo intenzivno zdravljena (Vesel idr., 2017, str. 39).

Medicinska sestra je dolžna prepoznati vsako nujno stanje, ki bi morebiti ogrožalo pacienta. Nujno stanje predstavlja tudi anafilaksija, katere razplet je odvisen od strokovnosti medicinske sestre in zdravnika. Intervencije medicinske sestre se nanašajo na pravilno in hitro ukrepanje, kamor sodi čim hitrejša vzpostavitev intravenozne poti, še pred tem pa mora pacienta namestiti v pravilen položaj. Perko (2012, str. 156) pravi, da se vloga medicinske sestre nanaša na prepoznavo akutne reakcije. V primeru anafilaktične reakcije je medicinska sestra pacienta z anafilaksijo dolžna prepoznati in ob tem ustrezno ter hitro odreagirati. Njena naloga je, da prepozna simptome akutne reakcije, pravilno in hitro odreagira ter o tem obvesti zdravnika,

vzpostavi intravensko pot, nadzoruje vitalne funkcije ter ob odstopanjih opozori zdravnika, na koncu vse dokumentira. Obravnava takih pacientov vključuje veliko mero pozornosti medicinskega osebja, pa še dodaja Lukić Vraneš (2016, str. 162).

Glede na odgovore intervjuvancev v naši raziskavi lahko sklepamo, da bi medicinske sestre/zdravstveniki na delovnem mestu nujne medicinske pomoči v zdravstvenem domu preko anamneze in izraženih kliničnih znakov pri pacientu ustrezno prepoznali alergijsko reakcijo. Kot odgovor na drugo raziskovalno vprašanje, ki se glasi »Kakšno vlogo imajo medicinske sestre ob pojavu anafilaksije?«, lahko napišemo, da so sodelujoči v naši raziskavi ustrezno ravnali v primeru anafilaktične reakcije, kar potrjuje, da so učinkoviti pri prepoznavi anafilaksije in pri pravilnem ukrepanju ob anafilaksiji, njihovi odgovori pa kažejo na primerno znanje in njihovo strokovnost in usposobljenost pri obravnavi pacienta z anafilaktično reakcijo.

Pri tretjem raziskovalnem vprašanju »V kolikšni meri so medicinske sestre seznanjene s kompetencami pri aplikaciji nujnih zdravil ob pojavu anafilaksije?« smo ugotovili, da se vsi intervjuvanci zavedajo, da so kompetence za medicinske sestre/zdravstvenike točno določene. Pravijo: »DMS ima kompetence vezane na svojo izobrazbo, seveda lahko pacienta namesti v ustrezen položaj, kar pa se tiče aplikacije zdravil in tekočin, pa je to odločitev zdravnika.« in »Zaenkrat lahko DMS aplicira zdravila samo po naročilu zdravnika, samostojno ne smemo dajati nobenih zdravil, naj bi se pa to v prihodnosti spremenilo in bi lahko vsaj dipl. reševalci na terenu samostojno aplicirali adrenalin.« ter »Diplomirana medicinska sestra nima kompetenc za dajanje zdravil brez ustnega ali pisnega dovoljenja zdravnika.« To v svoji izjavi podpirata tudi Sabol in Remškar (2016, str. 60), ki pravita, da bi zdravstveni reševalci svoje delo lažje opravljali z več kompetencami. V novem Pravilniku o službi nujne medicinske pomoči je določeno, da diplomirani reševalec, ki ima opravljena ustrezna strokovna usposabljanja, ki so veljavna in jih dokazuje z ustreznimi certifikati, lahko samostojno uporabi nekatera nujna zdravila brez prisotnosti zdravnika, pri tem pa upošteva pravila za varno aplikacijo zdravil. To velja samo za diplomirane medicinske sestre, ki delujejo na področju nujne medicinske pomoči, medtem ko za ostale velja, da so za zdravila odgovorni zdravniki in jih lahko aplicirajo samo na podlagi njihove odobritve. Tudi Železnik (2011, str. 53) pravi, da ima medicinska sestra kompetence, da vzpostavi intravensko pot, ne sme pa brez navodil zdravnika aplicirati adrenalina. To lahko stori šele po ustnem potrdilu zdravnika. Če je potrebno, izvaja temeljne postopke oživljanja do prihoda nujne medicinske pomoči.

Vsi sodelujoči v raziskavi pa so potrdili, da bi aplicirali nujno zdravilo adrenalin kljub nenavzočnosti zdravnika. Dejstvo je, da se v vsakdanji praksi reševalci na terenu pa tudi patronažne medicinske sestre včasih soočajo s situacijami, ki ogrožajo življenje, a zdravnik ni navzoč, vendar kompetence določajo, da medicinske intervencije izvajajo na podlagi zdravnikovega naročila. Vprašani so odgovorili: »Če bi se znašel v situaciji, kjer bi prepoznal, da gre pri pacientu za anafilaktični šok, bi se najprej poskušal posvetovati z zdravnikom po telefonu, če to ne bi bilo mogoče, bi pacientu apliciral adrenalin intramuskularno, dodal kisik in pa bolus tekočin. Vsa ostala zdravila pa potem, ko bi bil zdravnik prisoten.« Trditve intervjuvancev o ravnanju pri anafilaktični reakciji v odsotnosti zdravnika sovpadajo z navedbo Košnika (2018, str. 73), ki v svojem članku pravi, da ob pojavu anafilaksije zdravilo adrenalin odloča med preživetjem in smrtjo. Zato sta pomembni čimprejšnja prepoznavna stanja in aplikacija adrenalina, saj se tako lahko anafilaksijo zaustavi.

Če povzamemo, bi vsi sodelujoči v raziskavi v situaciji, kjer bi pacient z anafilaktičnim šokom potreboval zdravilo adrenalin, zdravnik pa ne bi bil prisoten, presegli kompetence svojega delovanja in pacientu s prepoznano anafilaktično reakcijo aplicirali adrenalin, ker bi s tem rešili življenje, pri čemer dodajo, »da je to njihovo poslanstvo in etično načelo.«

5 Sklep

Alergije spadajo med kronične bolezni sodobnega sveta. Različni dejavniki, poleg genetike tudi predelana hrana, okolje, v katerem živimo, širjenje industrije in različni kozmetični izdelki, pripomorejo k širjenju alergij. Do alergične reakcije pride, ker se telo odzove s pretirano obrambno reakcijo na alergen. Medicinske sestre so običajno prve, ki se srečajo s pacientom z alergijo. Imeti morajo znanje o kliničnih simptomih in ukrepih pri alergijah, saj se pri vsakem posamezniku kažejo drugače. V naši raziskavi smo ugotovili, da imajo medicinske sestre ustrezno znanje za prepoznavo alergičnih reakcij in za prepoznavo anafilaksije. Učinkovito so seznanjene z zdravili, ki pa jih zaradi kompetenc same, brez navzočnosti zdravnika, žal ne smejo aplicirati, čeprav podaljševanje časa zaradi neaplikacije adrenalina pacientu ogroža zdravje. To se bo v prihodnje sicer spremenilo za reševalce na terenu, ki velikokrat intervenirajo brez zdravnika. Tako bodo lahko z ustreznimi izobraževanji samostojno aplicirali nujna zdravila. Kot se je izkazalo pri pacientih, ki trpijo za alergijami, velik del zdravljenja obsega informiranje. Vsaka beseda, vsaka zloženka ali napotek pripomore k temu, da se bo pacient bolje počutil, saj bo imel občutek, da dobro obvladuje svoje stanje. Svojo bolezen bo lažje in brez strahu sprejel ter se z njo soočal pri vsakdanjih opravilih.

LITERATURA

1. Čamernik, M. in Kučinič, I. (2010). Alergeni in sprožilci alergijskih dogajanj. *Slovenska pediatrija*, (17), 87–93.
2. Homšak, M. (2015). Rekombinantne alergenske determinante in test aktivacije bazofilcev kot metodi odkrivanja klinično pomembne alergije pri bolnikih senzibiliziranih za arašide (Doktorska disertacija). Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
3. Jus, A. (2013). Vloga medicinske sestre pri obravnavi redkih stanj. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2013: zbornik, 20. mednarodni simpozij o urgentni medicini* (str. 279–283). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
4. Kapš, P. (2014). Bolezni dihal in čebelji pridelki. Novo mesto: Grafika Tomi.
5. Košnik, M. (2014). Obravnava bolnikov med anafilaksijo: nove smernice. V S. Kadivec (ur.), *Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: zbornik predavanj: Program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege* (str. 105–107). Bled: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
6. Košnik, M. (2016). Astma, alergijski rinitis, aspirinska astma. V L. Prestor (ur.), *Astma in kronična obstruktivna pljučna bolezen: zbornik predavanj z recenzijo* (str. 85–92). Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
7. Košnik, M. (2018). Smernice za predpis avtoinjektorja. V K. Zihel (ur.), *16. Golniški simpozij: Zbornik predavanj* (str. 73–76). Bled: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
8. Košnik, M., Zidarn, M., Glavnik, V., Vesel, T., Avčič in Rotar Pavlič, D. (2015). Dogovor o obravnavi anafilaksije. Golnik: Alergološka in imunološka sekcija SZD.
9. Lukić Vraneš, A. (2016). Anafilaktični šok – prikaz primera. V D. Doberšek, R. Kočevar, A. Nunar Perko in K. Peternej (ur.), *Zbornik predavanj z recenzijo: Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika* (str. 162–169). Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
10. Mitrovič, S. (2012). Ravnanje z zdravili – nadzor, priprava in dajanje. V A. Kvas, G. Lokajner, P. Požun in Đ. Sima (ur.), *Predpisovanje zdravil – izziv medicinskim sestram za prihodnost?* (str. 59–68). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
11. Nahtigal, B. (2016). Nove smernice pri označevanju hranilne vrednosti in drugih lastnosti živil. V K. Godič Torkar, M. Jevšnik, A. Ovca, R. Pandel Mikuš in A. Zore (ur.), *Higiena živil in moderne prehranske prakse* (str. 1–11). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

12. Novak Jankovič, V. (2013). Alergijske reakcije na perianestetijske učinke. V R. Eržen in N. Bajrovič (ur.), Zbornik sestanka: Perioperativna anafilaksija (str. 21–31). Ljubljana: Alergološka in imunološka sekcija SZD, Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAIM).
13. Perko, K. (2012). Kožni testi. V L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo (str. 85–87). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
14. Prestor, J. (2012). Anafilaktična reakcija na terenu. V L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo (str. 147–154). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
15. Sabol, R. in Remškar, D. (2016). Vloga reševalca pri oživljanju na terenu in dodajanje zdravil. V J. Prestor (ur.), Znanja, veščine in kompetence reševalcev (str. 58–66). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.
16. Šimenc, J. (2014). Alergična družba. Ljubljana: Umco, d. d.
17. Štalc, B. (2014). Zdravstvena obravnava pacienta, ki potrebuje avtoinjektor adrenalina. V S. Kadivec (ur.), Zagotavljanje varnosti pri bolniku z obolenji pljuč: zbornik predavanj: Program za medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege (str. 109–114). Bled: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
18. Šuntar Erjavšek, A. in Skela Savič, B. (2012). Znanje je najboljša preventiva preprečevanja anafilaktičnih reakcij. V L. Prestor in M. Bratkovič (ur.), Zdravstvena nega pacienta z astmo in alergijo (str. 111–120). Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji.
19. Vesel, T., Avčin, T. in Košnik, M. (2017). Obravnava bolnika z anafilaksijo. V M. Košnik (ur.), Aktualne teme iz alergologije in klinične imunologije: zbornik sestanka (str. 39–44). Ljubljana: Alergološka in imunološka sekcija SZD, Združenje ortopedov SZD, Slovensko imunološko društvo, Združenje hematologov Slovenije.
20. Zidarn, M., Lučovnik, M., Jošt, M. in Novak, Ž. (2009). Vodenje urtikarije med nosečnostjo. V M. Košnik (ur.), Zbornik sestanka: Alergija, astma in nosečnost (str. 31–35). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
21. Zore, A. (2016). Pojavnost, vrste in zdravstveni vidiki alergij. V K. Godič Torkar, M. Jevšnik, A. Ovca, R. Pandel Mikuš in A. Zore (ur.), Higiena živil in moderne prehranske prakse: Zbornik predavanj (str. 11–19). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
22. Železnik, D. (2011). Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Pridobljeno, s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/aktivnosti_zdravstvene_nege_v_patronaznem_varstvu_0.pdf.

Vadba za krepitev mišic kolka in kolena pri osebah s patelofemoralno bolečino

KLJUČNE BESEDE: patelofemoralna bolečina, vadbeni programi, kolk, koleno

POVZETEK - Uvod: Patelofemoralna bolečina (PFB) je ena najpogostejših bolečin v predelu kolena. Zmanjšana jakost okoliških mišičnih skupin lahko povzroča lokalne biomehanske spremembe, ki prispevajo k razvoju PFB. Namen sistematičnega pregleda je bil primerjati učinke vadbenih programov za krepitev mišic kolka in kolena na zmanjšanje bolečine ter izboljšanje funkcije in jakosti pri osebah s PFB. Metode: Narejen je bil sistematičen pregled literature. Iskanje relevantnih člankov je potekalo septembra 2020 preko oddaljenega dostopa s pomočjo podatkovnih baz PubMed, CINAHL in PEDro. Rezultati: V sistematični pregled je bilo vključenih 21 raziskav, ki so izpolnjevale vnaprej določena merila. Ugotovljeno je bilo, da vadbeni programi, ki se osredotočajo na krepitev mišic kolka in kolena, najučinkoviteje zmanjšajo zaznavano bolečino, izboljšajo funkcijo ter povečajo jakost odmikalk in zunanjih rotatorjev kolka. Zaključek: Vadbeni programi, ki se osredotočajo na krepitev mišic kolka in kolena, učinkovito zmanjšajo bolečino, izboljšajo funkcijo in povečajo mišično jakost pri osebah s PFB. Izkazalo se je, da se jih varno vključi v primarno rehabilitacijo PFB.

KEYWORDS: patellofemoral pain, exercise programs, hip, knee

ABSTRACT - Introduction: Patellofemoral pain (PFP) is one of the most common pains in the knee area. Decreased strength of the surrounding muscle groups can cause local biomechanical changes, which in turn contribute to the development of PFP. The purpose of this systematic review is to compare the effects of exercise programs for hip and knee muscles on reducing pain, and improving function and muscle strength in individuals with PFP. Methods: A systematic review of the literature was performed. The search for relevant articles was conducted in September 2020 via remote access using PubMed, CINAHL and PEDro databases. Results: 21 studies met pre-defined criteria and were included in this systematic review. Exercise programs focusing on hip and knee muscles have been found to most effectively reduce the level of perceived pain, improve function and increase the strength of the hip abductors and external rotators. Conclusion: Exercise programs focusing on the hip and knee muscles effectively reduce pain, improve function and increase muscle strength in people with PFP, and can be safely included in the primary rehabilitation of PFP.

1 Uvod

Patelofemoralna bolečina (PFB) je opredeljena kot bolečina okoli pogačice, oziroma za ali pod njo. Pojavlja se med dejavnostmi, ki obremenjujejo patelofemoralni sklep (PFS), kot so počepi, tek, dolgotrajno sedenje, hoja po stopnicah ali poskoki (Crossley idr., 2016). To je ena najpogostejših bolečin v predelu kolena in spodnjih okončin z letno razširjenostjo 23 % pri splošni populaciji in 29 % pri mladostnikih (Smith idr., 2018). V preteklosti se vzrok za nastanek PFB iskal predvsem v zmanjšani jakosti sprednje stegenske mišice, saj lahko lokalno neravnovesje mišic v predelu kolena prispeva k povečani obremenitvi PFS (Nunes, Stapait, Kirsten, de Noronha in Santos, 2013). Čeprav etiologija še ni popolnoma razjasnjena, novejša študije v veliki meri temeljijo na predpostavki, da tako proksimalni kot distalni segmenti pomembno vplivajo na gibanje pogačice in s tem na PFB. Spremenjeno gibanje pogačice je

lahko posledica anatomskih, biomehanskih in vedenjskih dejavnikov, čeprav primarni dejavnik še vedno ni jasen (Powers, Witvrouw, Davis in Crossley, 2017). Zmanjšana jakost sprednje stegenske mišice (Khayambashi, Fallah, Movahedi, Bagwell in Powers, 2014), odmikalk in zunanjih obračalk kolka (Magalhães idr., 2010), mišic trupa (Witvrouw idr., 2014) ter mišic gležnja ali stopala (Mølgaard idr., 2018) prispeva k razvoju PFB. Kljub naraščajočemu številu raziskav, namenjenih ugotavljanju vzročno-posledične povezave med zgoraj omenjenimi dejavniki in PFB, še vedno ni jasno, ali je primanjkljaj jakosti vzrok ali posledica PFB. Predvideva se, da je zmanjšanje PFB po vadbenih programih za povečanje mišične jakosti proksimalnih in/ali distalnih segmentov neposredno povezano z izboljšanjem biomehanskih sprememb (Fukuda idr., 2012).

Glede na zgoraj omenjene primanjkljaje mišične jakosti sosednjih mišičnih skupin, ne preseneča veliko število vadbenih programov, ki se osredotočajo na krepitev mišic kolka in kolena. Kljub temu, še vedno ni jasno, kateri vadbeni pristop je najučinkovitejši za osebe s PFB. Tovrstna negotovost lahko povzroča zapoznele odzive na gibalno terapijo, saj se v praksi pogosto izvaja tradicionalna vadba izključno kolenskih mišic, ne glede na njeno dejansko učinkovitost. Predvideva se, da je osnovni razlog tej negotovosti združevanje različnih oblik vadbe v istem vadbenem programu (Yosmaoğlu idr., 2019). Posledično je otežena ugotovitev dejanskih učinkov izolirane oblike vadbe na določeno mišično skupino. Naslednja težava pri razlagi učinkovitosti različnih vadbenih programov je vpliv na iste mišične skupine z različnimi vrstami mišičnih kontrakcij, kar omejuje globlji vpogled v učinkovitost določene vrste krčenja (Fukuda idr., 2012). Nedavni sistematični pregled vadbenih programov za zmanjšanje PFB se je osredotočal na vadbo mišic kolka proti upor. Ugotovljeno je, da krepitev mišic kolka učinkovita pri izboljšanju bolečine in funkcije, vendar je opazna precejšnja nedoslednost študij glede izvedbe vadbenih programov in mer izida (Lack, Barton, Sohan, Crossley in Morrissey, 2015).

Namen tega sistematičnega pregleda je bil ovrednotiti učinke vadbenih programov za krepitev mišic kolka in kolena pri osebah s PFB. Vadbeni programi kolka in kolena so bili opredeljeni kot progresivna vadba, usmerjena v mišične skupine tako kolka kot kolena, medtem ko so bili vadbeni programi mišic kolka ali mišic kolena opredeljeni kot progresivna vadba, usmerjena v le eno od teh mišičnih skupin. Domnevali smo, da so vadbeni programi mišic kolka in kolena učinkoviti z vidika 1) zmanjšanja bolečine, 2) izboljšanja funkcije in 3) povečanja mišične jakosti pri osebah s PFB.

2 Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom in analizo strokovne in znanstvene literature. Sistematični pregled je bil izveden v skladu s PRISMA (angl. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) protokolom (Liberati idr., 2009). Iskanje relevantnih člankov je potekalo septembra 2020 z uporabo podatkovnih baz PubMed, PEDro in CINAHL. Pri iskanju literature je bila uporabljena naslednja kombinacija ključnih besed: *(*patell* OR anterior knee) AND (pain OR syndrome) AND ((hip OR proximal joint*) OR (torso OR back)) AND (movement OR function) AND (physioth* OR physical) AND therapy*. Uporabljenih je bilo več različnih kombinacij ključnih besed, vključno z, vendar ne omejeno na, *patellofemoral pain (syndrome), anterior knee pain, exercise therapy, exercise intervention, proximal rehabilitation*. Dodatno so bili pregledani sezname referenc člankov, ki so že bili

pridobljeni z iskanjem podatkovnih baz. Vsi potencialno relevantni članki so bili pridobljeni in pregledani v celotnem obsegu.

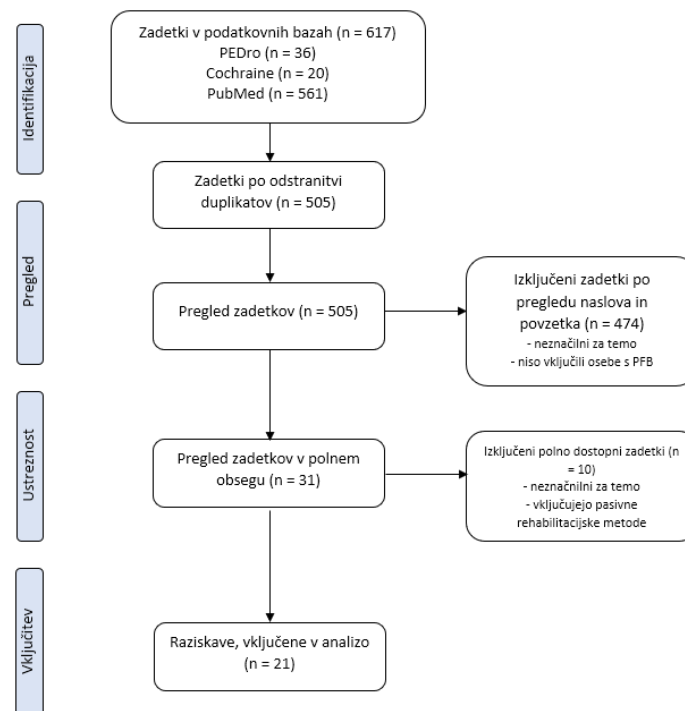
2.1 Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji so bili strukturirani skladno s PICOS protokolom (Methley, Campbell, Chew - Graham, McNally in Cheraghi - Sohi, 2014). Vključene so bile osebe s PFB brez omejitev glede spola, starosti ali ravni telesne aktivnosti. Vključene so bile študije, ki so raziskovale učinkovitost vadbenih programov za PFB s poudarkom na mišice kolka samostojno, ali v kombinaciji s progresivno vadbo za izboljšanje jakosti mišic kolena. Študije so bile vključene, v primeru, da so za merjenje izidov uporabile VAS (angl. Visual Analogue Scale), funkcionalne vprašalnike AKPS (angl. Anterior Knee Pain Scale) ali LEFS (angl. Lower Extremity Functional Scale), ali oceno maksimalne hotene izometrične kontrakcije mišic kolka in kolena. Nazadnje, vključeni so bili le randomizirani kontrolirani poskusi, ki so ocenjevali učinkovitost vadbenih programov za krepitev mišic kolka ali kolena in so vključili vsaj eno intervencijsko in eno kontrolno skupino. Izključene so bile študije, ki so se osredotočale na ostale patologije kolenskega sklepa, invazivne metode zdravljenja ali pasivne rehabilitacijske tehnike. Izključene so bile tudi študije, pri katerih ni bilo možno ugotoviti učinke posamezne vrste vadbe, saj so vključevale multimodalne vadbene programe.

3 Rezultati

Pregled sistematičnega iskanja in pregledovanja literature je prikazan na Sliki 1. V sistematični pregled je bilo vključenih 21 randomiziranih kontroliranih poskusov, ki so izpolnjevali vnaprej določena merila.

Slika 1: Diagram poteka pregleda literature po protokolu PRISMA.



Kakovost vključenih študije je ocenjena s PEDro lestvico. Povprečna ocena kakovosti študij je bila ocenjena kot »dobra« (6,43 ± 1,57). Nobena od vključenih študij ni bila dvojno slepa. Ena

študija je bila ocenjena kot »slaba«, saj je zadovoljila 3 elemente lestvice. Pet študij je doseglo oceno 4 ali 5, medtem ko je preostalih petnajst študij doseglo oceno od 6 do 8 in so ocenjene kot »dobre«. S tem iskalnim nizom niso najdene študije z »odlično« kakovostjo, ki bi na PEDro lestvici dosegle oceno 9 ali 10.

Skupno je v 21 vključenih raziskavah sodelovalo 1199 pacientov, od katerih je 283 bilo vključeno v vadbeni program za krepitev mišic kolka in kolena, 326 v vadbeni program za krepitev mišic kolena in 246 v vadbenih program za krepitev mišic kolka. Vključene so bile tudi študije, ki so dodatno izvajale vadbo jakosti mišic trupa (27 pacientov), funkcionalne stabilizacije (15 pacientov) ter somatosenzorno vadbo z dodatno vadbo za krepitev mišic kolka in kolena (46 pacientov). Najpogosteje so vadbeni programi trajali 6 tednov s 3-krat tedensko frekvenco izvajanja vadbenih vsebin. Osnovne značilnosti vadbenih programov so prikazane v tabeli 2.

Rezultati kažejo, da je v šestnajstih študijah bila uporabljena VAS za ocenjevanje intenzivnosti bolečine. Pokazalo se je, da je vadba za krepitev mišic kolka z ali brez pridružene vadbe za krepitev mišic kolena izraziteje vplivala na zmanjšanje zaznavane PFB v primerjavi samo z vadbo za krepitev mišic kolena. Osem študij je ocenjevalo funkcijo z AKPS, medtem ko sta dve ocenjevali funkcijo z LEFS vprašalnikom. Ugotovljeno je, da je vadba za krepitev mišic kolka in kolena učinkovitejša za povečanje funkcije v primerjavi z vadbo za krepitev le mišic kolena. Mišična jakost odmikalk in zunanjih obračalk kolka je bila poročana v štirinajstih študijah. Pokazalo se je, da niso razvidne značilne razlike jakosti mišic kolka med skupinami, ki so izvajale vadbo za krepitev le mišic kolka ali vadbo za krepitev mišic kolka in kolena.

Tabela 1: Osnovne značilnosti vadbenih programov. NP - ni poročano

<i>Avtorji</i>	<i>Število preiskovancev</i>	<i>Spol</i>	<i>Starost</i>	<i>Vrsta</i>	<i>Trajanje (tedni)</i>	<i>Frekvenca (x/teden)</i>
Hott idr. (2019)	N = 113	Oba spola	16–40	Vadba za krepitev mišic kolka ali kolena	6	3
Saad idr. (2018)	N = 40	Ženske	18–28	Vadba za krepitev mišic kolka, kolena ali vadba gibljivosti	8	2
Fukuda idr. (2012)	N = 54	Ženske	20–40	Vadba za krepitev mišic kolena ali kolena in kolena	4	3
Hott idr. (2020)	N = 113	Oba spola	16–40	Vadba za krepitev mišic kolka ali kolena	6	3
Ismail idr. (2013)	N = 32	Oba spola	18–30	Vadba za krepitev mišic kolena ali kolena in kolena	6	3
Nakagawa idr. (2008)	N = 14	Oba spola	17–40	Vadba za krepitev mišic kolena ali kolena in kolena	6	5
Dolak idr. (2011)	N = 33	Ženske	16–35	Vadba za krepitev mišic kolka ali kolena	8	3
Fukuda idr. (2010)	N = 60	Ženske	20–40	Vadba za krepitev mišic kolena ali kolena in kolena	4	3

Sahin idr. (2016)	N = 50	Ženske	20–45	Vadba za krepitev mišic kolena ali kolena in kolena	6	5
Ferber idr. (2015)	N = 199	Oba spola	NP	Vadba za krepitev mišic kolka ali kolena	6	3
Ferber idr. (2011)	N = 25	Oba spola	NP	Vadba za krepitev mišic kolka	3	7
Willy idr. (2011)	N = 20	Ženske	18–35	Vadba za krepitev mišic kolka	6	3
Khayambashi idr. (2014)	N = 36	Oba spola	NP	Vadba za krepitev mišic kolka ali kolena	8	3
Steinberg idr. (2019)	N = 64	Ženske	12–15	Vadba za krepitev mišic kolka in kolena ali senzomotorna vadba	12	3
Rabelo idr. (2018)	N = 34	Ženske	18–30	Vadba za krepitev mišic kolka in kolena ali senzomotorna vadba	4	3
De Baldon idr. (2014)	N = 31	Ženske	18–30	Vadba za krepitev mišic kolena ali funkcionalna stabilizacija	8	3
Chevidikunnan idr. (2016)	N = 20	Ženske	16v40	Vadba za krepitev mišic kolka, kolena in trupa	4	3
Van Linschoten idr. (2009)	N = 131	Oba spola	14–40	Vadba za krepitev mišic kolka in kolena	6	5
Khayambashi idr. (2012)	N = 28	Ženske	NP	Vadba za krepitev mišic kolka	8	3
Foroughi idr. (2019)	N = 33	Ženske	18–30	Vadba za krepitev mišic kolka, kolena in trupa	4	3
Avraham idr. (2007)	N = 30	Oba spola	NP	Vadba vzdržljivosti mišic kolena in kolka	3	2

4 Razprava

Osnovna ugotovitev tega sistematičnega pregleda je, da vadba za krepitev mišic kolka ali kolka in kolena izraziteje prispeva k lažšanju PFB v primerjavi z vadbo za krepitev izključno mišic kolena. Lahko sklepamo, da je vadba za krepitev mišic kolka s spremljajočo vadbo za krepitev mišic kolena najučinkovitejši pristop za zmanjšanje PFB. Dodatno je ugotovljeno, da so vadbeni programi za krepitev mišic kolka in kolena učinkovitejši od vadbenih programov za krepitev izključno mišic kolena v smislu izboljšanja funkcije ocenjene z orodji AKPS in LEFS. Nazadnje, po pregledu trenutno dostopne literature, niso razvidne razlike jakosti mišic kolka po

vadbenemu programu za krepitev mišic kolka in kolena v primerjavi z izključno vadbo za krepitev mišic kolka.

Pozitivni učinki na zmanjšanje bolečine, izboljšanje funkcije in mišične jakosti kot posledica vadbenih programov za krepitev mišic kolka in kolena pri PFB so bili že večkrat poročani v različnih raziskavah (Hott idr., 2019; Saad idr., 2018). Kljub temu, še vedno obstaja omejeno število sistematičnih pregledov literature na temo učinkovitosti vadbenih programov pri pacientih s PFB. Prejšnji sistematični pregledi so poleg vadbenih programov, preučevali učinek pasivnih rehabilitacijskih metod zdravljenja PFB ter so pokazale visoko variabilnost vadbenih programov glede načrta in izvedbe le-teh (Lack idr., 2015; Saltychev idr., 2018). V ta sistematični pregled so bili vključeni le randomizirani kontrolirani poskusi, ki so vrednotili učinke vadbenih programov in vključili vsaj eno intervencijsko in kontrolno skupino, z intervencijo ali brez nje.

Lahko sklepamo, da je vadbeni program za krepitev mišic kolka s spremljajočo vadbo za krepitev mišic kolena najučinkovitejši pristop za lajšanje bolečine, povečanje funkcije in jakosti mišic kolka pri pacientih s PFB. Kljub temu, veliko pacientov še vedno izvaja vadbene programe za krepitev izključno mišic kolena ter izkusi poslabšanje simptomov v zgodnji fazi rehabilitacije. Različne študije poudarjajo pomen vadbenih programov, ki združujejo krepitev mišic kolka in kolena zlasti v začetni fazi rehabilitacije, ko prekomerna obremenitev kolena lahko povzroča dodatne bolečine (Rathleff, Roos, Olesen in Rasmussen, 2012). Glede na to, da so lajšanje PFB in izboljšanje funkcije primarni cilji rehabilitacije pacientov, pomembno se je zavedati pozitivnih učinkov vadbenih programov za krepitev mišic kolka in kolena. Z namenom preprečevanja neželenih učinkov in hkratnega ohranjanja motivacije pacientov, potrebno je v vadbeni program vključiti vadbo za krepitev mišic kolka.

Pomembna omejitev tega sistematičnega pregleda je omejeno število primerljivih študij, zlasti glede zasnove vadbenih programov. Primerjave med različnimi vadbenimi programi so bile zato omejene, ter so potrebne nadaljnje študije, ki bi ugotovile najučinkovitejšo obliko vadbe. Nazadnje, metodološka kakovost študij je bila ocenjena s pomočjo PEDro lestvice. Ugotovljeno je, da nobena od vključenih študij ni bila dvojno slepa. Ti rezultati, v skladu s prejšnjimi sistematičnimi pregledi (Lack idr., 2015), poudarjajo potrebo po visoko kakovostnih intervencijskih študij pri pacientih s PFB.

5 Sklep

Ta sistematični pregled se je osredotočal na učinke različnih vadbenih programov na lajšanje bolečine, izboljšanje funkcije in jakosti mišic kolka in kolena pri pacientih s PFB. Ugotovljeno je bilo, da vadbeni programi za krepitev mišic kolka in kolena najučinkoviteje zmanjšajo PFB, izboljšajo funkcijo ter povečajo jakost odmikalk in zunanjih obračalk kolka. Za povečanje klinične uporabnosti so potrebne nadaljnje študije, ki bodo jasno opredelile ključne značilnosti vadbenih programov in ocenile morebitne dolgoročne učinke. Ne glede na to, bi morala biti vadbe za krepitev mišic kolka in kolena sestavni del primarne in sekundarne rehabilitacije pacientov s PFB.

LITERATURA

1. Crossley, K. M., Stefanik, J. J., Selfe, J., Collins, N. J., Davis, I. S., Powers, C. M., ... Callaghan, M. J. (2016). 2016 Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat, Manchester. Part 1: Terminology, definitions, clinical examination, natural history, patellofemoral osteoarthritis and patient-reported outcome m. *British Journal of Sports Medicine*, 50 (14), 839–843. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096384>
2. Fukuda, T. Y., Melo, W. P., Zaffalon, B. M., Rossetto, F. M., Magalhães, E., Bryk, F. F. in Martin, R. L. (2012). Hip posterolateral musculature strengthening in sedentary women with patellofemoral pain syndrome: A randomized controlled clinical trial with 1-year follow-up. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 42 (10), 823–830. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.4184>
3. Hott, A., Brox, J. I., Pripp, A. H., Juel, N. G., Paulsen, G. in Liavaag, S. (2019). Effectiveness of Isolated Hip Exercise, Knee Exercise, or Free Physical Activity for Patellofemoral Pain: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Sports Medicine*, 47 (6), 1312–1322. <https://doi.org/10.1177/0363546519830644>
4. Khayambashi, K., Fallah, A., Movahedi, A., Bagwell, J. in Powers, C. (2014). Posterolateral hip muscle strengthening versus quadriceps strengthening for patellofemoral pain: A comparative control trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95 (5), 900–907. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.12.022>
5. Lack, S., Barton, C., Sohan, O., Crossley, K. in Morrissey, D. (2015). Proximal muscle rehabilitation is effective for patellofemoral pain : a systematic review with, 1–13. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094723>
6. Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339 (jul21 1), b2700–b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
7. Magalhães, E., Fukuda, T. Y., Sacramento, S. N., Forgas, A., Cohen, M. in Abdalla, R. J. (2010). A comparison of hip strength between sedentary females with and without patellofemoral pain syndrome. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 40 (10), 641–647. <https://doi.org/10.2519/jospt.2010.3120>
8. Methley, A. M., Campbell, S., Chew - Graham, C., McNally, R. in Cheraghi - Sohi, S. (2014, december 21). PICO, PICOS and SPIDER: A comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Services Research*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0>
9. Mølgaard, C. M., Rathleff, M. S., Andreassen, J., Christensen, M., Lundbye - Christensen, S., Simonsen, O. in Kaalund, S. (2018). Foot exercises and foot orthoses are more effective than knee focused exercises in individuals with patellofemoral pain. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21 (1), 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.05.019>
10. Nunes, G. S., Stapait, E. L., Kirsten, M. H., de Noronha, M. in Santos, G. M. (2013, februar). Clinical test for diagnosis of patellofemoral pain syndrome: Systematic review with meta-analysis. *Physical Therapy in Sport*. *Phys Ther Sport*. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2012.11.003>
11. Powers, C. M., Witvrouw, E., Davis, I. S. in Crossley, K. M. (2017). Evidence-based framework for a pathomechanical model of patellofemoral pain : 2017 patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat , Manchester , UK : part 3, 1713–1723. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098717>
12. Rathleff, M. S., Roos, E. M., Olesen, J. L. in Rasmussen, S. (2012). Early intervention for adolescents with Patellofemoral Pain Syndrome - a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders (Let. 13)*. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-9>
13. Saad, M. C., Vasconcelos, R. A. de, Mancinelli, L. V. de O., Munno, M. S. de B., Liporaci, R. F. in Grossi, D. B. (2018). Is hip strengthening the best treatment option for females with patellofemoral pain? A randomized controlled trial of three different types of exercises. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22 (5), 408–416. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.03.009>
14. Saltychev, M., Dutton, R. A., Laimi, K., Beaupre, G. S., Virolainen, P. in Fredericson, M. (2018). Effectiveness of conservative treatment for patellofemoral pain syndrome: A systematic review and

- meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50 (5), 393–401. <https://doi.org/10.2340/16501977-2295>
15. Smith, B. E., Selfe, J., Thacker, D., Hendrick, P., Bateman, M., Moffatt, F., ... Logan, P. (2018). Incidence and prevalence of patellofemoral pain: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13 (1), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190892>
16. Witvrouw, E., Callaghan, M. J., Stefanik, J. J., Noehren, B., Bazett - Jones, D. M., Willson, J. D., ... Crossley, K. M. (2014). Patellofemoral pain: Consensus statement from the 3rd International Patellofemoral Pain Research Retreat held in Vancouver, September 2013. *British Journal of Sports Medicine*, 48 (6), 411–414. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093450>
17. Yosmaoğlu, H., Sonmezer, E., Ozkoslu, M., Sahin, E., Çerezci, S., Richards, J., ... Janssen, J. (2019). Targeted Treatment Protocol in Patellofemoral Pain (TIPPs): Does Treatment Designed According to Subgroups Improve Clinical Outcomes in Patients Unresponsive to Multimodal Treatment? *Sports Health*, 10 (115), 1–11. <https://doi.org/10.1177/1941738119883272>

Mišično-kostne težave fizioterapevtov v zdravstvenih ustanovah na terciarni ravni

KLJUČNE BESEDE: mišično-kostne težave pri delu, fizioterapevti, razširjenost, Slovenija

POVZETEK - Uvod: Enoletna razširjenost mišično-kostnih težav zaradi dela (MKTD) med fizioterapevti znaša od 28-96 %. Največ težav se pojavlja v spodnjem delu hrbta. Namen raziskave je bil ugotoviti razširjenost MKTD na vzorcu fizioterapevtov iz Slovenije, zaposlenih na terciarni ravni. Cilj je bil prispevati k razvoju učinkovitih preventivnih in nadzornih strategij. Metode dela: Na vzorcu 102 zaposlenih fizioterapevtov je bil za pridobivanje podatkov uporabljen Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik. Podatki so bili predstavljeni z opisno statistiko. Ugotavljanje povezanosti je bilo opravljeno s Spearmanovim koeficientom korelacije ($p \leq 0,05$). Rezultati: Ugotovljena je bila 92,2 % enoletna razširjenost MKTD, največja v področju vratu (64 %) in spodnjega dela hrbta (63 %). Kot dejavnik tveganja za MKTD pri fizioterapevtih so se izkazali višja starost, daljša delovna doba in število obravnavanih pacientov. Razprava: Razširjenost MKTD na tem vzorcu je bila med večjimi v primerjavi z ostalimi evropskimi državami, kljub verjetno podobnim delovnim pogojem. Velika razširjenost nakazuje na potrebe po boljšem preprečevanju in ukrepanju pri MKTD.

KEYWORDS: musculoskeletal disorder, physical therapist, prevalence, Slovenia

ABSTRACT - Introduction: Among physiotherapists one-year prevalence of work related musculo-skeletal disorders (WMSD) ranges from 28 to 96%. Most problems occur in the lower back. The aim of this study was to determine the prevalence of WMSD on a sample of physiotherapists from Slovenia, working in tertiary level and to contribute to the development of effective prevention and control strategies. Methods: The Extended Nordic musculoskeletal questionnaire was used to obtain data from a sample of 102 physiotherapists. Data were presented with descriptive statistics and determination of correlation was performed with the Spearman's rank correlation coefficient ($p \leq 0.05$). Results: The one-year prevalence of WMSD was 92.2%, and was highest in the neck (64%) and lower back (63%). Higher age, more years of practice and number of patients were identified as risk factors for WMSD in physiotherapists. Conclusion: The prevalence of WMSD found in our study sample was among the highest compared to other countries, despite probably having similar working conditions as elsewhere in Europe. Relatively high prevalence is indicating the need for better interventions and prevention of WMSD in Slovenian physiotherapists.

1 Mišično-kostne težave povezane z delom

MKTD predstavljajo velik zdravstveni problem za družbo, saj imajo zaradi odsotnosti z dela, zmanjšane produktivnosti, nezmožnosti in obsežnejše zdravstvene oskrbe, vpliv na kakovost življenja in večji strošek za delodajalca, delojemalca in zdravstveni sistem. Gauthy, Vrbinc, Vrbinc, Sapir in Bohm (2007, str. 12) so opredelili mišično-kostne težave povezane z delom (MKTD) kot »vsako težavo mišično-kostnega sistema, ki se pojavi pri delu in povzroča neudobje, težave ali bolečine pri opravljanju dela«. Evropska raziskava iz leta 2015 poroča, da je imelo 58 % evropskih delavcev mišično-kostne težave (MKT) v zadnjih 12 mesecih (Kok idr., 2019, str. 5). Razširjenost MKT pri splošni populaciji se razlikuje med posameznimi državami, poklicnimi skupinami in socio-demografskimi dejavniki. Kok idr. (2019) so ugotovili rahlo višjo razširjenost MKT v Sloveniji (62 %) od povprečja (str. 7).

MKTD so patološke poškodbe kosti, vezi, hrustanca, sklepov, mišic, živcev, hrbtenjače in žilnega sistema. Zraven spadajo tudi različna vnetja ali degenerativne bolezni (Prall in Ross, 2019, str. 193). Po izjavah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) so lahko MKTD akutne ali kronične in so lahko posledica posameznih (ali kombinacije) dejavnikov (Prall in Ross, 2019, str. 193). Oakman, Macdonald in Wells (2014, str. 1635) so razdelili dejavnike tveganja na individualne dejavnike (spol, starost, ITM ipd.), učinke znotraj osebe (psihološki distress) in dejavnike mesta zaposlitve. Dejavniki mesta zaposlitve se ločijo še na telesne (biomehanske) obremenitve, organizacijske dejavnike in psihosocialni okvir.

1.1 MKTD pri zdravstvenih delavcih

Zdravstveni delavci so pri svojem delu izpostavljeni tveganjem in nevarnostim povezanim z večjo možnostjo nastanka MKTD in doživijo več delovnih zdravstvenih težav, kot katera koli druga poklicna skupina (Oakman idr., 2014, str. 1634). Pojavnost MKTD je posebno visoka pri tistih zdravstvenih delavcih, ki opravljajo ročno delo ali premeščanja pacientov (Chung idr., 2013, str. 1). Kot dejavnik tveganja so bili ugotovljeni mesto zaposlitve, kjer sta akutna oskrba in rehabilitacijski centri spoznana kot dejavnik tveganja ter telesne (biomehanske) obremenitve, kot so delo v nenavadnih položajih, delo v istem položaju, sklanjanje in sukanje, prestavljanje pacientov, dvigovanje, vibracije, izvajanje ponavljajočih gibov; ter psihosocialni dejavniki kot so veliko število pacientov, dolg delovni čas (10 ur in več) in pomanjkanje odmorov (Oakman idr., 2014, str. 1634; Chung idr., 2013, str. 1; Anderson in Oakman, 2016, str. 259).

1.2 MKTD pri fizioterapevtih

Čeprav imajo fizioterapevti strokovno znanje o mišično-kostnih poškodbah in preprečevalnih strategijah, poročajo o visoki razširjenosti MKTD pri svojem strokovnem delu (Nordin, Leonard in Thye, 2011, str. 373). Narava dela fizioterapevtov je telesno zahtevna, saj vključuje izvajanje ponavljajočih gibov, različne ročne tehnike, delo v nenavadnih položajih sklepov in delo v istih položajih. Večja izpostavljenost fizioterapevtov MKTD je povezana tudi z velikimi telesnimi obremenitvami in psihosocialnimi nevarnostmi kot so časovni pritisk ali omejeni samonadzor (Anderson in Oakman, 2016, str. 259). Enoletna razširjenost MKTD pri fizioterapevtih niha od 28-96 %, z najpogostejšimi težavami v področju spodnjega dela hrbta. Za področje spodnjega dela hrbta je razpon enoletne razširjenosti od 6,6-83 %, večinoma zaradi ponavljajočega dvigovanja premeščanja, sklanjanja in sukanja ali daljše stoje (Anderson in Oakman, 2016, str. 263).

Možen individualni dejavnik tveganja za nastanek MKTD je starost, kjer so po izsledkih nekaterih raziskav mlajši dovzetnejši za razvoj MKTD (Anderson in Oakman, 2016, str. 265; Cromie, Robertson in Best, 2000, str. 341; Alrowayeh idr., 2010, str. 2; Glover, McGregor, Sullivan in Hague, 2005, str. 145). Rugelj (2003, str. 636) po drugi strani poroča o večji razširjenosti bolečine v spodnjem delu hrbta pri starejših posebno pri ženskah zaradi kumulativnega efekta, ki ga opisuje tudi Cromie idr. (2000, str. 348) in Bork idr. (1996, str. 828). Mlajši bi naj bili najdovzetnejši za najhujše poškodbe v prvih 5-ih letih opravljanja dela, predvsem zaradi neizkušenosti pri opravljanju ročnega dela in odpora do iskanja pomoči sodelavcev (Glover idr., 2005, 145; Anyfantis in Biska, 2018, str. 316). Fizioterapevti, ki obravnavajo večje število pacientov, imajo več možnosti za pojav MKTD (Cromie idr., 2000, 343). Veliko fizioterapevtov (84,2 %), ki so razvili MKTD nadaljujejo z opravljanjem dela z nelagodjem in bolečino in ne poročajo težav nadrejenemu (Anderson in Oakman, 2016, str. 260; Cromie idr., 2000, str. 345).

Naša raziskava je bile zasnovana, ker je področje o razširjenosti MKTD med fizioterapevti v Sloveniji pomanjkljivo raziskano. Namen je bil ugotoviti razširjenost MKTD za posamezna

telesna področja ter ugotoviti povezanost med MKTD in demografskimi/ antropometričnimi spremenljivkami ter telesno dejavnostjo.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Presečna prospektivna raziskava je vključevala fizioterapevte z dveh najpomembnejših državnih rehabilitacijskih ustanov, Inštituta za medicinsko rehabilitacijo (IMR) Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta Republike Slovenije – Soča (URI-Soča). Za pridobivanje podatkov je bil uporabljen Razširjeni nordijski mišično-kostni vprašalnik (angl. Extended Nordic Musculoskeletal Questionnaire), ki je bil preveden in prilagojen v slovenščino (Šbul, Jakovljević in Levec, 2016, str. 5) po priporočilih Beaton, Bombardier, Guillemin in Ferraz (2000, str. 3186). Neobjavljena raziskava je potrdila zanesljivost in veljavnost vprašalnika, kot v drugih raziskavah (Alaca, Safran, Karamanlargil in Timucin, 2019, str. 472; Kahraman, Genc in Göz, 2015, str. 2153). Vprašalnik izpolni preiskovanec sam brez potrebe po nadzoru.

2.2 Opis instrumenta

Vprašalnik preiskuje »težave«, ki so definirane kot »bolečina ali neudobje« v 9 področjih telesa. Sestavlja ga 11 vprašanj o vsakem področju, kar je skupaj 99 pridobljenih podatkov. Vprašani odgovarja z »da« ali »ne«, razen pri vprašanju »pri kateri starosti so se pojavile težave«. (Dawson, Steele, Hodges in Stewart, 2009, str. 518). Telesno dejavnost preiskovancev smo preiskovali z vprašalnikom Testiranje telesne pripravljenosti odraslih oseb, Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki temelji na evropskih smernicah o telesni dejavnosti. Sestavljajo ga 4 vprašanja o telesni dejavnosti v običajnem tednu (Jakovljević, Knific in Petrič, 2017, str. 42). V vprašalniku so podane možnosti od »nikoli« do »7-krat na teden« za aerobno telesno dejavnost (zmerno in visoko intenzivno telesno dejavnost) in od »nikoli« do »2-krat na teden ali več« za izvajanje vaj za krepitev in ravnotežne/raztezne vaje. Skupna telesna dejavnost je izračunana po Jakovljević idr. (2017, str. 42), kjer je skupna telesna dejavnost enaka vsoti števila zmerno intenzivne telesne dejavnosti in dvakratniku visoko intenzivne telesne dejavnosti. Pridobili smo tudi antropološke in demografske podatke preiskovancev.

2.3 Opis vzorca

Razdeljenih je bilo 111 vprašalnikov, od tega je bilo 102 pravilno izpolnjenih in vključenih v statistično analizo. Vključitveni kriteriji so bili delovna doba kot fizioterapevt vsaj 6 mesecev in izpolnjena izjava o prostovoljni privolitvi za sodelovanje v raziskavi. Izključitveni kriteriji so bili opravljanje dela fizioterapevta manj kot 6 mesecev, nepravilno izpolnjen vprašalnik in pomanjkanje izjave o prostovoljnem sodelovanju.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Vprašalnik in potek dela je bil predstavljen preiskovancem v dveh ustanovah, IMR in URI-Soča. Vsak preiskovanec je vprašalnik izpolnil sam. Po enem tednu (junij 2019) so bili vprašalniki vrnjeni raziskovalcem. Rezultati so predstavljeni z opisno statistiko (povprečje, standardni odklon, razpon). Razlike med spremenljivkami in MKTD so bile merjene s Spearmanovim koeficientom korelacije za neparametrične spremenljivke s programom MedCalc Statistical Software version 14.12.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2014) pri statistično pomembni razliki $p \leq 0.05$.

3 Rezultati

Vzorec je bil sestavljen iz 102 fizioterapevtov, od tega je bilo 84 žensk (81 %) in 20 moških (19 %). Povprečna starost udeležencev je bila 38,4 (10,3) let v razponu od 23 do 60 let. Povprečna starost moških je bila 36,5 (8,3) let in žensk 39,2 (10,6) let ($p = 0,224$). Indeks telesne mase na tem vzorcu je znašal od 17,7 kg/m² do 44,9 kg/m², s povprečjem 22,8 (4,0) kg/m². Povprečje delovne dobe na našem vzorcu je bilo 14,2 (11,1) let in z razponom od 0,5 do 40 let. 54 % udeležencev je bilo zaposlenih v URI - Soča, 46 % v Inštitutu za medicinsko rehabilitacijo Ljubljana. Od vseh so trije (2,9 %) opravljali dodatno delo v zasebni praksi. Nezadostno telesno dejavnih je bilo 10,8 % preiskovancev, 22,5 % jih je bilo mejno in največ, 66,7 % zadostno telesno dejavnih.

3.1 Razširjenost mišično-kostnih težav povezanih z delom

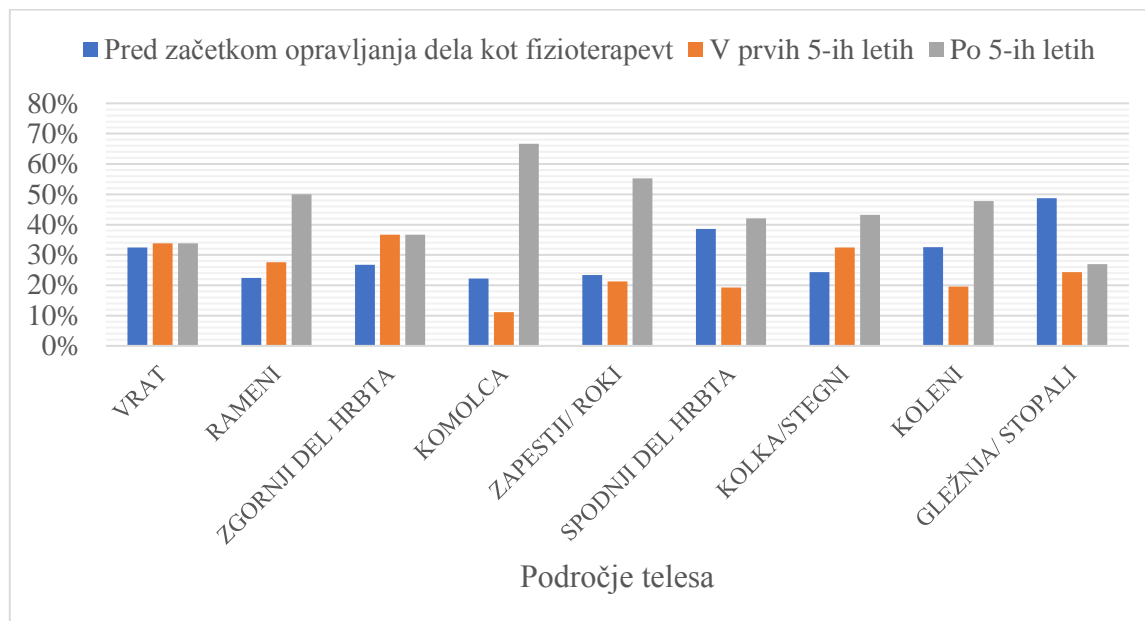
Življenjska razširjenost je bila 99 %, kar pomeni, da na vzorcu zgolj eden ni doživel bolečine ali neudobja v kateremkoli telesnem področju. Življenjska razširjenost bolečine ali neudobja v posameznih področjih je bila največja v področju spodnjega dela hrbta in vratu, najmanjša pa v področju kolkov/stegen, gležnjev/stopal in komolcev (*tabela 1*). Enoletna razširjenost bolečine v katerem koli področju na tem vzorcu je bila 92,2 %, kar pomeni, da je imelo 94 preiskovancev v zadnjem letu bolečino ali neudobje v vsaj enem področju telesa. Enoletna razširjenost bolečine v posameznih področjih je bila na tem vzorcu največja v področju vratu in spodnjega dela hrbta, najmanjša pa v področju komolcev in gležnjev/stopal (*tabela 1*).

Tabela 1: Razširjenost bolečine ali neudobja glede na področje

Področje	Kadarkoli v življenju		V zadnjih 12 mesecih	
	Število	Delež (%)	Število	Delež (%)
Vrat	81	79	64	63
Rameni	59	58	34	33
Zgornji del hrbta	59	58	44	43
Komolca	18	18	8	8
Zapestji/roki	47	46	29	28
Spodnji del hrbta	88	86	63	62
Kolka/stegni	37	36	24	24
Koleni	45	44	25	25
Gležnja/stopali	37	36	15	15

Pred začetkom fizioterapevtske kariere so se najpogosteje prvič pojavile težave v gležnjih/stopalih, spodnjem delu hrbta in vratu, v prvih petih letih fizioterapevtske kariere v zgornjem delu hrbta, vratu in kolkih/stegnih (slika 1). Po petih letih opravljanja fizioterapevtskega dela, so se prvič najpogosteje pojavile bolečine in nelagodje v komolcih, zapestjih/rokah in ramenih (slika 1). Prve težave so se v povprečju pojavile največkrat po petih letih opravljanja dela fizioterapevta (44,7 %), najmanj pa v prvih petih letih opravljanja poklica (25,1 %) (slika 1). Razlika je bila statistično pomembna ($p = 0,017$), in sicer med pojavnostjo prvih bolečin in nelagodnosti v prvih petih letih in po petih letih ($p = 0,039$).

Slika 1: Pojavnost prvih mišično-kostnih težav povezanih z delom glede na poklicno delovno dobo



3.2 Posledice mišično-kostnih težav povezanih z delom

Zaradi MKTD je imelo 53,9 % preiskovancev težave pri opravljanju običajnih opravil. Največ jih je imelo težave zaradi bolečin ali neudobja v spodnjem delu hrbta (26 %). Zdravnika, kiropraktika, fizioterapevta ali drugega strokovnjaka je kot posledico MKTD obiskalo 41,2 % preiskovancev, največ zaradi težav spodnjega dela hrbta (21 %). 26,5 % preiskovancev je zaradi težav v zadnjem letu poseglo po zdravlilih in 8,8 % vseh preiskovancev je bilo zaradi težav odsotnih z dela ali študija. Večina preiskovancev (83,3 %) je opravljal delo kljub bolečini ali neudobju brez poročanja poškodbe nadrejenemu.

3.3 Povezanost mišično-kostnih težav povezanih z delom in opazovanimi spremenljivkami

Na našem vzorcu je bila ugotovljena statistično pomembna povezanost med MKTD in višjo starostjo za področje ramen ($p = 0,005$) in stopal/gležnjev ($p = 0,006$). Za daljšo delovno dobo se je prav tako ugotovila statistično pomembna povezanost za področje ramen ($p = 0,010$) in stopal/gležnjev ($p = 0,010$). Statistično pomembna povezanost se je ugotovila med večjim številom obravnavanih pacientov in bolečino ali neudobjem za področje vratu ($p = 0,003$) in za več področij ($p = 0,003$). Pri izvajanju krepilnih vaj se je izkazala statistično pomembna povezanost med izvajanjem vaj in manjšo razširjenostjo težav v področju kolen v zadnjem letu ($p = 0,025$). Pri ostalih opazovanih spremenljivkah (spol, ITM, delovno mesto, zadovoljstvo in telesno dejavnost) ni bilo ugotovljene statistično pomembne povezanosti z MKTD.

4 Razprava

Namen naše raziskave je bil ugotoviti pojavnost MKTD pri fizioterapevtih v Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni javnega zdravstva. Po podatkih je bila to prva raziskava opravljena z Razširjenim nordijskim mišično-kostnim vprašalnikom na vzorcu fizioterapevtov. Vsi preiskovanci so bili zaposleni na rehabilitacijskih oddelkih, kar se je po izsledkih pregleda literature (Anderson in Oakman, 2016, str. 265) izkazalo za dejavnik tveganja MKTD. Skoraj

vsi vključeni fizioterapevti v analizi so imeli visoko enoletno in življenjsko razširjenost MKTD. V primerjavi z drugimi raziskavami, kjer je enoletna razširjenost od 28 % do 96 % (Anderson in Oakman, 2016, str. 262), je ugotovljena razširjenost med večjimi. Možnih razlogov za ugotovljeno veliko razširjenost MKTD na vzorcu je lahko več. Eden je uporaba vprašalnika in njegov prevod »bolečina ali neudobje«, kjer je lahko predvsem »neudobje« subjektivno široko razumljeno, čeprav so preiskovanci poročali o razumljivosti in uporabnosti vprašalnika (Dawson idr., 2009, str. 518). Podobno je bilo ugotovljeno pri uporabi vprašalnika v drugih državah.

Starost se je na našem vzorcu pokazala kot dejavnik tveganja, saj so tisti z višjo starostjo imeli v zadnjem letu težave v več telesnih področjih. Na vzorcu je bila ugotovljena večja razširjenost bolečine ali neudobja pri tistih z višjo starostjo v področju ramen in gležnjev/stopal. To bi se lahko pojasnilo s staranjem povezanimi osteodegenerativnimi spremembami mišično-kostnega sistema.

Avtorji več raziskav so ugotovili večjo pojavnost težav pri mlajših fizioterapevtih v prvih 5 letih zaposlitve, česar na našem vzorcu nismo ugotovili. Mlajši in manj izkušeni so lahko imeli večjo razširjenost, ker so bili žrtve MKTD zaradi nepravilnega rokovanja ali neprimernosti obravnavanih tehnik. To ni bilo opaženo na našem vzorcu (Slika 1), kar lahko razumemo kot dobro pripravo mladih fizioterapevtov na delovno mesto v teku študija in pripravništva. Ugotovitve povezanosti MKTD in spola so deljene. Nekateri avtorji navajajo večjo dovzetnost žensk za nastanek težav v nekaterih področjih, medtem ko drugi izsledki raziskav kažejo o večji dovzetnosti moških oziroma niso ugotovili povezanosti kot je bilo ugotovljeno tudi v naši raziskavi. Preveliko število obravnavanih pacientov dnevno je bilo ugotovljeno kot dejavnik tveganja (Anderson in Oakman, 2016, str. 265) in se je izkazalo za dejavnik tveganja tudi na preiskovanem vzorcu. Ugotovljena je bila povezanost števila obravnavanih pacientov s MKTD v zadnjem letu v področju vratu in število več področij s težavami. Dokazov o učinku redne telesne dejavnosti na razširjenost MKTD ni veliko, še posebej ne pri skupini fizioterapevtov. Redna telesna dejavnost bi naj imela preprečevalni učinek na težave v vratu in ramenih (van den Heuvel, Heinrich, Jans, van der Beek in Bongers, 2005, str. 260). Kljub vsemu so lahko prav telesna dejavnost in vaje izvor mišično-kostnih težav (Brukner, Crossley, Morris, Bartold in Elliott, 2006, str. 188). Na našem vzorcu nismo ugotovili statistično pomembnih povezanosti med telesno dejavnostjo in MKTD.

Na našem vzorcu 53,9 % fizioterapevtov ni moglo izvajati vsakodnevnih in prostočasnih dejavnosti zaradi MKTD, v največji meri so posameznikom predstavljale težave gležnjev/stopal in kolen. Veliko se jih je odločilo za iskanje pomoči pri kolegih fizioterapevtih (Anderson in Oakman, 2016, str. 265; Iqbal in Alghadir, 2015, str. 465; Chung idr., 2013, str. 57; Cromie idr., 2000, str. 345). Pri pregledu literature Anderson in Oakman (2016, str. 265) opozarjata na možne razloge za slabo poročanje bolečin ali neudobja fizioterapevtov nadrejenemu. Veliko fizioterapevtov ne poroča MKTD, kajti dojemanje poškodb je takšno, da zaradi MKTD ne morejo izpolniti pričakovanih zahtev. Hkrati je mogoče, da fizioterapevti podcenjujejo stanje resnosti poškodbe in mislijo, da bodo rešili zadevo sami, preden se posvetujejo z zdravnikom ali nadrejenim. Zdi se, da je prezentizem ena od večjih težav preiskovanih fizioterapevtov, saj jih je večina opravljalo delo kljub bolečini ali neudobju brez poročanja poškodbe nadrejenemu ali osebnemu zdravniku. O prezentizmu govorimo takrat, ko zaposleni opravlja svoje delo, kljub bolezni ali poškodbi (Zakrzewska, 2014, str. 77). Presentizem fizioterapevtov je povezan z zmanjšanjem njihove produktivnosti in kakovosti dela (Loeppke idr., 2003, str. 351), kar je lahko zaskrbljujoče ne samo z vidika delodajalca ampak tudi z vidika prejemnikov fizioterapevtskih storitev.

5 Sklep

Zaključek raziskave kaže na večjo razširjenost MKTD med fizioterapevti v Sloveniji v primerjavi z ostalimi državami, kar kliče po potrebah za bolj učinkovite intervencije pri zmanjševanju mišično-kostnih težav, kot so izobraževanja, izpopolnjevanja o ergonomskih tehnikah, uvedba »no-lift policy« in posameznikova skrb za svoje zdravje. Za nadaljnje raziskave bi bilo dobro preiskovati preventivne programe za zmanjšanje MKTD pri fizioterapevtih. Pri obravnavi celotne populacije slovenskih fizioterapevtov je potrebno pridobiti podatke na vzorcu fizioterapevtov zaposlenih na vseh ravneh zdravstvene oskrbe.

LITERATURA

1. Alaca, N., Safran, E. E., Karamanlargil, A. İ. in Timucin, E. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of the extended version of the Nordic musculoskeletal questionnaire into Turkish. *J Musculoskelet Neuronal Interact.*, 19 (4), 472–481.
2. Alghadir, A., Zafar, H., Iqbal, Z. A. in Al-Eisa, E. (2017). Work-Related Low Back Pain Among Physical Therapists in Riyadh, Saudi Arabia. *Workplace Health Saf.*, 65 (8), 337–345.
3. Alrowayeh, H. N., Alshatti, T. A., Aljadi, S. H., Fares, M., Alshamire, M. M. in Alwazan, S. S. (2010). Prevalence, characteristics, and impacts of work-related musculoskeletal disorders: a survey among physical therapists in the State of Kuwait. *BMC Musculoskelet Disord.*, 11, 116.
4. Anderson, S. P. in Oakman, J. (2016). Allied Health Professionals and Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *Saf Health Work.*, 7 (4), 259–267.
5. Anyfantis, I. D. in Biska, A. (2018). Musculoskeletal Disorders Among Greek Physiotherapists: Traditional and Emerging Risk Factors. *Saf Health Work.*, 9 (3), 314–318.
6. Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. in Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186–3191.
7. Bork, B. E., Cook, T. M., Rosecrance, J. C., Engelhardt, K. A., Thomason, M. J., Wauford, I. J. idr. (1996). Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists. *Phys Ther.*, 76 (8), 827–835.
8. Brukner, P. D., Crossley, K. M., Morris, H., Bartold, S. J. in Elliott, B. (2006). 5. Recent advances in sports medicine. *Med J Aust.*, 184 (4), 188–193.
9. Chung, S. H., Her, J. G., Ko, T., Ko, J., Kim, H., Lee, J. S. idr. (2013). Work-related Musculoskeletal Disorders among Korean Physical Therapists. *Journal of Physical Therapy Science*, 25, 55–59.
10. Chung, Y. C., Hung, C. T., Li, S. F., Lee, H. M., Wang, S. G., Chang, S. C. idr. (2013). Risk of musculoskeletal disorder among Taiwanese nurses cohort: a nationwide population-based study. *BMC Musculoskelet Disord.*, 14, 144.
11. Cromie, J. E., Robertson, V. J. in Best, M. O. (2000). Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks, and responses. *Phys Ther.*, 80 (4), 336–351.
12. Dawson, A. P., Steele, E. J., Hodges, P. W. in Stewart, S. (2009). Development and test-retest reliability of an extended version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ-E): a screening instrument for musculoskeletal pain. *J Pain.*, 10 (5), 517–526.
13. Gauthy, R., Vrbinc, M., Vrbinc, A., Sapir, M. in Bohm, L. (2007). Mišično-kostne bolezni: slabo razumljena pandemija. Ljubljana: Zveza svobodnih sindikatov Slovenije.
14. Glover, W., McGregor, A., Sullivan, C. in Hague, J. (2005). Work-related musculoskeletal disorders affecting members of the Chartered Society of Physiotherapy. *Physiother.*, 91 (3), 138–147.
15. Jakovljević, M., Knific, T. in Petrič, M. (2017). Test telesne pripravljenosti odraslih oseb. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
16. Kahraman, T., Genç, A. in Göz, E. (2016). The Nordic Musculoskeletal Questionnaire: cross-cultural adaptation into Turkish assessing its psychometric properties. *Disabil Rehabil.*, 38 (21), 2153–2160.
17. Kok, J., Vroonhof, P., Snijders, J., Roullis, G., Clarke, M., Peereboom, K. idr. (2019). Work-related MSDs: prevalence, costs and demographics in the EU: European Risk Observatory executive summary. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Pridobljeno 20. 3. 2020, s

<https://osha.europa.eu/en/publications/summary-msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe/view>.

18. Loepcke, R., Hymel, P. A., Lofland, J. H., Pizzi, L. T., Konicki, D. L., Anstadt, G. W. idr. (2003). Health-related workplace productivity measurement: general and migraine-specific recommendations from the ACOEM Expert Panel. *J Occup Environ Med.*, 45 (4), 349–359.
19. Nordin, N. A. M., Leonard, J. H. in Thye, N. C. (2011). Work-related injuries among physiotherapists in public hospitals-a Southeast Asian picture. *Clinics*, 66 (3), 373–378.
20. Oakman, J., Macdonald, W. in Wells, Y. (2014). Developing a comprehensive approach to risk management of musculoskeletal disorders in non-nursing health care sector employees. *Appl Ergon*, 45 (6), 1634–1640.
21. Prall, J. in Ross, M. (2019). The management of work-related musculoskeletal injuries in an occupational health setting: the role of the physical therapist. *J Exerc Rehabil*, 15 (2), 193–199.
22. Rugelj, D. (2003). Low back pain and other work-related musculoskeletal problems among physiotherapists. *Appl Ergon.*, 34 (6), 635–639.
23. Šbul, T., Jakovljević, M. in Levec, T. (2016). Slovenska priredba, ustreznost in uporabnost razširjenega nordijskega mišično-kostnega vprašalnika (Diplomska naloga). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
24. van den Heuvel, S. G., Heinrich, J., Jans, M. P., van der Beek, A. J. in Bongers, P. M. (2005). The effect of physical activity in leisure time on neck and upper limb symptoms. *Prev Med.*, 41 (1), 260–267.
25. Zakrzewska, K. (2014). Presenteeism--unhealthy extra presence in the workplace. *PrzegłEpidemiol*, 68 (1), 77–80.

Odgovorni zdravstveni delavci znajo izvajati temeljne postopke oživljanja

KLJUČNE BESEDE: srčni zastoj, kakovost, usposabljanje, ohranjanje znanja

POVZETEK - Zdravstveni delavci morajo biti sposobni znanje in spretnosti prenesti v prakso in zagotoviti strokovno pomoč, ko je to najbolj potrebno. Zgodnji in kakovostni temeljni postopki oživljanja (TPO) v primeru nenadnega srčnega zastoja za od dvakrat do štirikrat povečajo verjetnost preživetja pacienta. Na pripravljenost zdravstvenih delavcev za dajanje pomoči v takih primerih vplivata stopnja znanja in veščine. S prispevkom želimo predstaviti raven teoretičnega znanja o TPO zdravstvenih delavcev različnih poklicnih skupin v Sloveniji. Podatke smo z anonimnim spletnim anketiranjem zbirali med avgustom in novembrom 2020. Svoje znanje prve pomoči je 184 zdravstvenih delavcev na lestvici od 1 do 5 ocenilo s 3,6. Skoraj 92 % vprašanih pozna pravilno razmerje stisov prsnega koša in umetnih vpihov pri TPO odrasle osebe. Večina bi pravilno opustila dajanje umetnega dihanja poškodovancu ob srčnem zastoj z obsežnimi poškodbami obraza in osebi, pri katerem bi sumili na zastrupitev z jedkimi snovmi. Smernice Evropskega reanimacijskega sveta poudarjajo, da bi moral vsak zdravstveni delavec znati izvajati visokokakovostne TPO. Znano je, da teoretično znanje, še zlasti pa pravilno izvajanje veščin, upadejo prej kot v enem letu. Rešitev so bolj redna v TPO usmerjena usposabljanja za zdravstvene delavce na različnih delovnih mestih.

KEYWORDS: cardiac arrest, quality, training, knowledge retention

ABSTRACT - Healthcare workers (HCW) have to be able to transfer theoretical knowledge in everyday practice. They must provide professional help, when it is most needed. In case of a sudden cardiac arrest early and quality cardiopulmonary resuscitation (CPR) increases survival from 2 to 4 times. Levels of theoretical knowledge and practical skills impact HCW's willingness to perform CPR. In this article we aim to present the level of theoretical knowledge of CPR among HCW of different profiles in Slovenia. We collected data with anonymous online questionnaire between August and November 2020. In total, 184 HCW self-evaluated their first aid knowledge with an average score of 3,6 (on a scale from 1 to 5). Almost 92 % knows the right chest compression to ventilation ratio in adult CPR algorithm. Most HCWs would not give rescue breaths to victims with major facial trauma and to victims with suspected corrosive substance intake, which is in compliance with latest guidelines. Nevertheless, more than one third of HCWs would wrongly omit giving rescue breaths to a carbon monoxide poisoned victim. European resuscitation council guidelines recommend that every HCW has to be able to perform quality CPR. Knowledge and especially skill retention is very low one year after course. Regular and focused training is required to maintain highly skilled HCW.

1 Teoretična izhodišča

Nenadni srčni zastoj predstavlja velik javnozdravstveni problem in spada med vodilne vzroke smrti v Evropi (Gräsner idr., 2016), tudi v Sloveniji (NIJZ, 2016). Med državami obstajajo razlike v incidenci srčnih zastojev in v preživetju, kar je posledica razlik v življenjskem slogu prebivalcev, organizacijah sistemov nujne medicinske pomoči (NMP) ter zgodnjem pristopu k oživljanju. Prav zgodnja prepoznava prearestnih znakov in simptomov ter klic na pomoč, zgodnje izvajanje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) z uporabo avtomatskega eksternega defibrilatorja (AED) ter dodatni postopki oživljanja s poreanimacijsko oskrbo so člani verige

preživetja, ki so ključni za boljše preživetje po srčnem zastoju in čim boljši nevrološki izid zdravljenja (Perkins idr., 2015). V tej verigi s(m)o neizogibno udeleženi tudi zdravstveni delavci, bodisi kot naključni očividci dogodka, bodisi kot člani zdravstvenega tima.

Že Milčinski (1972) je pred skoraj petdesetimi leti poudaril, da je prva pomoč (PP) bistveni segment strokovnega znanja in usposobljenosti vsakega zdravstvenega delavca. Dolžnost zdravstvenih delavcev je po vsebini in obsegu širša od dolžnosti laika, saj je opredeljena kot NMP oziroma nujna zdravstvena pomoč (Milčinski, 1972; Balažic, 2006). Logična posledica tega je, da so vsebine TPO zajete v izobraževanju zdravstvenih delavcev na dodiplomski ravni, so pa tudi del sklopa izbranih vsebin v okviru programa strokovnega izpita (Pravilnik, 2018). Poleg vsebin iz ožjega strokovnega področja, na katerem zdravstveni delavec opravlja svoje delo, se mora v okviru strokovnega izpopolnjevanja najmanj enkrat v sedmih letih usposabljeni iz TPO v obsegu šestih ur (Pravilnik, 2006). Vendar se tudi zdravstveni delavci soočajo(mo) s pozabljanjem. Bossaert in drugi (2015) opozarjajo, da se večšine TPO pozabijo že v prvih mesecih po učenju, zato po njihovem mnenju obnavljanje znanja samo na eno leto ni dovolj. Vendar s(m)o, kot ugotavlja Slabe (2016), zdravstveni delavci kritični do znanja laikov iz PP, ob tem pa se izpostavlja vprašanje, ali sami dovolj dobro poznajo(mo) aktualne smernice PP in njihovo praktično izvedbo, še zlasti TPO.

Namen raziskave je bil ugotoviti raven teoretičnega znanja o TPO med zdravstvenimi delavci v Sloveniji. Cilji so bili: (1) ugotoviti, kakšna je samoocena znanja PP med anketiranimi zdravstvenimi delavci, (2) prepoznati morebitne razlike v znanju TPO med različnimi skupinami zdravstvenih delavcev, (3) ugotoviti razlike v izkušnjah s TPO v praksi in (4) identificirati razlike v razlogih za opustitev umetnega dihanja (UD) glede na mesto zaposlitve (NMP, enota intenzivne nege (EIN) ali terapije (EIT), sprejemni urgentni oddelek, internistični ali kirurški bolnišnični oddelek (BO) in ambulanta družinske medicine (ADM) ali specialistična ambulanta). Ugotovitve bi lahko služile za usmeritev pri oblikovanju priporočil o obnavljanju znanja TPO za posamezne skupine zaposlenih v zdravstvu v prihodnje.

2 Metode

Spletni vprašalnik o poznavanju TPO je bil izdelan na podlagi podobnega vprašalnika, ki smo ga uporabili v okviru raziskave magistrskega dela prvega avtorja na podiplomskem študiju Zdravstvena nega na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani (Mesec, 2020). Vsebinsko so vprašanja temeljila na doktrinarnih napotkih za oživljanje, kot so definirani v smernicah Evropskega sveta za reanimacijo 2015 (Perkins idr., 2015).

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Z deljenjem povezave po različnih omrežjih, kot so družabna omrežja, elektronska pošta in druga, smo želeli doseči čim več laikov in čim več zdravstvenih delavcev iz različnih poklicnih skupin in raznolikih delovnih mest. Udeleženci so za reševanje vprašalnika v povprečju potrebovali osem minut. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost anketirancev.

2.2 Opis instrumenta

Spletni anketni vprašalnik smo izdelali v odprtokodni aplikaciji Ika.si. Sestavljen je bil iz 52 vprašanj odprtega, polodprtega in zaprtega tipa. Pred objavo je bil vprašalnik dvakrat testiran: prvič med desetimi laiki, drugič med dvanajstimi študenti Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Pregledali so ga trije strokovnjaki s področja prve pomoči in z izkušnjami v spletnem anketiranju. Vprašalnik smo razdelili na sklope o znanju PP, poznavanju UD in pripomočkov

za UD, morebitnih izkušnjah z oživljanjem, pripravljenosti za dajanje UD in demografskih podatkih.

2.3 Opis vzorca

Vprašalnik je v celoti rešilo 644 oseb, od katerih je bilo 184 zdravstvenih delavcev, ki smo jih vključili v analizo v tem prispevku.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za strategijo raziskovanja smo uporabili presečno študijo. Podatke smo zbrali med 3. avgustom in 3. novembrom 2020. Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani s pomočjo aplikacije Ika.si in programa Microsoft Excel.

3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 137 zdravstvenih delavk (74 %) in 47 zdravstvenih delavcev (26 %), v povprečju starih 35,6 let. Tri četrtine jih ima vsaj visokošolsko izobrazbo, večina jih prihaja iz urbanega okolja (65 %). Sodelovalo je 127 medicinskih sester (69 %), 24 zdravnikov (13 %), šest bolničarjev (3 %), šest fizioterapevtov (3 %), drugih sodelujočih, ki so jih predstavljali študenti zdravstvenih in medicinske smeri, zobozdravnika, babici, farmacevta, raziskovalec, delovni terapevt itn., je bilo skupaj 21 (12 %).

Okoli 50 % udeleženi zdravnikov je zaposlenih v ADM in specialističnih ambulantah, približno 30 % jih dela v enotah NMP. Preostali so zaposleni v EIT (8 %), EIN (4 %) in sprejemnih urgentnih oddelkih (4 %) ter na BO (8 %). Zaradi znanja, ki so ga pridobili z dokončano medicinsko fakulteto, smo v skupino k zdravnikom, za bolj smiselno obdelavo podatkov, dodali še dva zobozdravnika.

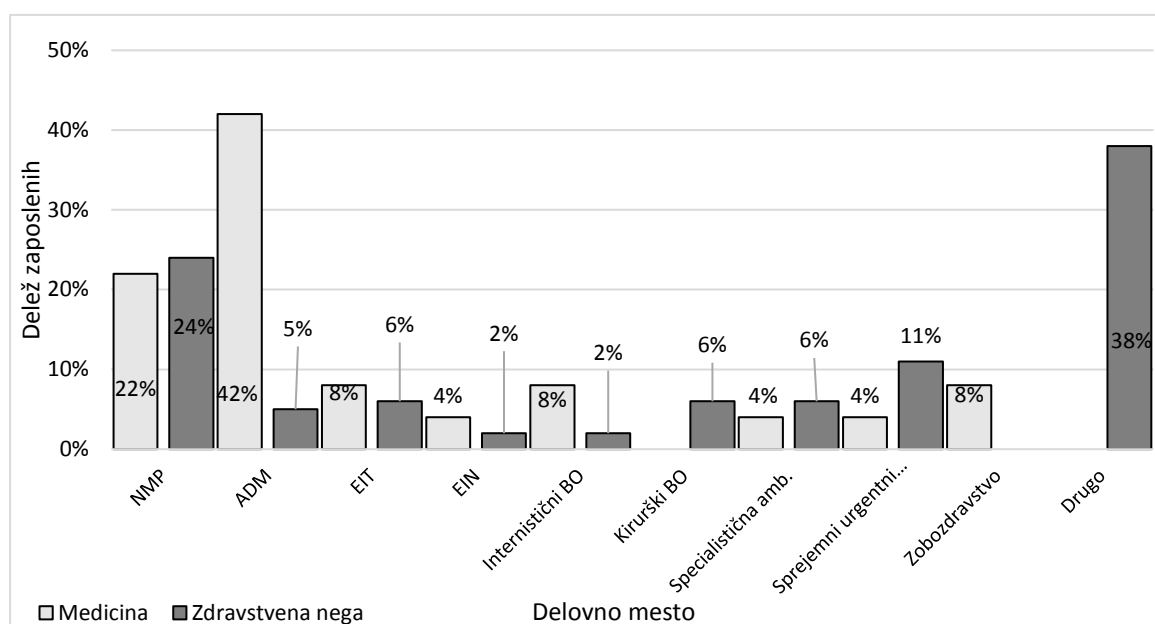
Med udeleženci, ki so zaposleni v zdravstveni negi, jih nekaj manj kot 25 % dela v enotah NMP, okoli 20 % v EIT, EIN in na sprejemnih urgentnih oddelkih, dobrih 10 % v ADM in specialističnih ambulantah in nekaj manj kot 10 % na BO. Pod drugo (38 %) so se razvrstili zaposleni v domovih starejših občanov, patronažni službi, na nenujnih reševalnih prevozihi, upokojeni sodelavci in študenti zdravstvene nege. Na Sliki 1 so prikazani deleži udeležencev glede na delovno mesto dveh najbolj zastopanih poklicnih skupin v raziskavi (zdravniki in osebje zdravstvene nege). Ostalih poklicnih skupin zdravstvenih delavcev, zaposlenih na različnih delovnih mestih, zaradi prevelike razpršenosti nismo vključili v slikovno ponazoritev.

Svoje znanje o PP so anketirani na lestvici od 1 (nimam znanja) do 5 (odlično znam) ocenili s povprečno oceno 3,6. Najbolje so svoje znanje PP ocenili zaposleni v NMP, in sicer s 4,17. Zaposleni v EIT, EIN in sprejemnih urgentnih oddelkih so se ocenili s 4, na BO s 3,3 ter v ADM in specialističnih ambulantah s 3,23.

Svojemu znanju PP so najvišjo oceno dali tisti, ki so imeli tečaj PP v zadnjih dveh letih (povprečna ocena 3,81; n = 113). Zaposleni, ki so imeli tečaj pred več kot desetimi leti, so svoje znanje bolje ocenili (3,23; n = 13), kot tisti, ki so bili nazadnje na tečaju pred dvema do desetimi leti (3,19; n = 58).

Udeleženci, ki so svoje znanje ocenili z ocenama 4 in 5, bolje poznajo pravilno razmerje stisov prsnega koša (SPK) in UD ter pravilen volumen vpihanega zraka pri TPO odrasle osebe, saj jih je 95 % (n = 101) odgovorilo pravilno. Takih je bilo pri samoocenah od 1 do 3 manj (78 %; n = 61). Prav tako je med slednjimi manj tistih, ki že imajo izkušnje s TPO kot očividci (27 % v primerjavi z bolj samoocenjenimi, ki jih je 47 %).

Slika 1: Deleži udeležencev, zaposlenih v medicini in zdravstveni negi, glede na delovno mesto



Vir: Lastni vir.

V nadaljevanju so predstavljeni podatki o teoretičnem znanju TPO in izkušnjah s TPO izven delovnega časa, tj. kot očitvidci (Tabela 1).

Tabela 1: Razlike v poznavanju TPO in izkušnje z njimi med posameznimi poklicnimi skupinami zdravstvenih delavcev (n = 180)

Poklicna skupina zdravstvenega delavca	Pozna pravilno razmerje SPK in UD	Pozna pravilno razmerje SPK in UD ter pravilen volumen posameznega vpiha	Ima izkušnje s TPO kot očitvidec	Ima izkušnje z dajanjem UD kot očitvidec
Zdravnik/zobozdravnik	26/26 (100 %)	25/26 (96 %)	12/26 (46 %)	4/12 (33 %)
Medicinska sestra	115/127 (91 %)	112/127 (88 %)	50/127 (39 %)	26/50 (52 %)
Bolničar	6/6 (100 %)	6/6 (100 %)	4/6 (67 %)	3/4 (75 %)
Fizioterapevt	6/6 (100 %)	6/6 (100 %)	1/6 (17 %)	0/1 (0 %)
Drugo	10/15 (67 %)	9/15 (60 %)	3/15 (20 %)	1/3 (33 %)

Pravilno razmerje SPK in UD pri TPO odrasle osebe v povprečju pozna 91 % udeleženih zdravstvenih delavcev. Pravilen volumen posameznega vpiha poleg prej navedenega pozna 88 % vseh vprašanih.

Tabela 2: Razlogi za opustitev dajanja UD glede na mesto zaposlitve

<i>Vrsta stanja/poškodbe</i>	<i>NMP</i>	<i>EIN, EIT, sprejemni urgentni oddelek</i>	<i>Internistični ali kirurški BO</i>	<i>ADM, specialistična ambulanta</i>
Obsežne poškodbe obraza, ki zajemajo ustno votlino*	37/38 (97 %)	23/26 (88 %)	21/23 (91 %)	21/22 (95 %)
Sum na poškodbo vratne hrbtenice	7/38 (18 %)	7/26 (27 %)	7/23 (30 %)	5/22 (23 %)
Sum na okužbo s HIV ali hepatitisom*	30/38 (79 %)	18/26 (69 %)	13/23 (57 %)	15/22 (68 %)
Sum na okužbo s SARS-CoV-2*	32/38 (84 %)	14/26 (54 %)	12/23 (52 %)	12/22 (55 %)
Utopljenec	0/38 (0 %)	1/26 (4 %)	1/23 (4 %)	1/22 (5 %)
Sum na zaužite strupe, pesticide, jedke snovi*	36/38 (95 %)	22/26 (85 %)	18/23 (78 %)	17/22 (77 %)
Sum na zastrupitev z ogljikovim monoksidom	10/38 (26 %)	7/26 (27 %)	8/23 (35 %)	9/22 (41 %)

*odgovori, kjer bi bila opustitev dajanja UD skladna s smernicami ERC 2015 in IFRC 2016.

Zdravstvene delavce iz različnih poklicnih skupin smo razdelili v štiri kategorije (Tabela 2): tiste, ki delajo v NMP in se na terenu pogosto srečujejo z nujnimi stanji; tiste, ki vsak dan delajo z življenjsko ogroženimi pacienti v bolnišničnem okolju; tiste, ki delajo na BO in imajo manj stikov z nenadnimi poslabšanji stanj pacientov; in tiste, ki delajo v ambulantah na primarni ali sekundarni ravni in nimajo pogostih stikov z življenjsko ogroženimi pacienti. Največ vprašanih bi dajanje UD opustilo ob pridruženih obsežnih poškodbah obraza (102 od 109). Sledijo situacije, kjer bi sumili na zastrupitev osebe z zaužitimistrupi, pesticidi ali jedkimi snovmi (93 od 109), okužbo s HIV ali hepatitisom (76 od 109) in okužbo s SARS-CoV-2 (70 od 109). Približno tretjina vprašanih bi dajanje UD opustila tudi pri sumu na zastrupitev z ogljikovim monoksidom.

4 Razprava

Svoje znanje PP so anketirani na petstopenjski lestvici ocenili s 3,6, kar je popolnoma identična ocena, kot sta jo Oven in Slabe (2020) ugotovila med slovenskimi delovnimi terapevti. Udeleženci, ki so svoje znanje ocenili z višjo oceno (4 ali 5), bolje poznajo pravilno razmerje SPK in UD ter pravilen volumen vpihanega zraka pri TPO odrasle osebe. To kaže na ustrezno kritičnost anketiranih glede samoocene znanja PP. Raziskava je pokazala precejšnjo razliko v samooceni znanja PP glede na mesto zaposlitve med skupino zdravstvenih delavcev, ki se je ocenila z najvišjo oceno (zaposleni v NMP, ocena 4,17), in skupino, ki se je ocenila z najnižjo oceno (zaposleni v ADM in specialističnih ambulantah, ocena 3,23). Na eni strani je to pričakovano, saj se zaposleni v NMP neprimerljivo pogosteje srečujejo z oskrbo poškodovanih in nenadno zbolelih na terenu ali v ambulantah NMP kot njihovi kolegi, zaposleni v ADM in specialističnih ambulantah. Vendar so tudi ti enako zavezani k dajanju PP, če je to potrebno. Naše ugotovitve o samooceni znanja sovpadajo z ugotovitvami Slabeta (2016), ki je na reprezentativnem vzorcu odrasle populacije prebivalcev Slovenije ugotovil povprečno samooceno znanja PP le nekoliko nad srednjo vrednostjo (2,75) ter veliko razliko v samooceni znanja med zdravstvenimi delavci in laiki. Na samooceno znanja vpliva tudi časovna oddaljenost od zadnjega usposabljanja iz PP. Tisti anektirani zdravstveni delavci, ki so se zadnjega usposabljanja udeležili pred dvema letoma ali manj, so svoje znanje PP med vsemi sodelujočimi ocenili z najvišjo oceno. Da so zaposleni, ki so imeli zadnje usposabljanje iz PP

pred več kot desetimi leti, svoje znanje bolje ocenili kot tisti, ki so bili na tečaju pred dvema do desetimi leti, nas navaja na sklepanje, da so bolj izkušeni zdravstveni delavci glede ukrepov PP tudi bolj samozavestni.

Pravilno razmerje 30 : 2 med SPK in UD v primeru TPO odrasle osebe sodelujoči v raziskavi na splošno dobro poznajo, zanemarljivo slabše tudi pravilno razmerje in volumen vpihov pri UD. Možno je, da so nekateri anketiranci na drugo vprašanje pravilno odgovorili zaradi priklica pravilnega odgovora, saj so morali izbirati med ponujenimi štirimi možnimi odgovori. Vendar sta tudi Oven in Slabe (2020) na vzorcu 201 delovnega terapevta ugotovila dobro poznavanje pravilnega razmerja med SPK in UD, saj ga je poznalo 82 % sodelujočih. V primerjavi z rezultati raziskave, izvedene med splošno javnostjo (Slabe, 2016), v kateri je pravilno razmerje prepoznala le četrtina vprašanih, smo med zdravstvenimi delavci pričakovano ugotovili precej boljše poznavanje pravilnega razmerja med SPK in UD. Vendar Oven in Slabe (2020) opozarjata na visok delež (85 %) delovnih terapevtov, ki ne poznajo aktualne ustrezne globine SPK (5 cm do največ 6 cm), česar v naši raziskavi nismo ugotavljali, je pa za preživetje pri srčnem zastoju prav tako ključnega pomena (Perkins idr., 2015).

Skoraj vsak drugi (46 %) v raziskavi sodelujoči zdravnik oziroma zobozdravnik se je kot očividec že soočil s TPO, manjši delež (33 %) tudi z UD. V primerjavi z medicinskimi sestrami, ki so sodelovale v naši raziskavi, je slika obrnjena, saj se jih je večji delež (52 %) že soočil z UD, za 13 % manjši delež pa jih ima izkušnjo s TPO kot očividec/očividka. V Sloveniji je v zadnjih petnajstih letih viden napredek v deležu oživljanj očividcev pred prihodom ekipe NMP. Delež oseb, pri katerih so očitvidci v Sloveniji izvajali TPO (66 %), je višji kot povprečni delež v Evropi, ki znaša 58 % (Gräsner idr., 2016). To je v primerjavi z ugotovljenim 22-% deležem Grmeča in sodelavcev (2006) na območju NMP Maribor pred petnajstimi leti in 34-% deležem na področju NMP Ljubljana (Škufca Sterle, 2010) pred enajstimi leti, zelo spodbuden rezultat.

Med razlogi za opustitev UD z visokim deležem udeležencev izstopajo (1) obsežne poškodbe obraza, (2) sum na zaužite strupe, pesticide, jedkovine, (3) sum na okužbo s SARS-CoV-2 in (4) sum na okužbo s HIV ali hepatitisom. To so smiselni razlogi, ki so tudi v skladu z aktualnimi smernicami za TPO Evropskega reanimacijskega sveta (Gradišek, Grošelj Grenc in Strdin Košir, 2015) in Mednarodne zveze društev Rdečega križa (IFRC, 2016). Pri pristopu k bolniku ali poškodovancu je zagotavljanje varnosti vedno na prvem mestu (Vlahovič, 2006; Perkins idr., 2015; Livk in Mesec, 2019). Slednje je pri izvajanju TPO postalo še zlasti aktualno v času pandemije s COVID-19. Priporočila Slovenskega reanimacijskega sveta za izvajanje TPO za laike v času epidemije s COVID-19 (2020) na eni strani izpostavljajo, da mora biti že sama odločitev za oživljanje neznane osebe prostovoljna odločitev očitvidca, saj je med oživljanjem velika možnost prenosa morebitne okužbe s COVID-19. Po omenjenih priporočilih dihanja ne ugotavljamo iz neposredne bližine osebe in pri odraslih izvajamo samo neprekinjene SPK brez UD. Na drugi strani smo v raziskavi ugotovili zanemarljiv delež tistih, ki se ne bi odločili za izvajanje UD pri utopljenju. Zanimivo pa je, da bi približno tretjina vprašanih zdravstvenih delavcev opustila dajanje UD zastrupljenju z ogljikovim monoksidom, kar ni kontraindikacija za dajanje UD. Med te spadajo zastrupitve s cianidi, vodikovim sulfidom, korozivom in organofosfati (IFRC, 2016).

Glede na mesto zaposlitve utemeljene razloge za opustitev UD najboljše poznajo zdravstveni delavci, zaposleni v NMP. Več kot polovica anketiranih iz preostalih treh skupin (glede na mesto zaposlitve) bi UD izvajalo tudi pri bolniku s sumom na okužbo s SARS-CoV-2, kar kaže na njihovo nepoznavanje trenutnih priporočil za izvajanje TPO v času aktualne epidemije. Skoraj polovica (43 %) zaposlenih na internističnem ali kirurškem BO bi UD izvajalo tudi v primeru TPO bolnika s sumom na okužbo s HIV ali hepatitisom, slaba četrtina zaposlenih v ADM, v specialistični ambulanti ter na internističnem ali kirurškem BO pa v primeru suma na

zaužite strupe, pesticide, jedke snovi, kar prav tako ni ustrezno. Slabe in Oven (2020) na osnovi raziskave med delovnimi terapevti opozarjata, da boljše znanje TPO zmanjšuje doživljanje stresa ob misli, da bi morali oživljati osebo. Zato ju ne preseneča dejstvo, da jih je velik delež (92 %) motiviranih za obnavljanje znanja o PP. To predstavlja spodbudo za oblikovanje pogostejših obnovitvenih usposabljanj iz TPO tudi za zdravstvene delavce, ki se s TPO srečajo izjemoma, saj so ne glede na to dolžni oživljati.

5 Sklep

Nesorazmerje v deležu glede na smer zdravstvene izobrazbe v raziskavi sodelujočih anketirancev predstavlja ključno omejitev raziskave, zato rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo zdravstvenih delavcev oziroma posameznih poklicnih skupin. Raziskavo bi veljalo ponoviti na večjem vzorcu zdravnikov, zobozdravnikov, fizioterapevtov, babic, farmacevtov in drugih poklicnih skupin v zdravstvu, ki jih z raziskavo nismo zajeli (delovni terapevti, inženirji radiološke terapije, inženirji laboratorijske zobne protetike, sanitarni inženirji, ortotiki in protetiki, zdravstveni sodelavci). Ugotavljanje znanja TPO med zdravstvenimi delavci bi prav tako veljalo razširiti na poznavanje drugih parametrov, kot je zaporedje postopkov, mesto, globina in hitrost SPK, uporaba AED itn.

Če v raziskavi sodelujoči zdravstveni delavci dobro poznajo pravilno razmerje med SPK in UD, pa jih dobra polovica ni seznanjena s smernicami za TPO v času epidemije s SARS-CoV-2. To kaže na zamik pri seznanjanju zdravstvenih strokovnjakov z aktualnimi strokovnimi informacijami, ki se morda neposredno ne dotikajo njihovega delovnega področja, vendar pa so za izvajanje postopkov kljub temu moralno in pravno odgovorni. Visok delež tistih zdravstvenih delavcev, ki kot očividci že imajo izkušnjo s TPO ali UD, kaže na precejšnjo verjetnost, da se vsak zdravstveni delavec, ne glede na poklicno skupino, s temi postopki lahko tudi dejansko sooči. Pogosta in v TPO usmerjena usposabljanja zdravstvenih delavcev na različnih delovnih mestih so tako nujno potrebna.

LITERATURA

1. Balažic, J. (2006). Pravni in etični vidiki prve pomoči. V U. Ahčan (ur.), Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri (str. 1–5). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
2. Bossaert, L., Greif, R., Maconochie, I., Monsieurs, G. K., Nikolaou, N., Nolan, P. J. idr. (2015). Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines. ERC guidelines 2015. Niel: European Resuscitation Council.
3. Gradišek, P., Grošelj Grenc, M. in Strdin Košir, A. (ur.) (2015). Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta – slovenska izdaja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2.
4. Gräsner, J. T., Lefering, R., Koster, R. W., Masterson, S., Böttiger, B. W., Herlitz, J. idr. (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, 188–195.
5. IFRC - International federation of red cross and red crescent societies (2016). International first aid and resuscitation guidelines. Geneva: IFRC.
6. Livk, M. in Mesec, U. (2019). Pet prstov: enostaven način učenja in poučevanja temeljnih postopkov oživljanja. V R. Sotler in Ž. Malić (ur.), Prva pomoč in nujna medicinska pomoč: kje so meje?: zbornik povzetkov, (str. 43–44). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
7. Mesec, U. (2020). Uporaba obrazne zaščitne folije za umetno dihanje pri temeljnih postopkih oživljanja (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
8. Milčinski, J. (1972). Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje. *Zdravstveni zbornik* 6 (2), 65–73. Pridobljeno 13. 8. 2015, s

- http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=3856a380-ad0d-4cf7-9ee6-02ae1ad2ce91.
9. NIJZ, (2016). Zdravstveno stanje prebivalstva. Pridobljeno 30. 3. 2021, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2016/2.1_umrljivost_za_2016_koncna1.pdf.
 10. Oven, A. in Slabe, D. (2020). Znanje prve pomoči med slovenskimi delovnimi terapevti. Slovenska revija za delovno terapijo: strokovna revija Društva in Zbornice delovnih terapevtov Slovenije, 9 (1), 143–153.
 11. Perkins, G. D., Handley, A. J., Koster, R. W., Castrén, M., Smyth, M. A., Olasveengen, T. idr. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: Section 2: Adult basic life support and automated external defibrillation. Resuscitation 95, 81–99.
 12. Pravilnik o pripravnosti in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti (2018). Uradni list Republike Slovenije, št. 47. Pridobljeno 30. 3. 2020, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13421>.
 13. Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 92 in št. 42. Pridobljeno 30. 3. 2020, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV6609>.
 14. Slabe, D. (2016). Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi (Doktorska disertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 15. Slabe, D. in Oven, A. (2020). Evaluation of Slovenian occupational therapists' theoretical knowledge and stress levels connected with providing cardiopulmonary resuscitation. Inquiry, 57, 1–8. Pridobljeno 30. 3. 2021, s <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=121848>.
 16. Slovenski reanimacijski svet (2020). Priporočila Slovenskega reanimacijskega sveta za izvajanje temeljnih postopkov oživljanja za laike v času epidemije s COVID-19, ko se število potrjenih primerov okužbe s COVID-19 zmanjšuje. Pridobljeno 28. 4. 2020, s <http://slors.szum.si/wp-content/uploads/2020/05/Priporocila-za-izvajanje-temeljnih-postopkov-ozivljanja-za-laike-v-casu-epidemije-s-COVID-28-4-2020.pdf>.
 17. Škufca Sterle, M. (2010). Analiza kardiopulmonalnih reanimacij PHE Ljubljana 2005–2009. V R. Vajd in M. Gričar (ur.), Urgentna medicina: izbrana poglavja 2010: zbornik. 17. mednarodni simpozij o urgentni medicini (str. 184–189). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
 18. Vlahovič, D. (2006). Pristop k poškodovancu ali nenadno obolelemu. V U. Ahčan (ur.), Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri (str. 21–31). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

Povezava med dobro komunikacijo negovalnega tima in kakovostnim izvajanjem postopkov zdravstvene nege

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, medicinska sestra, sodelovanje, konflikt, kakovost

POVZETEK - Teoretična izhodišča: Stroke zdravstvene nege si ne moremo predstavljati brez komunikacije, saj je le-ta osnovno orodje medicinske sestre, ki ne temelji le na fizičnih zmožnostih medicinskih sester, ampak tudi na izobrazbi in izkušnjah. Primerna komunikacija med zdravstvenimi delavci naj bi obsegala osnovne elemente profesionalne komunikacije, hkrati je pomembno tudi medsebojno zaupanje, predvsem v pacientovo dobro. Kadar komunikacija znotraj tima ni uspešna, lahko pride do napak v zdravstveni negi. Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Uporabili smo metodo anketiranja; instrument, s katerim so bili pridobljeni podatki, je bil anketni vprašalnik. Sodelovalo je 56 zaposlenih v zdravstveni negi, vzorec je bil namenski. Obdelava podatkov je bila izvedena na podlagi opisne statistike in T-testa. Rezultati: Slabi odnosi znotraj negovalnega tima v 53,6 % predstavljajo najpogostejšo oviro za kakovostno in učinkovito komunikacijo. Ugotavljamo, da večina anketiranih nastale konflikte rešuje na individualen način (58,9 %), ter da je najpomembnejši dejavnik pri reševanju konfliktov ustrežna in dobra komunikacija (62,5 %). Vsi člani negovalnega tima anketiranih imajo enake možnosti izraževanja ($\bar{x} = 3,85$; $SO = 0,911$; $p = <0,001$) in izražanja mnenj ($\bar{x} = 3,95$; $SO = 1,008$; $p = <0,001$). Dobra komunikacija znotraj negovalnega tima statistično vpliva na zadovoljstvo pri delu in na kakovostno izvajanje postopkov zdravstvene nege ($p = <0,001$). Razprava: Dobra komunikacija predstavlja temelj zdravstvene nege in negovalnega tima ter osnovno in najpomembnejšo lastnost medicinske sestre. Z (dobro) komunikacijo se kaže (kakovostno) izvajanje postopkov zdravstvene nege. To smo dokazali tudi z raziskavo, zato je pomembno, da se medicinske sestre zavedajo pomembnosti komunikacijskih veščin, ki jih morajo vsakodnevno razvijati, negovati in nadgrajevati.

KEYWORDS: communication, nurse, cooperation, conflict, quality

ABSTRACT - Theoretical background: The healthcare profession would not be viable without communication, as this is the basic tool of a nurse, which is based not only on the physical abilities of nurses, but also on education and experience. Appropriate communication among healthcare professionals should include the basic elements of professional communication, and at the same time mutual trust is important, especially for the benefit of the patient. When communication within a team is not successful, it can result in a nursing error. Method: Quantitative research methodology was used. The survey method was used; the instrument with which the data was obtained was the survey questionnaire. 56 healthcare employees participated, and the sample was purpose-made (purposive). Data processing was performed on the basis of descriptive statistics and T-test. Results: Bad relationships within the healthcare team represent the most common obstacle to quality and effective communication (53.6 %). We establish that the majority of respondents resolve conflicts on an individual basis (58.9 %), and that the most important factor in resolving conflicts is appropriate and good communication (62.5 %). All members of the nursing team of respondents have the same opportunities for further education ($\bar{x} = 3.85$; $SO = 0.911$; $p = <0.001$) and expression of opinions ($\bar{x} = 3.95$; $SO = 1.008$; $p = <0.001$). Good communication within the nursing team has a statistical effect on job satisfaction and quality implementation of nursing procedures ($p = <0.001$). Discussion: Good communication is the foundation of the health care and nursing team and the basic and most important characteristic of a nurse. (Good) communication shows the (quality) implementation of healthcare procedures. We have also proved this through research; therefore, it is important that nurses are aware of the importance of communication skills, which they must develop, nurture and upgrade on a daily basis.

1 Uvod

Komunikacija v zdravstvu pomeni kompleksen odnos med različnimi ljudmi, ki izhajajo iz različnih okolij, kulture in imajo različne karakterne značilnosti. Komunikacija je bistveni del zdravstvene oskrbe in sestavni del poklicnega delovanja medicinske sestre (Dolžan - Lindič in Kramar, 2009, str. 136). Medicinske sestre bi morale obvladati obveščanje, sporazumevanje in govorniško-retorično spretnost, saj so prave in popolne informacije v zdravstvenem sistemu ključnega pomena (Birk, 2009, str. 58). Komunikacija v zdravstveni negi poteka znotraj negovalnega tima, zdravstvenega tima, s pacientom, njegovimi svojci, dijaki in študenti (Henderson idr., 2007, str. 93). Koren (2009) navaja, da dobra komunikacija vodi k boljši zdravstveni negi in boljšim odnosom med člani negovalnega tima. Temelj obstoja negovalnega tima je komunikacija med člani tima (Rašič, 2010). Člani negovalnega tima se pri opravljanju svojega dela srečujejo s pomembnimi dogodki posameznikovega življenja, kot so smrt, rojstvo, bolezen itd. Ti dogodki zaradi svoje narave zahtevajo zelo zahtevno komunikacijo med izvajalci (člani negovalnega tima) in uporabniki (pacienti, njihovi svojci) zdravstvenih storitev (Poredoš, 2006, str. 13). Komunikacija v zdravstvu mora potekati hitro in večsmerno, da vsi deležniki pridobijo čim več koristnih informacij (Tasič, 2005). Uspešna in učinkovita komunikacija znotraj negovalnega tima je bistvenega pomena za uspešen rezultat individualizirane zdravstvene nege vsakega pacienta. Dobra komunikacija ne temelji le na fizičnih zmožnostih medicinskih sester, ampak tudi na izobrazbi in izkušnjah (Kourkouta in Papathanasiou, 2014, str. 66). Komunikacija v zdravstveni negi je postala bolj aktualna z razvojem stroke, uveljavljanjem sodobnih metod dela, ki aktivno vključujejo pacienta, in nima zgolj le akademskih razsežnosti, temveč predvsem praktični pomen (Dukarić, 2011).

Uspešni odnosi med zaposlenimi vplivajo na kakovost dela. Pomembno je, da sodelujejo vsi zaposleni ne glede na njihovo vlogo in status (Ovijač, 2009, str. 18). Ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja in zadovoljstva pacientov pri obravnavi je komunikacija (Ule 2010).

Za kakovostno opravljanje dela v zdravstvu in delovanje tima je pogoj učinkovita in dobra komunikacija med zdravstvenimi delavci (Iršič 2008). Profesionalna komunikacija je osnova kakovostne zdravstvene oskrbe pacienta, njeno pomanjkanje pa vodi v nezadovoljstvo med delavci in pacienti (Birk, 2009, str. 59). Zadostna in kakovostna komunikacija prispeva k učinkovitemu in uspešnemu opravljanju nalog, medtem ko pomanjkljivo in neučinkovito komuniciranje hromi učinkovitost delovanja ter povzroča nezadovoljstvo zaposlenih in pacientov (Česen, 2003). Na uspešno delo v timu vpliva medsebojno zaupanje, sodelovanje, sproščena komunikacija, pozitivni medsebojni odnosi in pohvale za učinkovito delo (Lahe in Kavčič, 2006). Učinkovita komunikacija pomeni optimalen način prenašanja informacij, potrebnih za učinkovito opravljanje dela in delovanja (Iršič, 2008). Dobro komunikacijsko omrežje je ključ do uspeha, gre za dvosmerno komunikacijo s člani negovalnega tima in vodi ter prenosom informacij od zgoraj navzdol (Burns, 2009, str. 521). Uspešnost vsake organizacije je odvisna od komuniciranja med ljudmi. Odprta komunikacija ustvarja pogoje in možnosti za napredek organizacije in razvoj stroke (Filej, 2005). Dobra komunikacijska spretnost ni samo dodatek k medicinskemu znanju, ki naredi zdravstvenega delavca bolj razumevajočega, ampak je spretnost, ki ga naredi učinkovitega. Komuniciranje je ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja in na drugi strani zadovoljstva pacientov pri obravnavi (Ule, 2009).

1.1 Namen in cilji

Namen in z njim povezani cilji so bili ugotoviti povezavo med dobro komunikacijo negovalnega tima in kakovostnim izvajanjem postopkov zdravstvene nege.

1.2 Raziskovalno vprašanje in hipoteza

Zastavili smo si eno raziskovalno vprašanje (RV) ter eno hipotezo (H).

RV: Kako anketirani ocenjujejo komunikacijo znotraj svojega negovalnega tima?

H: Dobra komunikacija znotraj negovalnega tima statistično vpliva na zadovoljstvo pri delu in na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja.

2.2 Opis instrumenta

Instrument, s katerim smo pridobili podatke, je bil anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo sestavili na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature. Anketni vprašalnik je vseboval devet vprašanj. Prva štiri vprašanja so se navezovala na demografske značilnosti anketirane populacije, in sicer na spol, starost, izobrazbo in delovno dobo. Anketirani je pri teh vprašanjih obkrožil črko pred podanim odgovorom. Naslednja vprašanja so se nanašala na trditve glede komunikacije v negovalnem timu v povezavi s kakovostnim izvajanjem postopkov zdravstvene nege. V tem sklopu je anketirani ocenil trditve po Likertovi petstopenjski lestvici strinjanja, pri čemer pomeni 5 – popolnoma se strinjam, 4 – se strinjam, 3 – niti – niti, 2 – se ne strinjam, 1 – sploh se ne strinjam, odgovor je anketirani označil z X. Sledil je sklop vprašanj povezanih s komunikacijo v negovalnem timu anketiranega. Tudi v tem sklopu je anketirani ocenil trditve po Likertovi petstopenjski lestvici strinjanja. Sledilo je vprašanje, pri katerem nas je zanimala najpogostejša ovira za učinkovito komunikacijo. Zadnji dve vprašanji sta se nanašali na konflikte in njihovo reševanje. Pri zadnjih treh vprašanjih je anketirani obkrožil črko pred podanim odgovorom. Vsa vprašanja, razen enega, so bila zaprtega tipa.

2.3 Opis vzorca, zbiranja in obdelave podatkov

Vzorec anketiranih je bil namenski, saj smo anketni vprašalnik razdelili med zaposlene v zdravstveni negi dveh zdravstvenih domov. Med zaposlene v zdravstveni negi smo razdelili 70 anketnih vprašalnikov, $n = 9$ (12,9 %) ni bilo vrnjenih, $n = 5$ (7,1 %) je bilo nepravilno izpolnjenih, kar predstavlja 80-% ($n = 56$) odziv. Vrnjene (pravilno izpolnjene) anketne vprašalnice smo analizirali in statistično obdelali s pomočjo programov Microsoft Word, Microsoft Excel in IBM SPSS 22.0. Dobljene rezultate smo s pomočjo omenjenih programov prikazali v obliki tabel in grafov. Uporabili smo tudi deskriptivno statistiko ter T-test za enostranski vzorec, s katerim smo potrdili postavljeno hipotezo.

3 Rezultati

Za dokazovanje povezave med dobro komunikacijo znotraj negovalnega tima in kakovostnim izvajanjem postopkov zdravstvene nege smo uporabili dva sklopa trditev. Prvi sklop trditev se je nanašal na samo povezavo med komunikacijo in izvajanjem postopkov zdravstvene nege, drugi sklop trditev pa na komunikacijo znotraj negovalnega tima anketiranih. Rezultati so prikazani v tabeli 1 in tabeli 2.

Tabela 1: Opisne statistike za trditve o povezavi komunikacija – izvajanje postopkov zdravstvene nege

	<i>N</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	\bar{x}	<i>SO</i>
Dobra komunikacija v negovalnem timu povečuje zadovoljstvo pri delu.	56	4	5	4,89	0,315
Dobra komunikacija v negovalnem timu vpliva na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege.	56	4	5	4,93	0,262
Dobra komunikacija v negovalnem timu vpliva na varnost izvajanja postopkov zdravstvene nege.	56	4	5	4,89	0,315
Komunikacija znotraj negovalnega tima mora biti dvosmerna.	56	4	5	4,98	0,135
Če v negovalnem timu ni medsebojnega zaupanja, komunikacija ni uspešna.	56	3	5	4,78	0,459
Medsebojni odnosi znotraj negovalnega tima vplivajo na kakovost zdravstvene nege.	56	3	5	4,62	0,593
Medsebojni odnosi znotraj negovalnega tima vplivajo na varnost zdravstvene nege.	56	3	5	4,60	0,655
Kadar so odnosi v negovalnem timu dobri, je dobra tudi komunikacija s pacienti.	56	3	5	4,67	0,579
Za vsak tim je pomembno sprotno reševanje konfliktov.	56	4	5	4,89	0,404

Legenda: *N* – število; *min* – minimum, *max* – maximum, \bar{x} – povprečje, *SO* – standardni odklon

Vir: Lastna raziskava 2020.

Tabela 2: Opisne statistike za trditve o komunikaciji v negovalnem timu anketiranih

	<i>N</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	\bar{x}	<i>SO</i>
Komunikacija med člani našega negovalnega tima je učinkovita.	56	2	5	4,04	0,66
V našem negovalnem timu prevladujejo dobri medsebojni odnosi.	56	2	5	4,02	0,733
V našem negovalnem timu prevladuje odprta in pozitivno naravnana komunikacija.	56	2	5	3,93	0,858
V našem negovalnem timu se pogovarjamo o problemih, povezanih z zdravstveno nego.	56	1	5	3,89	1,083
V našem negovalnem timu se pogovarjamo o problemih, ki zadevajo paciente.	56	1	5	3,93	0,997
V našem negovalnem timu prevladuje odprta komunikacija na relaciji podrejeni – nadrejeni.	56	1	5	3,53	1,245
V našem negovalnem timu od nadrejenih prejmemo dovolj in razumljive informacije.	56	1	5	3,73	1,027
V našem negovalnem timu si nadrejeni prizadeva za uspešno komunikacijo.	56	1	5	3,67	1,156
V našem negovalnem timu smo večkrat deležni pohval.	56	1	5	3,42	1,031
V našem negovalnem timu imamo vsi enake možnosti za izobraževanje.	56	1	5	3,85	0,911
V našem negovalnem timu imamo vsi enake možnosti izražanja mnenj.	56	1	5	3,95	1,008
V našem negovalnem timu vlada spoštovanje.	56	1	5	3,93	0,836
Negovalni tim upošteva moje predloge.	56	2	5	3,85	0,826
Negovalni tim upošteva predloge vseh članov.	56	2	5	3,89	0,737
V našem negovalnem timu vladajo odkriti in iskreni odnosi.	56	1	5	3,71	0,896
Naš negovalni tim ima redne sestanke.	56	1	5	3,09	0,986
Odnose v našem timu izboljšujemo s prstočasnimi dejavnostmi (pikniki, debriefing, izleti ...)	56	1	5	3,96	1,036

Legenda: *N* – število; *min* – minimum, *max* – maximum, \bar{x} – povprečje, *SO* – standardni odklon

Vir: Lastna raziskava 2020.

Zanimalo nas je, ali dobra komunikacija znotraj negovalnega tima statistično vpliva na zadovoljstvo pri delu in na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege. S pomočjo opisne statistike in T-testa za enostranski vzorec smo ugotovili, da dobra komunikacija statistično

vpliva na zadovoljstvo ($df = 54$; $t = 44,571$; $p = <0,001$) pri delu in na kakovost ($df = 54$; $t = 54,537$; $p = <0,001$) izvajanja postopkov zdravstvene nege. Podatki so prikazani v tabeli 3 in tabeli 4.

Tabela 3: Opisne statistike za hipotezo 1

	<i>N</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Std. odklon</i>	<i>Std. napaka povprečja</i>
Dobra komunikacija v negovalnem timu povečuje zadovoljstvo pri delu.	56	4,89	0,315	0,042
Dobra komunikacija v negovalnem timu vpliva na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege.	56	4,93	0,262	0,035

Vir: Lastna raziskava 2020.

Tabela 4: T-test za hipotezo 1

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-vrednost</i>
Dobra komunikacija v negovalnem timu povečuje zadovoljstvo pri delu.	44,571	54	<0,001
Dobra komunikacija v negovalnem timu vpliva na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege.	54,537	54	<0,001

Legenda: *t* – vrednost T-testa; *df* – število vrednosti

Vir: Lastna raziskava 2020.

4 Razprava

Ugotovili smo, da se anketirani strinjajo z večino trditev, ki se nanašajo na komunikacijo znotraj njihovega negovalnega tima. Najvišjo oceno je dosegla trditev »Komunikacija med člani našega negovalnega tima je učinkovita« ($\bar{x} = 4,04$; $SO = 0,666$), sledita trditvi »V našem negovalnem timu imamo vsi enake možnosti izražanja mnenj« ($\bar{x} = 3,95$; $SO = 1,008$) in »V našem negovalnem timu prevladuje odprta in pozitivno naravnana komunikacija« ($\bar{x} = 3,93$; $SO = 0,858$). Najnižjo oceno so dosegle trditve »Naš negovalni tim ima redne sestanke« ($\bar{x} = 3,09$; $SO = 0,986$), »V našem negovalnem timu smo večkrat deležni pohval« ($\bar{x} = 3,42$; $SO = 1,031$) ter »V našem negovalnem timu prevladuje odprta komunikacija na relaciji podrejeni – nadrejeni« ($\bar{x} = 3,52$; $SO = 1,245$). Rop (2016) v svoji raziskavi navaja, da 71 % anketiranih meni, da je komunikacija znotraj njihovega tima na delovnem mestu učinkovita oziroma kakovostna, s tem se strinja tudi Balažic (2011), vendar ugotavlja tudi, da si anketirani želijo več iskrenosti in odkritosti, profesionalnih odnosov, enakopravnosti, s čimer bi dosegli, tako menijo, manjše število strokovnih napak. Grčar (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da 44 % anketiranih meni, da večino časa znotraj tima komunicirajo učinkovito in kakovostno, kar 42 % pa jih meni, da redko komunicirajo učinkovito in kakovostno. Jensko (2011) navaja, da je 45 % anketiranih redko oziroma nikoli pohvaljenih.

Za potrjevanje hipoteze smo uporabili T-test za enostranski vzorec. Ugotavljamo, da vrednost p znaša $p = <0,001$. Dejansko povprečje je statistično značilno različno od testnega. Pri obeh trditvah je dejansko povprečje višje od testnega (»Dobra komunikacija v negovalnem timu povečuje zadovoljstvo pri delu« – $\bar{x} = 4,89$; $SO = 0,315$; std. napaka povprečja = 0,042 in »Dobra komunikacija v negovalnem timu vpliva na kakovost izvajanja postopkov zdravstvene nege« – $\bar{x} = 4,93$; $SO = 0,262$; std. napaka povprečja = 0,035). Anketirani se v povprečju s trditvijo zelo strinjajo. *Hipotezo potrdimo*. Kneževič (2013) navaja, da način komuniciranja pomembno vpliva na doseganje zastavljenih ciljev organizacije in pogojuje kvaliteto

opravljenega dela. Tudi Ožbolt (2011) navaja, da 86 % anketiranih meni, da ustrezna komunikacija povečuje delovno motivacijo in posledično vpliva na kakovost izvajanja delovnih procesov.

5 Sklep

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kakšna je komunikacija znotraj negovalnega tima anketiranih in kakšen pogled imajo anketirani na pomembnost komunikacije. Ugotovili smo, da se anketirani zavedajo pomembnosti komunikacije v smislu zagotavljanja varnosti in kakovosti zdravstvene oskrbe. Zavedajo se, da se odnosi znotraj negovalnega tima kažejo tudi v odnosu do pacienta. Najslabše ocenjena je bila trditev v povezavi z rednimi sestanki, kjer ugotavljamo, da negovalni tim, ki smo ga anketirali, nima rednih sestankov.

Veseli nas, da se anketirani zavedajo povezave med dobro komunikacijo znotraj negovalnega tima in kakovostjo izvajanja postopkov zdravstvene nege. S takšnim zavedanjem bodo lahko dosegali visoko kakovostno, varno in učinkovito izvajanje storitev tako za njih kot izvajalce, tako za paciente kot uporabnike.

Kako (še) izboljšati komunikacijo – in posledično izvajanje postopkov zdravstvene nege? Najprej zavedanje pomembnosti komunikacije, nato prevladovanje odprte in pozitivne komunikacije. Vzpostavljajte pozitivnega in korektnega odnosa nadrejeni – podrejeni. Dobro opravljeno delo – pohvala. Sprejemanje drugih (tudi drugačnih) mnenj. Spoštovanje.

Negovalni tim + uspešna in učinkovita komunikacija = kakovostno izvajanje postopkov zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Balažič, D. (2011). Komunikacija v zdravstvenem timu (Diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
2. Burns, D. (2009). Clinical leadership for general practice nurses 2: facilitating factors. *Practice Nursing*, 20 (10), 519–523.
3. Česen, M. (2003). Management javne zdravstvene službe. Ljubljana: CTU.
4. Dukarič, I. (2012). Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene nege v patronažni službi: diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Filej, B. (2005). Vprašanja: ali imamo odgovore nanje? *Obzornik zdravstvene nege*, 39 (3), 173–174.
6. Grčar, M. (2011). Komunikacija in konflikti na delovnem mestu (Diplomsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Henderson, A, Heel, A. in Twentymann, M. Enabling student placement through strategic partnerships between a health-care organization and tertiary institutions. *Journal of nursing management*, 15 (1), 91–96.
8. Iršič, M. (2008). Kakovostna in učinkovita komunikacija v medosebnih odnosih. *Prepletanja*, 24, 10–11.
9. Jensko, K. (2011). Interno komuniciranje in zadovoljstvo zaposlenih v organizaciji (Magistrska naloga). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne družbene študije.
10. Kneževič, A. (2013). Vpliv komunikacije na odličnost in motiviranost zaposlenih v podjetju (Diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
11. Koren, M. (2009). Komunikacija med medicinskimi sestrami in starši zdravljenih otrok (Diplomsko delo). Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.
12. Lahe, M. in Kavčič M. (2006). Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege. V V. Rajkovič idr. (ur.), *Management sprememb* (str. 1268–1276). Kranj: Moderna organizacija.
13. Lambrini, K. in Papatthanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia socio-medica*, 26 (1), 65–67.

14. Ovijač, M. (2009). Medsebojni odnosi na delovnem mestu in stres. V Preobremenjenost, konflikti in stres na delovnem mestu (str. 16–20). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji.
15. Ožbolt, K. (2011). Komunikacija in medosebni odnosi (Diplomsko delo). Kranj: B&B Višja strokovna šola.
16. Poredoš, P. (2007). Medsebojni odnosi v zdravstvenem timu – pogoj za kakovostno zdravstveno storitev. V Kvas A. idr. (ur.), Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljševanje kakovosti (str. 12–15). Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
17. Rašić, J. (2010). Pomen medosebnih odnosov in komunikacija v zdravstvenem timu (Diplomsko delo). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
18. Tasič, M. (2005). Organizacija in financiranje zdravstvene dejavnosti v Sloveniji (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
19. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medsebojnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Sprejetost oseb z duševno manjrazvitostjo v socialnem okolju

KLJUČNE BESEDE: mentalna retardacija, integracija, skupnost, zdravstvena nega

POVZETEK - Uvod: Pri duševni manjrazvitosti gre za primanjkljaj intelektualnih sposobnosti, ki ga ni mogoče pozdraviti. Osebam, ki trpijo za duševno manjrazvitostjo lahko s sprejemanjem in vključevanjem omogočimo lepše, bolj polno in kakovostno življenje. Ugotavljali smo, v kolikšni meri posamezniki sprejemajo duševno manjrazvite in kako jih vključujejo v vsakodnevno socialno okolje. Metode: Uporabljena je bila deskriptivno-opisna metoda dela. V raziskavi, ki je bila izvedena s pomočjo anketnega vprašalnika, je sodelovalo 100 ljudi, starejših od 20 let. Rezultati: Analiza je pokazala, da ljudje sprejemajo duševno manjrazvite kot enakovredne posameznike, se jih ob srečanju ne bojijo in jih vključujejo v vsakodnevne aktivnosti. Anketirani so tudi mnenja, da je v Sloveniji še vedno premalo poskrbljeno za te osebe. Razprava: Duševno manjrazviti predstavljajo manjši delež populacije, zato se o njih manj govori. Kljub temu se okolica nanje odziva vedno bolj odprto in pozitivno. Vedno več ljudi jih sprejema kot enakovredne posameznike, ki imajo pravico do samostojnega odločanja. Večja informiranost in osveščenost ljudi bi še dodatno prispevala k izgubi nekaterih neprijetnih občutkov pred drugačnostjo, ki so v našem okolju, žal, še vedno prisotni.

KEYWORDS: mental retardation, acceptance, community, health care

ABSTRACT - Introduction: Mental retardation is a lack of intellectual ability that cannot be cured. However, we can enable people with mental retardation to live a more beautiful, fuller and better life. We have determined the extent to which individuals accept the mentally underdeveloped and how they are involved in the daily social environment. Methods: We used a descriptive method of work. The research, which is based on a quantitative approach, was conducted with help of using a questionnaire. The study involved 100 people over the age of 20. Results: The analysis of the research showed that people look at the mentally retarded as equal individuals and are not frightened by them when they meet them. The respondents have opinion that there is still insufficient care for the mentally retarded in Slovenia. Discussion: People with mental retardation represent a small proportion of the population. The environment is getting increasingly more acceptable to people with mental retardation. More and more people see them as equal individuals with the right to make their own decisions. Greater information and awareness of people would, further contribute to the loss of some unpleasant feelings before the differentness, which unfortunately still present in our environment.

1 Duševna manjrazvitost

Svetovna zdravstvena organizacija duševno zdravje opisuje kot dobro počutje, v katerem vsak razvija sposobnosti, se spopada s stresom v življenju ter učinkovito dela in prispeva v svojo skupnost (Bajt idr., 2009). Inteligentnost opredelimo kot sposobnost presoje in dojemanja. Pomeni prilagajanje življenjskim okoliščinam, razmeram. Pri tem uporabljamo pretekle lastne in tuje izkušnje ter podatke, ki nas pripeljejo k zastavljenemu cilju (Mrevlje, 2009). Določena raven intelektualnega razvoja je značilna za različna starostna obdobja. Prav ta se razvija ob primerni biološki in genetski zasnovi ter vplivih okolja. Intelektualni razvoj pa lahko zmotijo in zaustavijo razni dejavniki zunanjega in notranjega okolja. O duševni manjrazvitosti govorimo, kadar inteligenčne in prilagoditvene sposobnosti ne dosega ravnici, ki je značilna za

posamezno starostno obdobje (Tomori, 1999). Uvrščamo jo med inteligenčne motnje, ki nastanejo zaradi premalo razvitih možganskih struktur ob rojstvu. Pri izračunu inteligenčnega kvocienta štejemo kot povprečno inteligenco IQ med 90 in 110. Vse, kar je pod to mejo, spada v podpovprečnost, kar je nad mejo, pa v nadpovprečnost (Pregelj, Kobentar, Kobal in Šušteršič, 2009). »Motnja v duševnem razvoju ali duševna manjrazvitost se kaže v povečani odvisnosti od pomoči in vodenja drugih na vseh področjih« (Štiglic, 2008). Oseba, ki je duševno manjrazvita, ima zmanjšane prilagoditvene in življenjske sposobnosti ter spretnosti. Njeno kognitivno delovanje je upočasnjeno. Prav tako imajo take osebe težave s posploševanjem, oblikovanjem pojmov, zaznavanjem, pomnjenjem, pozornostjo. Tak razvojni primanjkljaj se pokaže pred 18. letom starosti. Z motnjo se otrok rodi in z njo funkcionira vse svoje življenje (Schmidt, Schmidt in Schmidt, 2017). Potrebuje več pozornosti in takšen odnos, s katerim bo imel kljub vsemu zagotovljeno čim boljše kakovost življenja (Keček, 2008).

Duševno manjrazvite skozi vse življenje spremljajo številne težave. Ena izmed težav je ta, da imajo malo priložnosti za vključevanje v skupnost in posledično tudi malo socialnih stikov in odnosov (Kampert in Goreczny, 2007). Socialna vključenost je pomemben cilj. Opredeljena je kot interakcija medosebnih odnosov in sodelovanja v skupnosti (Simplican, Leader, Kosciulek in Leahy 2015). Je aktivna vključenost v okolje z možnostjo izbire. Integracija pa ni mogoča brez podpore in solidarnosti okolja (Ulaga, 1993). Velikokrat v življenju se duševno manjrazviti spopadajo z neuspehi, kar zmanjšuje njihovo samozavest ter povečuje negotovost, nezaupanje, ogroženost, odrinjenost in prikrajšanost (Štiglic, 2008). Pri diagnozi duševna manjrazvitost se ne smemo osredotočiti le na obolelega in njegovo stanje, pač pa tudi na družino (Johnson, Walker, Palomo Gonzales in Curry 2006). Motnja močno vpliva ne le na pacienta, ampak tudi na družinske člane (Rodrigues - Meirinhos, Antolin - Suarez in Alfredo, 2018). Praviloma je potrebna celovita obravnava, ki vključuje različne pristope, vključno z družinskim svetovanjem, izobraževanjem in intervencijami okolja (Szymanski in King, 1999). Razvoj odnosa do oseb z duševno manjrazvitostjo je v zadnjih nekaj letih doživel zelo velik napredek. Včasih so duševno manjrazvite odstranjevali, se jih sramovali, pomilovali, zapirali, častili po božje ali jih izrinili iz družbe. V novejšem, naprednejšem času pa jih poskušamo integrirati, normalizirati in vključiti v družbo (Lačen, 2001). Odzivi ljudi na drugačnost so različni. Pogosto se otroci odzovejo nestrpno in sovražno do drugačnih otrok, zato je zelo pomembno že v mladih letih predstaviti drugačnost kot izziv ter nekaj vsakdanjega in ne kot nekaj, česar bi se bilo treba bati (Palomares, 2001). Najpomembnejši korak do vključenosti, ki ga moramo narediti, je ta, da najprej odpravimo predsodke in stereotipe (Cenar, 2014). Pri tem pa lahko naletimo na veliko dilem o tem, kako se z drugačnostjo spopasti in oblikovati pogoje, ki bodo za vse enaki.

Namen raziskave je bil raziskati sprejetost oseb z duševno manjrazvitostjo v vsakodnevno socialno okolje.

Zastavljeni cilji so bili:

- ugotoviti, kako in v kolikšni meri ljudje sprejemajo duševno manjrazvitost,
- ugotoviti predsodke ljudi glede duševne manjrazvitosti.

V ta namen smo si zastavili raziskovalno vprašanje:

Kakšna je sprejetost oseb z duševno manjrazvitostjo v socialno okolje?

2 Metode

Pri izdelavi raziskave smo uporabili opisno ali deskriptivno metodo dela. Izvedli smo kvantitativno raziskavo, ki temelji na filozofiji pozitivizma.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila opisna ali deskriptivna metoda dela in kvantitativna metoda raziskovanja. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja.

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili metodo anketiranja. S pomočjo anketnega vprašalnika smo zbirali numerične podatke. Anketo smo oblikovali na osnovi pregleda literature: Lačen (2001); Lebarič, Kobal Grum, in Kolenc (2006); Novljan in Jelenc (2002); Schmidt, Schmidt in Schmidt (2017). Vprašanja so zaprtega in polodprtega tipa. Vprašalnik je sestavljen iz treh poglavij, ki obsegajo demografske podatke, podatke o težavah, s katerimi se soočajo osebe z duševno manjrazvitostjo, in sprejemanje oseb z duševno manjrazvitostjo.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 100 (100 %) anketirancev, od tega 62 (62 %) žensk in 38 (38 %) moških. 21 (21 %) anketirancev je starih 20–35 let. Prevladujejo anketiranci, stari 36–55 let, ki jih je kar 55 (55 %). Starih med 56–75 let je 24 (24 %) anketirancev. Največ anketirancev je zaposlenih; takih je 80 (80 %) anketiranih, 1 (1 %) anketirani je brezposeln, 17 (17 %) anketirancev je upokojenih in 2 (2 %) anketiranca sta študenta.

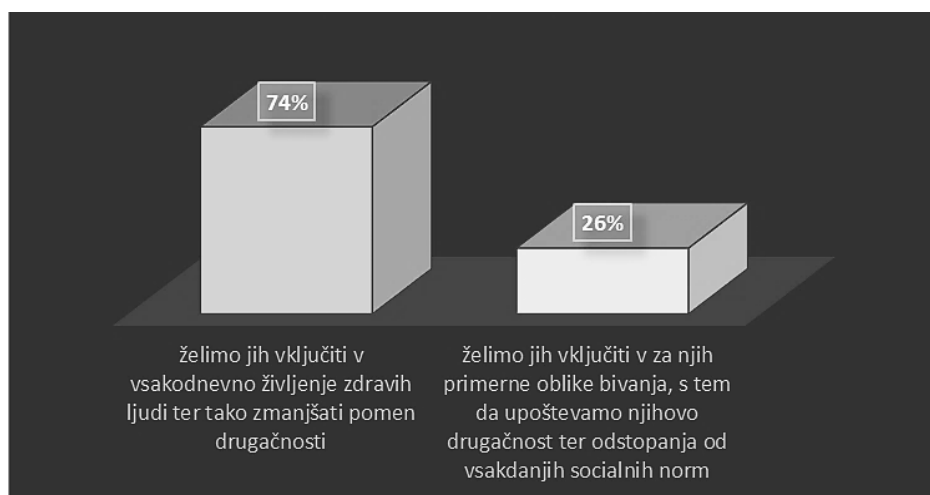
2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od januarja do marca 2020 med splošno populacijo v enem izmed krajev v SV Sloveniji. Anketirani so v raziskavi sodelovali prostovoljno in so bili seznanjeni z namenom, cilji ter anonimnostjo sodelovanja. Imeli so možnost zavrnitve sodelovanja. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), Oviedske konvencije in splošne deklaracije o človekovih pravicah (Council of Europe, 1997). Sledil je pregled vprašalnikov s programom Microsoft Word in Microsoft Excel.

3 Rezultati

Največ anketirancev (76; 76 %) meni, da je duševna manjrazvitost motnja, pri kateri inteligenčne sposobnosti ne dosegajo ravni primerne starosti. 15 (15 %) jih meni, da je to bolezen, ki jo je možno pozdraviti in nadzorovati z zdravili, 9 (9 %) pa jih meni, da je to bolezen, ki se je z zdravili ne da pozdraviti in nadzorovati. Največ anketirancev (66; 66 %) meni, da so duševno manjrazviti zaprti vase, 37 (37 %) jih meni, da so agresivni, 35 (35 %), da so dobrosrčni, 26 (26 %), da so prijazni, 24 (24 %) jih meni, da so nesramni, 23 (23 %), da so igrivi, 14 (14 %), da so ljubeznivi, in 2 (2 %) sta pod drugo označila naivnost. Iz Slike 1 je razvidno, da je 74 (74 %) anketiranih mnenja, da želimo s procesom vključevanja duševno manjrazvite vključiti v vsakodnevno življenje zdravih ljudi in s tem zmanjšati pomen drugačnosti. 26 (26 %) jih meni, da jih želimo vključiti v za njih primerne oblike bivanja, s tem da upoštevamo njihovo drugačnost in odstopanja od vsakdanjih socialnih norm.

Slika 1: Vključevanje duševno manjrazvitih v vsakdanje okolje



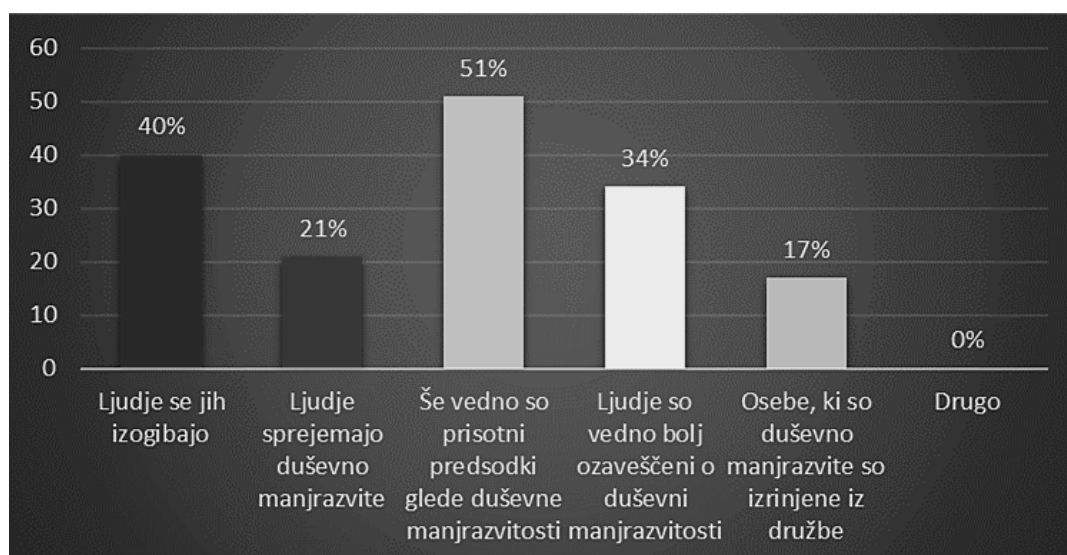
Vir: Lastni vir.

60 (60 %) anketiranih se je že srečalo z duševno manjrazvito osebo, 40 (40 %) še ne. Z osebami z duševno motnjo so se srečali v trgovini, v vrtcu, v službi, v družini, pri prijateljih, v šoli, v domu za starejše, na dobrodelni prireditvi, v bolnišnici, pri prostovoljstvu, na letovanju, v zavodih.

71 (71 %) anketiranih sprejema duševno manjrazvite kot enakovredne posameznike, 29 (29 %) pa na njih gleda z usmiljenjem.

Iz Slike 2 je razvidno, da 51 (51 %) anketirancev ocenjuje, da so še vedno prisotni predsodki glede duševne manjrazvitosti, saj se 40 (40 %) anketirancev se izogiba duševno manjrazvitim ljudem. 34 (34 %) anketirancev je mnenja, da so ljudje o motnji vedno bolj ozaveščeni, in 21 (21 %) jih meni, da so osebe z duševno manjrazvitostjo sprejete v okolju. 17 (17 %) jih meni, da so duševno manjrazvite osebe izrinjene iz družbe.

Slika 2: Sprejetost duševno manjrazvitih v socialnem okolju



Vir: Lastni vir.

Samo eden (1 %) anketiranec je odgovoril, da je ob osebah z duševno manjrazvitostjo prisoten strah. 20 (20 %) anketirancev je odgovorilo, da je njihov strah vezan na okoliščine, v katerih se znajdejo ob osebi z duševno manjrazvitostjo. 63 (63 %) anketirancev ocenjuje, da je najbolje,

če osebe z duševno manjrazvitostjo živijo doma, pri svoji družini, 32 (32 %) jih meni, da je najprimerneje, če bivajo v bivalni skupnosti, 5 (5 %) pa jih je mnenja, da so zavodi ustrezna namestitvev. Kar 71 (71 %) jih ne pozna institucij, ki so namenjene bivanju omenjenih oseb.

Iz tabele 1 je razvidno, da 34 (34 %) anketiranih meni, da so osebe z duševno manjrazvitostjo slabo vključene v socialno okolje, 72 (72 %) pa, da bi morali vključenosti v socialno okolje posvetiti večjo pozornost. 42 (42 %) anketiranih meni, da so ljudje slabo informirani o motnji, 68 (68 %) anketiranih se strinja, da bi večja informiranost prispevala k boljši vključenosti in sprejetosti oseb z duševno manjrazvitostjo v socialno okolje. K temu bi po mnenju 63 (63 %) anketiranih pripomogla tudi vzgoja glede drugačnosti v zgodnjem otroštvu. 35 (35 %) anketiranih ni prepričanih, ali je v Sloveniji dobro poskrbljeno za osebe z duševno manjrazvitostjo.

Tabela 1: Informiranost o duševni manjrazvitosti s strani splošne populacije

<i>Trditev</i>	<i>Sploh se ne strinjam</i>	<i>Se ne strinjam</i>	<i>Niti se strinjam, niti se ne strinjam</i>	<i>Se strinjam</i>	<i>Povsem se strinjam</i>
Osebe z duševno manjrazvitostjo so dobro vključene v socialno okolje.	2 (2 %)	34 (34 %)	28 (28 %)	32 (32 %)	4 (4 %)
Osebe z duševno manjrazvitostjo bi morale biti boljše vključene v socialno okolje.	0 (0 %)	2 (2 %)	6 (6 %)	72 (72 %)	20 (20 %)
Ljudje so dobro informirani o duševni manjrazvitosti.	8 (8 %)	42 (42 %)	22 (22 %)	24 (24 %)	4 (4 %)
Večja informiranost širšega kroga ljudi bi prispevala k boljši vključenosti, sprejetosti in k razvijanju pozitivnega odnosa do duševno manjrazvitih.	0 (0 %)	3 (3 %)	4 (4 %)	68 (68 %)	25 (25 %)
Vzgoja glede drugačnosti v zgodnjem otroštvu zelo vpliva na sprejemanje duševne manjrazvitosti.	0 (0 %)	5 (5 %)	8 (8 %)	63 (63 %)	24 (24 %)
V Sloveniji je za osebe z duševno manjrazvitostjo dovolj poskrbljeno.	1 (1 %)	32 (32 %)	35 (35 %)	27 (27 %)	5 (5 %)

4 Razprava

Z analizo podatkov smo ugotovili, da večina ljudi zelo dobro pozna pomen duševne manjrazvitosti in pomen vključevanja duševno manjrazvitih v socialno okolje. Več kot polovica anketiranih se je že srečala s tako osebo. Večina (79 %) se duševno manjrazvitih ne boji, posledično jih tudi boljše sprejmejo medse in v svoje vsakodnevno socialno okolje. Več kot polovica (66 %) anketiranih meni, da so duševno manjrazvite osebe zaprte vase, nekaj jih meni, da so agresivne. Dobra tretjina (36 %) pa je mnenja, da so dobrasrčni. Med lastnosti duševno manjrazvitih spadajo: odvisnost, plašnost, nizka samopodoba, negotovost, zavore pri vzpostavljanju socialnih stikov in druge lastnosti, ki so povezane z okoliščinami (Tomori,

1999). Večina anketiranih meni, da je najprimernejše mesto za življenje takih oseb v družini, kjer imajo občutek varnosti in topline. Z vidika socializacije zapiranje v družinski krog ustvarja kopičenje napetosti v družini, konflikte in s tem negativne posledice. Izbruhnejo lahko zavrte potrebe odrasle osebe z duševno manjrazvitostjo, ki so bile delno ali pa nikoli zadovoljene (Lačen, 2001). Skoraj tri četrtine (71 %) anketiranih ne pozna nobene institucije, ki je namenjena bivanju oseb z duševno manjrazvitostjo. Socialna integracija omogoča razvoj optimalne vključenosti oseb z duševno manjrazvitostjo v socialno okolje (Lebarič idr., 2006). Duševno manjrazvite osebe so zaradi svoje drugačnosti, na katero nimajo vpliva, še danes izrinjene iz družbe in vsakodnevnega življenja. Kljub obsežni literaturi, socialnim medijem, internetnim člankom dandanes skoraj polovica (42 %) anketiranih meni, da so ljudje še vedno premalo informirani o tej bolezni in da se o njej premalo govori. S tem pa se jih znatno več (68 %) strinja, da bi večja informiranost širšega kroga ljudi pripomogla k boljšemu poznavanju duševne manjrazvitosti. Vzgoja otroka je najpomembnejša dejavnost starša. Pomembno je, da otroka že v zgodnjem otroštvu začnemo učiti sprejemanja in strpnosti do drugačnih, saj bo le tako lahko tolerantno in strpno živel v okolju z drugačnimi od sebe. Zadnja leta se v Sloveniji na področju pomoči duševno manjrazvitim dogaja kar nekaj sprememb. Poskrbljeno je za zdravstveno nego in pomoč pri zagotavljanju vseh njihovih življenjskih aktivnosti, vedno bolj pa se v ospredje postavlja tudi njihovo sprejemanje in vključevanje v vsakdanje socialno okolje. Večina anketiranih meni, da je za osebe z duševno manjrazvitostjo v Sloveniji še vedno premalo poskrbljeno in da bi se na tem področju dalo še veliko narediti.

Iz podatkov analize smo ugotovili, da večina (71 %) anketiranih gleda na duševno manjrazvite kot na enakovredne posameznike. Ti prav tako menijo, da je najprimernejše življenje za njih doma, pri družini, kjer imajo občutek varnosti in topline. Anketiranci v večini (72 %) menijo, da imajo te osebe enake možnosti za življenje ter da jih je treba še bolj sprejeti in vključevati v vsakdanje socialno okolje. Za uspešno obravnavo oseb z duševno manjrazvitostjo je pomembno, da upoštevamo individualne potrebe vsakega posameznika, saj jim lahko le na tak način pomagamo do boljšega uspeha, napredka in posledično zadovoljstva. Poskrbeti je potrebno za dobre medsebojne odnose, tudi med zdravstvenimi delavci, spoštovanje, zaupanje, dodatna izobraževanja. Takšen pristop prispeva h kakovostni obravnavi oseb z duševno manjrazvitostjo, k dobri socialni in ekonomski vključenosti. Osebe z duševno manjrazvitostjo so del naše skupnosti. Imeti morajo dostop do možnosti, ki obstajajo, in imeti možnost, da prispevajo svoj delež v družbi in skupnosti. To je proces, ki bo trajal še nekaj časa.

5 Sklep

Odnos do drugačnosti se spreminja. Okolica se na osebe z duševno manjrazvitostjo odziva bolj odprto in spodbudno kot v preteklosti. Še vedno pa so osebe z duševno manjrazvitostjo lahko diskriminirane in izrinjene iz družbe, pri čemer nimajo možnosti za odločanje o sebi.

Za zagotovitev najvišje stopnje kakovosti življenja osebam z duševno manjrazvitostjo je potrebno o motnji govoriti in populacijo o motnji informirati. Z zadostnim ozaveščanjem lahko vplivamo na zmanjšanje neprijetnih občutkov in strahu pred drugačnostjo. Menimo, da so zagotovljeni pogoji za sprejemanje, vključevanje in integracijo oseb z duševno manjrazvitostjo v socialno okolje. Z našo raziskavo smo ugotovili, da so jim ljudje vedno bolj naklonjeni, prav tako pa prepričani, da je možno na tem področju narediti še veliko izboljšav. K temu bi lahko pripomogle tudi dodatne raziskave in objave o pomenu integracije na področju duševne manjrazvitosti.

LITERATURA

1. Bajt, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., Kovše, K., Kofol Bric, T., Pibaković Brinovec, R.,.... Zorko, M. (2009). Duševno zdravje v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
2. Cenar, S. (2014). Integracija oseb z duševno manjrazvitostjo v socialno okolje (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Clifford Simplican, S., Leader, G., Kosciulek, J. in Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: an ecological model of social networks and community participation. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 18–29.
4. Europe, C. o. (1997). Convention of the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine (European treaty series – no. 164). Oviedo: Council of Europe.
5. Johnson, C. P., Walker, W., Palomo Gonzales, S. in Curry, C. (2006). Mental retardation: diagnosis, management, and family support. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 36 (4), 126–165.
6. Kampert, A. in Goreczny, A. (2007). Community involvement and socialization among individuals with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 28 (3), 278–286.
7. Keček, M. (2008). Pravne podlage in dileme pri obravnavi telesno manjrazvitih oseb in oseb z duševno motnjo. V M. Keček (ur.), *Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata: zbornik prispevkov*, 17. oktober 2008 (str. 12–19). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
8. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Uradni list Republike Slovenije, št. 71.
9. Lačen, M. (2001). Odraslost: osebe z motnjo v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza Sožitje- zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
10. Lebarič, N., Kobal Grum, D. in Kolenc, J. (2006). Socialna integracija otrok s posebnimi potrebami. Radovljica: Didakta.
11. Mrevlje, G. (2009). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Rokus Klett.
12. Novljan, E. in Jelenc, D. (2002). Odraslost: osebe z motnjami v duševnem razvoju: starostnik z motnjami v duševnem razvoju. Ljubljana: Zveza SOŽITJE- zveza društev za pomoč duševno prizadetim Slovenije.
13. Palomares, S. (2001). Spodbujanje strpnosti in sprejemanje drugačnosti: priročnik za vzgojitelje, učitelje in svetovalne delavce. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
14. Pregelj, P., Kobentar, R., Kobal, M. in Šušteršič, O. (2009). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju. Ljubljana: Rokus Klett.
15. Rodrigues - Meirinhos, A., Antolin - Suarez, L. in Alfredo, O. (2018). Support needs of families of adolescent with mental illness: a systematic mixed studies review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (1), 152–163.
16. Schmidt, I., Schmidt, J. in Schmidt, M. (2017). Drama je biti starš vesoljca: drugačnost ni dolgočasna, je univerzalna. Maribor: Pivec.
17. Szymanski, L. in King, B. (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 5S–31S.
18. Štiglic, V. (2008). Veliki mali človek. V M. Keček (ur.), *Ko se duševna manjrazvitost in duševna motnja prepletata: zbornik prispevkov*, 17. oktober 2008 (str. 27–33). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
19. Tomori, M. (1999). Duševna manjrazvitost. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 303–316). Ljubljana: Litterapicta, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
20. Ulaga, J. (1993). Socialna integracija – pot in cilj. *Defectologica Slovenica*, 2 (1), 19–28.

Dejavniki, ki vplivajo na porodno izkušnjo žensk

KLJUČNE BESEDE: porod, zadovoljstvo s porodom, porodna izkušnja

POVZETEK - Uvod: Porod je dogodek, ki pomembno zaznamuje življenje ženske in njene družine. Namen: Namen prispevka je predstaviti dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji. Metode dela: Uporabljeni sta bili deskriptivna in kvantitativna metoda raziskovanja. Teoretičnemu pregledu literature sledi empirični del, kjer smo z uporabo anketnega vprašalnika Birth Satisfaction Scale (BSS) preverjali zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji. Rezultati: V raziskavi je sodelovalo 359 žensk. Rezultati kažejo, da drugorodnice in mnogorodnice izražajo višjo stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo v primerjavi z ženskami, za katere je bil to prvi porod. Glede načina poroda izražajo najnižjo stopnjo zadovoljstva ženske z urgentnim carskim rezom. Ugotovili smo negativno statistično povezanost med zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo in epiziotomijo. Razprava in zaključek: Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo pomembno vpliva na žensko, njenega novorojenčka in družino. Med pomembne dejavnike v povezavi z zadovoljstvom s porodno izkušnjo štejemo: način poroda, kraj poroda, prisotnost partnerja pri porodu, komunikacijo ter odnos zdravstvenega osebja.

KEYWORDS: labour, birth satisfaction, birth experience

ABSTRACT - Introduction: Childbirth is an event that significantly affects the life of a woman and her family. Purpose: This work aims to present the factors that influence women's satisfaction with childbirth experience in Slovenia. Methods of the work: Descriptive and quantitative research methods were employed. Theoretical review of the literature is followed by an empirical part, in which we used the Birth Satisfaction Scale (BSS) to examine women's satisfaction with birth experience in Slovenia. Results: 359 women participated in the study. The results show that women who gave birth for the second time or more expressed higher levels of satisfaction with the birth experience than women for whom it was their first birth. In terms of birth method, the lowest satisfaction is expressed by women who had an emergency cesarean section. A negative statistical correlation between women's birth satisfaction and episiotomy. Discussion and Conclusion: Women's satisfaction with the birth experience has a significant impact on the woman, her newborn, and her family. The factors related to satisfaction with birth experience are: method of birth, place of birth, presence of partner at birth, communication and attitude of health professionals.

1 Zadovoljstvo ženske s porodno izkušnjo

Porod je biološki dogodek, ki je močno zaznamovan s strani družbe (Kragelj in Prosen, 2016, str. 135–143), in predstavlja enega izmed najpomembnejših dogodkov v življenju ženske, kjer sta psihični in fizični stres neizogibna (Katebi, Khadivzadeh, Shamloo in Esmaily, 2017, str. 882–889). Gre za fiziološki oz. normalen proces, ki se lahko pri večini žensk in otrok konča brez komplikacij (World Health Organization (WHO), 2018). V zadnjih letih so na področju babištva in porodništva občutja žensk glede doživete porodne izkušnje in zadovoljstva s porodom prepoznana kot pomembno izhodišče za ocenjevanje in raziskovanje (Catala, Peñacoba, Carmona in Marin, 2020, str. 197–211; Falk, Nelson in Blomberg, 2019, str. 1–9).

S strani zdravstvenega osebja se podatek o zadovoljstvu žensk s porodno izkušnjo uporablja za oceno kakovosti babiške obravnave, na podlagi katere se določajo nadaljnji koraki organizacije in zagotavljanja zdravstvenih storitev (Alfaro Blazquez, Corchon in Ferrer, 2017, str. 103–112; Turkmen, Tjernström, Dahmoun in Bolin, 2018, str. 2166–2173) Izkušnja ženske in posledično

zadovoljstvo s porodno izkušnjo ima lahko veliko kratkotrajnih in dolgotrajnih učinkov oziroma posledic za zdravje ženske in otroka (Falk idr., 2019, str. 1–9; Hinic, 2017, str. 210–215). Za »normalen« porod ni univerzalnega ali standardiziranega pojma, strokovnjaki pa so enotni, da naj bi bil končni izid poroda za vse ženske pozitivna porodna izkušnja. WHO (2018) pozitivno porodno izkušnjo definira kot izkušnjo, ki izpopolni ali preseže predhodna osebna in socialno-kulturna prepričanja ter pričakovanja ženske, vključno z rojstvom zdravega otroka v varnem okolju s kontinuirano čustveno podporo porodnega spremljevalca in zdravstvenega osebja. Dejavniki, ki povečajo »normalnost« porodov in izboljšujejo kakovost obporodne obravnave so različni. Glavni dejavnik, ki napoveduje zadovoljstvo s porodno izkušnjo, je razlika v pričakovanju ženske in dejanske porodne izkušnje (Preis, Lobel in Benyamini, 2019, str. 105–117).

Zadovoljstvo je definirano kot ugodno duševno počutje zaradi doživljanja svojega stanja kot dovolj skladnega z lastnimi potrebami, željami (eSSKJ, 2016–2017), medtem ko zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo predstavlja kompleksen in multidimenzionalen pojav (Henriksen, Grimsrud, Schei in Lukasse, 2017, str. 33–39; Smarandache, Kim, Bohr in Tamim, 2016, str. 114), na katerega vplivajo različni dejavniki; npr. kako ženske dojemajo kvaliteto obravnave, ki so je bile deležne (Jha, Larsson, Christensson in Svanberg, 2017). Gre za subjektivno oceno žensk, kako doživljajo svoj porod, ki zajema veliko osebnih stališč, pridobljenih iz različnih izkušenj. Opis porodne izkušnje odraža njihovo takratno doživljanje in dožemanje (Proctor, Hollins Martin, Larkin in Martin, 2017, str. 10–17).

Namen našega prispevka je predstaviti glavne dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji.

2 Metode

Cilj prispevka je predstaviti rezultate raziskave in na podlagi ugotovljenega potrditi ali ovreči zastavljene hipoteze. Na podlagi postavljenih raziskovalnih vprašanj smo izvedli kvantitativno raziskavo.

Raziskovalna vprašanja so naslednja:

- Katere spremenljivke so v signifikantni povezavi z zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo?
- Kako prisotnost partnerja pri porodu vpliva na zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo?

Zastavljene hipoteze (H) so naslednje:

- *H1*: Drugorodnice in mnogorodnice so bolj zadovoljne s porodno izkušnjo kot tiste ženske, ki so rodile prvič (prvorodnice).
- *H2*: Ženske, ki so rodile v manjših porodnišnicah, so bolj zadovoljne s porodno izkušnjo kot tiste ženske, ki so rodile v dveh največjih porodnišnicah (Ljubljana, Maribor).
- *H3*: Ženske, ki so rodile brez prisotnosti partnerja, izražajo nižje zadovoljstvo s porodom kot tiste ženske, ki so rodile s prisotnostjo partnerja.
- *H4*: Ženske, ki so spoznale babico pred porodom, izražajo višje zadovoljstvo v primerjavi z ženskami, ki babice pred porodom niso poznale.

Prispevek temelji na pregledu najnovejše strokovne in znanstvene literature na temo zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo. Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji smo ugotavljali z anketnim vprašalnikom, ki vključuje raziskovalni inštrument *Birth Satisfaction Scale (BSS)* (Hollins in Fleming, 2011, str. 124–135).

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabljena je bila deskriptivna metoda raziskovanja, pri kateri gre za opisovanje določenega pojava, v našem primeru zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo in kavzalno-eksperimentalna metoda raziskovanja. Uporabili smo anketnega vprašalnika, ki smo mu na koncu dodali še demografska vprašanja.

2.2 Opis instrumenta

V raziskavi smo ugotavljali zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji z uporabo anketnega vprašalnika *Birth Satisfaction Scale* (BSS) z dodanimi vprašanji, ki sta ga razvila Hollins Martin in Fleming (2011) v Veliki Britaniji. Zaradi prevoda vprašalnika smo izmerili zanesljivost instrumenta za slovensko okolje s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa, ki meri notranjo doslednost. Zanesljivost celotnega vprašalnika je bila sprejemljiva, saj je Cronbachov koeficient alfa znašal 0,68.

2.3 Opis vzorca

K sodelovanju so bile povabljene ženske, ki so rodile vsaj enkrat. V raziskavo je bilo vključenih 359 porodnic, tj. žensk z izkušnjo poroda. Glede na starost porodnic je iz rezultatov razvidno, da jih največ spada v starostno skupino od 21 do 30 let ($n = 242$; 67,4 %), najmanj pa v skupino do 20 let ($n = 7$; 1,1 %). Malo več kot polovica porodnic živi na podeželju ($n = 186$; 51,8 %). Največ porodnic ima dokončano višjo ali visokošolsko izobrazbo ($n = 105$; 29,2 %), so zaposlene ($n = 261$; 72,7 %) in živijo v zunajzakonski skupnosti ($n = 226$; 63,0 %). Zanimiv je podatek, da je za kar 71,6 % ($n = 257$) porodnic bil to prvi porod. Večina porodnic je za kraj poroda izbrala porodnišnico, in sicer kar 99,2 % ($n = 356$).

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketni vprašalnik je bil pripravljen in objavljen na portalu www.1ka.si, dostop do njega pa smo delili prek družbenih omrežij (tj. Facebook, Instagram). Vsi anketirani so sodelovali prostovoljno, zagotovljena jim je bila anonimnost. Podatki so bili analizirani s pomočjo programa *SPSS Statistics 22 (IBM)* in programa *Excel 2016 (Microsoft Office)*.

3 Rezultati

V raziskavo je bilo vključenih 359 porodnic, tj. žensk z izkušnjo poroda, ki so ustrezno izpolnile anketni vprašalnik.

V Tabeli 1 so prikazani podatki o poteku poroda.

Tabela 1: Podatki o poteku poroda

podatki o poteku poroda	N	%
<i>začetek (zadnjega) poroda</i>		
spontan s popadki	145	40,39
spontan z odtekanjem vode	105	29,25
Sprožen	109	30,36
Skupaj	359	100
<i>način (zadnjega) poroda</i>		
vaginalni porod	299	83,29
inštrumentalni vaginalni porod (vakuum)	11	3,06
načrtovani carski rez	10	2,79
urgentni carski rez	38	10,58
porod v vodi	1	0,28

Skupaj	359	100
<i>porodne poškodbe (možna izbira več odgovorov)</i>		
Epiziotomija	79	22,01
raztrganina presredka	116	32,31
nič od naštetega	159	44,29
Drugo	34	9,47
Skupaj	388	100
<i>prisotnost pri porodu</i>		
Partner	248	69,07
izbrana oseba iz ožjega kroga družine	2	0,56
prijateljica/prijatelj	1	0,28
Sama	98	27,30
Drugo	10	2,79
Skupaj	359	100

Legenda: n = število; % = odstotek

Za večino porodnic se je porod začel spontano s popadki (n = 145; 40,4 %). Klistir je prejelo 44,29 % porodnic (n = 159). Skupno gledano je farmakološko lajšanje bolečin prejelo kar 49,3 % porodnic (177). 83,3 % porodnic (n = 299) je rodilo vaginalno. Pri porodnih poškodbah je raztrganino presredka imelo 32,3 % porodnic (n = 116) in epiziotomijo 22 % porodnic (n = 79). Skupno to znaša kar 54,3 % porodnic (n = 195). Večina porodnic je ob sebi imela partnerja (n = 248; 69,1 %).

Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo smo merili z BSS vprašalnikom. Razpon končnega rezultata inštrumenta je od 30 do 150 točk, kjer višji rezultat predstavlja višji nivo zadovoljstva (Hollins in Fleming, 2011, str. 124–135). Povprečni končni rezultat vprašalnika BSS za merjenje zadovoljstva s porodno izkušnjo vseh porodnic je 107,46 točke (SD ± 10,85). Med vsemi porodnicami so tudi ženske, ki so rodile v času epidemije covid-19. V tem času je bila prisotnost partnerja pri porodu prepovedana. Z neodvisnim t-testom smo ugotavljali statistično pomembno razliko v zadovoljstvu s porodno izkušnjo ($p < 0,05$) med porodnicami s prisotnostjo partnerja in brez. Ugotovili smo, da je statistično pomembna razlika med skupinama. Med demografskimi spremenljivkami smo ugotovili povezanost zadovoljstva z zaposlitvenim statusom $r = -0,115$, $n = 359$, $p = 0,029$.

V sklopu podatkov glede nosečnosti je z zadovoljstvom povezana spremenljivka število porodov, kar prikazuje Tabela 2. Ugotovljena je bila statistična razlika v povprečnem zadovoljstvu med prvorodnicami in drugorodnicami. Ugotavljali smo tudi statistično razliko ($p < 0,05$) med porodnicami, ki so rodile v manjših porodnišnicah, v primerjavi s tistimi, ki so rodile v večjih porodnišnicah. Ugotovili smo, da obstajajo statistično značilne razlike z zadovoljstvom s porodno izkušnjo, in sicer $t(354) = 2,043$, $p = 0,046$.

Tabela 2: Povezanost poteka nosečnosti in zadovoljstva s porodno izkušnjo

	<i>N</i>	<i>povprečje rangov (R)</i>	<i>P-vrednost</i>
število porodov	359	0,166	0,002

legenda: n = število; R – povprečje rangov; P-vrednost = statistično pomembna razlika

Tabela 3 prikazuje povezanost dejavnikov s sklopa poroda z zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo.

Tabela 3: Povezanost poteka poroda in zadovoljstva s porodno izkušnjo

	<i>N</i>	<i>povprečje rangov (R)</i>	<i>P-vrednost</i>
način zadnjega poroda	359	-0,333	0,000
poporodna poškodba (epiziotomija)	359	-0,161	0,002

legenda: n = število; R – povprečje rangov; P-vrednost = statistično pomembna razlika

Spremenljivki, vezani na porod, ki sta povezani z zadovoljstvom, sta način zadnjega poroda $r = -0,333$, $n = 359$, $p = 0,000$ in poporodna poškodba (epiziotomija) $r = -0,161$, $n = 359$, $r = 0,002$. Ugotovili smo, da način poroda značilno vpliva na zadovoljstvo žensk pri $p < 0,01$ [$F(3, 355) = 12,123$, $p = 0,000$].

4 Razprava

V raziskavi je večina porodnic prvorodnic, kar pomeni, da so rodile prvič, manj kot tretjina porodnic je drugorodnic in mnogorodnic skupaj.

V sklopu tega smo postavili hipotezo: H1 je sledeča: »Drugorodnice in mnogorodnice so bolj zadovoljne s porodno izkušnjo kot tiste ženske, ki so rodile prvič (prvorodnice).« V raziskavi smo ugotovili, da to drži, zato H1 potrdimo. Ravno tako avtorji navajajo nižjo stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo pri prvorodnicah (Falk idr., 2019, str. 1–9; Nystedt in Hildingsson, 2017, str.103–109) pri drugorodnicah in mnogorodnicah pa beležijo višjo stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo (Fumagalli idr., 2020; Škodová, Nepelova, Grendar in Baškova, 2019; Mattison, Dion, Lavis, Hutton in Wilson, 2018, str. 322–327). To si Fumagalli idr., 2020) razlaga tako, da naj bi imele mnogorodnice verjetno krajše porode, manjše potrebe po medicinskih intervencijah, posledično pa tudi boljše maternalne in neonatalne izide. Poleg tega ugotavljajo nižje zadovoljstvo s porodno izkušnjo pri ženskah, ki so imele med porodom več medicinskih intervencij.

Skoraj vse porodnice so rodile v porodnišnici, med slednjimi jih je več kot tretjina rodila v večjih porodnišnicah, kot sta Porodnišnica Ljubljana in Porodnišnica Maribor. Ostale so rodile v manjših porodnišnicah. H2 se glasi: »Ženske, ki so rodile v manjših porodnišnicah, so bolj zadovoljne s porodno izkušnjo kot tiste ženske, ki so rodile v večjih porodnišnicah (Ljubljana, Maribor).« Ugotovili smo, da to drži, zato H2 potrdimo. V večjih porodnišnicah gre predvsem za večjo številčnost porodnic, kot tudi večino patoloških in večplodnih nosečnosti, slednje nosečnosti pa imajo večje tveganje za razne zaplete v procesu poroda. Fleming in sodelavci (2016, str. 9–15) v svoji raziskavi iz ZDA ugotavljajo visoko stopnjo zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo pri porodih na domu ali v porodnih centrih. V naši raziskavi je bil vzorec žensk s porodom na domu ali v babiški hiši majhen, zato tega podatka nismo mogli ugotavljati.

Pri vprašanju glede lajšanja porodne bolečine so možni odgovori zajemali predvsem farmakološke metode, kamor so bile zajete najpogosteje uporabljene metode. Skoraj polovica porodnic se je posluževala ene izmed naštetih, medtem ko se je za nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine odločila le manj kot desetina porodnic. Glede lajšanja porodne bolečine smo ugotovili pozitivno povezanost trditve iz vprašalnika *BSS* »*Porod ni bil tako boleč kot sem si predstavljala*« z zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo. Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo temelji na tem, da so želje in pričakovanja žensk o porodu v čim večji meri izpolnjeni (Mei, Afshar, Gregory, Kilpatrick in Esakoff, 2016, str. 144–150) tudi če vključujejo željo po raznih medicinskih intervencijah (Weeks, Pantoja, Ortiz, Foster, Cavada in Binfa, 2017, str. 196–203), kot so v tem primeru farmakološke metode lajšanja bolečin. Ravno tako WHO (2018) epiduralno analgezijo priporoča pri zdravih nosečnicah, če si tega same želijo.

Več kot polovica porodnic je večino časa med porodom ležala v postelji in menjala položaj iz levega na desni bok in obratno. Ravno tako je bil položaj med iztisom otroka pri več kot polovici porodnic leže na hrbtu. WHO (2018) priporoča, da naj bi porodnice svoje položaje med porodom spreminjale po lastni želji, vključno s stanjem in hojo. Porodni poškodbi, ki so jo porodnice zabeležile, sta raztrganina presredka in epiziotomija. Pri vprašanju glede porodnih poškodb je bilo možnih več odgovorov, torej so lahko imele porodnice tudi oboje od naštetega. V naši raziskavi smo ugotovili negativno statistično povezanost med epiziotomijo in

zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo. To ugotavljajo tudi drugi avtorji, ki so uporabili druge inštrumente merjenja zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo (Çalik, Karabulutlu in Yavuz, 2018, str. 415; Turkmen idr., 2018).

Partnerji so pri porodu večinoma prisotni. Zaradi izrednih razmer epidemije s covidom-19 je bila prisotnost partnerja pri porodu prepovedana. Skoraj tretjina porodnic je bila pri porodu sama brez prisotnosti partnerja ali druge osebe. H3 je sledeča: »Ženske, ki so rodile brez prisotnosti partnerja, izražajo nižje zadovoljstvo s porodom kot tiste ženske, ki so rodile s prisotnostjo partnerja.« Ugotovili smo statistično pomembno razliko v zadovoljstvu žensk s porodno izkušnjo, zato lahko H3 potrdimo. To ugotavljajo tudi druge raziskave (Catala idr., 2020, str. 197–211; Hildingsson, 2015, str. 7–13; Preis idr., 2019; Turkmen idr., 2018). WHO (2018) navaja, da je prisotnost partnerja pri porodu pomemben dejavnik za ženske, ki je v pozitivni povezavi z zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo. Ravno tako je za zadovoljstvo bistvenega pomena babica, ki je prisotna pri porodu. Večina porodnic je babico prvič srečala v porodni sobi, skoraj tretjina pa jo je spoznala že pred porodom, zato lahko hipotezo H4, ki se glasi: »Ženske, ki so spoznale svojo babico pred porodom, izražajo višje zadovoljstvo v primerjavi s tistimi, ki babice niso poznale pred porodom.« potrdimo. Saj smo ugotovili statistično pomembno razliko, torej H4 potrdimo. Sklepamo lahko, da so ženske imele več zaupanja v babice, ki so jih spoznale pred porodom, saj jim oseba, s katero so morale v tako edinstvenem dogodku, kot je porod, sodelovati, ni bila tuja. WHO (2018) priporoča spoštljivo babiško obravnavo za vse ženske. V to je vključeno vedenje, ki ohranja dostojanstvo, zasebnost in zaupnost, zagotavlja zaščito pred škodovanjem in slabim ravnanjem ter omogoča informirano odločanje in kontinuirano podporo med porodom.

Glede demografskih podatkov smo v naši raziskavi ugotovili statistično povezanost s trenutnim zaposlitvenim statusom. Nezaposlene ženske izražajo nižjo stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo v primerjavi z zaposlenimi ženskami. To povezavo navaja tudi Henriksen s sodelavci (2017, str. 33–39).

4.1 Pomanjkljivosti in omejitve raziskave

Raziskava ima omejitve. Pri anketnem vprašalniku smo pri določenih vprašanjih pozabili dodati pogoje in izključiti določene porodnice. Ti se nanašajo na rezultate glede položaja med porodom in položaja iztisa med porodom, kar bi lahko pokazalo drugačne rezultate, čeprav nismo ugotovili negativnih statističnih povezav z dotičnimi spremenljivkami. Pri vsebini vprašalnika bi bilo smiselno dodati vprašanja glede izobraževanja žensk v času nosečnosti, želja/načrta poroda, trajanja poroda, vzpostavitev dojenja po porodu in nadaljnjemu dojenju v poporodnem obdobju ter morebitnega straha žensk pred porodom. S temi podatki bi preverili še dodatne morebitne statistične povezave in dobili še globlji vpogled v zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo.

5 Zaključek

Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo pomembno vpliva na žensko, njenega novorojenčka in celo družino. Med pomembne dejavnike v povezavi z zadovoljstvom s porodno izkušnjo štejemo: način poroda, kraj poroda, prisotnost partnerja pri porodu, komunikacijo in odnos zdravstvenega osebja. Cilj zdravstvenih delavcev, ki delujejo na področju babištva in porodništva, je čim bolj pozitivna porodna izkušnja ženske in čim višja stopnja njenega zadovoljstva s porodno izkušnjo. V prihodnje so v Sloveniji potrebne še dodatne poglobljene raziskave na temo zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo. Namen dodatnih raziskav je razumeti, kaj je ženskam med porodom pomembno, raziskati »kulturo rojevanja« in primerjati rezultate tako znotraj Slovenije kot tudi z drugimi državami.

LITERATURA

1. Alfaro Blazquez, R., Corchon, S. in Ferrer, F. E. (2017). Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery*, 55, 103–112. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.014.
2. Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö. in Yavuz, C. (2018). First do no harm – interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1), 415. doi: 10.1186/s12884-018-2054-0.
3. Catala, P., Peñacoba, C., Carmona, J. in Marin, D. (2020). Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. *Women Health*, 60 (2), 197–211. doi: 10.1080/03630242.2019.1613473
4. eSSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika (2016–2017). Pridobljeno 22. 3. 2020, s <https://fran.si/>.
5. Falk, M., Nelson, M. in Blomberg, M. (2019). The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth* 19 (1), 1–9. doi: 10.1186/s12884-019-2633-8
6. Fleming, S. E., Donovan - Batson, C., Burduli, E., Barbosa - Leiker, C., Hollins Martin, C. J. in Martin, C. R. (2016). Birth Satisfaction Scale/Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS/BSS-R): A large scale United States planned home birth and birth centre survey. *Midwifery*, 41, 9–15. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.008
7. Fumagalli, S., Colciago, E., Antolini, L., Riva, A., Nespoli, A. in Locatelli, A. (2020). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women Birth*. doi: 10.1016/j.wombi.2020.01.012
8. Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. in Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004
9. Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women Birth*, 28 (2), e7–e13. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.011
10. Hinic, K. (2017). Understanding and Promoting Birth Satisfaction in New Mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 42 (4), 210–215. doi: 10.1097/NMC.0000000000000345
11. Hollins Martin, C. J. in Fleming, V. (2011). The Birth Satisfaction Scale (BSS). *Int J Health Care Qual Assur*, 24 (2), 124–135.
12. Jha, P., Larsson, M., Christensson, K. in Svanberg, A. S. (2017). Satisfaction with childbirth services provided in public health facilities: results from a cross-sectional survey among postnatal women in Chhattisgarh, India. *Glob Health Action*, 10 (1), 1386932. doi: 10.1080/16549716.2017.1386932
13. Katebi, M. S., Khadivzadeh, T., Shamloo, Z. S. in Esmaily, H. (2017). Evaluating midwives communication skills from the perspective of parturient women attending to hospitals for delivery. *J Midwifery Reprod Health*, 5 (2), 882–889. Pridobljeno 29. 3. 2020, s http://jmrh.mums.ac.ir/article_8019.html.
14. Kragelj, K. in Prosen, M. (2016). Izkušnje žensk ob nenačrtovanem porodu zunaj porodnišnice. *Obzor Zdr N*, 50 (2), 135–143. doi: 10.14528/snr.2016.50.2.93
15. Mattison, C. A., Dion, M. L., Lavis, J. N., Hutton, E. K. in Wilson, M. G. (2018). Midwifery and obstetrics: Factors influencing mothers' satisfaction with the birth experience. *Birth*, 45 (3), 322–327. doi: 10.1111/birt.12352
16. Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J. in Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, 43 (2), 144–50. doi: 10.1111/birt.12226
17. Nystedt, A. in Hildingsson, I. (2017). Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women Birth*, 31 (2), 103–109. doi: 10.1016/j.wombi.2017.07.002
18. Preis, H., Lobel, M. in Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. *Psychol Women Q*, 43 (1), 105–117. doi: 10.1177/0361684318779537
19. Proctor, S., Hollins Martin, C. J., Larkin, D. in Martin, C. R. (2017). Woman's Experience of Childbirth: Qualitative Analysis from Data Derived from the 30-Item-Birth-Satisfaction-Scale. *Scientific Pages Nurs*, 1 (1), 10–17.
20. Smarandache, A., Kim, T. H., Bohr, Y. in Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16 (1), 114. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2

21. Škodová, Z., Nepelova, Z., Grendar, M. in Baškova, M. (2019). Psychometric properties of the Slovak version of the Birth Satisfaction Scale (BSS) and Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*, 79, 102550. doi: 10.1016/j.midw.2019.102550.
22. Turkmen, S., Tjernström, M., Dahmoun, M. in Bolin, M. (2018). Post-partum duration of satisfaction with childbirth. *J Obstet Gynaecol Res*, 44 (12), 2166–2173. doi: 10.1111/jog.13775
23. Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G. in Binfa, L. (2017). Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among Chilean women. *J Midwifery Womens Health*, 62 (2), 196–203. doi: 10.1111/jmwh.12499
24. World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.

Študenti zdravstvene nege in prosti čas

KLJUČNE BESEDE: oblike prostega časa, študenti zdravstvene nege

POVZETEK - Uvod: Prosti čas je sestavina vsakodnevnega bivanja, ki je potrebna za izvajanje aktivnosti po lastni izbiri. Doživljanje prostega časa med študenti zdravstvene nege ni dovolj raziskano. Metode: Neeksperimentalna kvantitativna empirična raziskava je bila izvedena na namenskem vzorcu študentov in absolventov študijskega programa Zdravstvene nege (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (n = 95). Pridobljeni podatki preko spletne ankete so bili statistično analizirani z računalniškim programom SPSS 20.0. Rezultati so prikazani s pomočjo opisne statistike in bivariantnih statističnih metod ($p < 0,05$). Rezultati: 38,9 % anketirancev ostane 1 - 3 ure, 33,7 % pa 4 - 7 ur prostega časa/teden. 89,5 % anketirancev navaja, da se jim pojavljajo posledice pomanjkanja prostega časa. Statistično pomembnih razlik v število ur prostega časa/teden in vrsto študija nismo ugotovili ($\chi^2 = 5,470$; $p = 0,140 > 0,05$). Razprava: Prosti čas je zelo pomembna sestavina življenja študentov zdravstvene nege. Uporabnost raziskave je v ozaveščanju o pomenu aktivnega preživljanja prostega časa.

KEY WORDS: forms of leisure, nursing students

ABSTRACT - Background: Leisure is a component of daily living that is necessary to carry out activities of own choice. The leisure experience among nursing students is not sufficiently researched. Methods: A non-experimental quantitative research was conducted on a sample of students and graduates of the nursing study program at the Angela Boškin Faculty of Health Care (n = 95). The data obtained through the online survey were statistically analysed using the computer program SPSS 20.0. The results are presented using described statistics and bivariate statistical methods ($p < 0.05$). Results: 38.9% of respondents have 1 - 3 hours and 33.7% 4 - 7 hours of free time / week. 89.5% of respondents state that they suffer the consequences of lack of free time. No statistically significant differences in the number of leisure hours / week and the type of study were found ($\chi^2 = 5.470$; $p = 0.140 > 0.05$). Discussion: Leisure time is a very important component of nursing students' lives. The usefulness of the research lies in raising awareness of the importance of active leisure.

1 Teoretična izhodišča

Prosti čas je težko definirati, saj se dejavnosti delovnega in prostega časa med seboj prepletajo ter jih je težko dosledno ločiti in natančno definirati. Vsak posameznik ima svojo predstavo o tem pojmu in o tem, katere dejavnosti sodijo v prosti čas in katere ne (Huzjan, 2010). Najbolj splošno lahko prosti čas opredelimo kot hkratnost specifičnih aktivnosti, izkušenj in časa, ki ga predstavlja tako imenovani zunaj delovni čas. Osnovni element prostega časa je v primerjavi z drugimi področji življenja večja možnost osebne izbire in samoekspresije (Krempl, 2003).

Prosti čas je sestavina našega vsakodnevnega bivanja. Vsebuje obvezen in prosti čas, ki ga človek uporabi za nujna eksistenčna opravila in za aktivnosti po svoji izbiri (Macuh, 2017). Mladi v današnjem svetu potrebujejo več časa za sprostitev, umiritev, razvedrilo ter socialno in osebno izpolnitev (Kuhar, 2007). Prosti čas je najpomembnejši ravno v obdobju adolescence in zgodnji odrasli dobi, ko imajo zunanji faktorji velik vpliv na razvijanje osebnosti in identitete mladih (Brajsa - Zganec, Merkas in Sverko, 2011). Potrebno je poudariti, da so načini preživljanja prostega časa zelo pomembna izbira. Potrebna je previdnost pri izbiri in razporeditvi pristočasnih aktivnosti.

Prosti čas je lahko rizični faktor pri psihičnem in fizičnem razvoju oseb, saj lahko v primeru neprimerne razporeditve prostega časa ali neprimerne izbire prostočasnih aktivnosti pride tudi do negativnih posledic. Aktivno preživljanje prostega časa v večini pozitivno vpliva na razvoj osebnosti, vendar lahko po drugi strani neprimerno preživljanje prostega časa in preveč prostočasnih aktivnosti vodi v neprimerno/rizično obnašanje kot je uporaba psihoaktivnih substanc. Negativna raba prostega časa, vključno z močnim uživanjem alkohola, je povezana s telesno nedejavnostjo, stresom ter kratko- in dolgoročnimi vplivi za zdravje (Yarnal, Qian, Hustad in Sims, 2013). Pomanjkanje prostega časa pa vodi v slabše motorične spretnosti, slabši telesni razvoj, slabše počutje, nižjo kakovost življenja, debelost ter razne kronične nenalezljive bolezni (srčno-žilne bolezni, metabolični sindrom, sladkorno bolezen tipa 2, bolezni gibal ...) (Gabrijelčič Blenkuš, 2013).

Raziskave kažejo, da je prosti čas bistvenega pomena za uspešnost študentov. Študenti lahko preživljajo prosti čas na kakršen koli način jim odgovarja, lahko tudi na razmeroma zapletenih dejavnostih, pomembno je le, da te niso psihično stresne. Huzjan (2010) v svoji raziskavi navaja, da je prosti čas študenta celoten čas izven študijskih obveznosti, torej čas, ki si ga sam oblikuje glede na svoje želje in potrebe. Izvzet je čas na fakulteti in ob opravljanju obveznosti, povezanih s fakulteto. Prosti čas lajša stres, njegovo pomanjkanje pa lahko v skrajnih primerih privede dodepresije ter napadov tesnobe (Davies in Writer, 2015). Raziskovalno je tematika doživljanja prostega časa med študenti v Sloveniji manj poznana.

2 Empirični del

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen je bil raziskati pomen preživljanja prostega časa med študenti in absolventi zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Cilji raziskave so bili ugotoviti načine preživljanja prostega časa in oceniti negativne posledice pomanjkanja prostega časa.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo si tri raziskovalna vprašanja (RV).

RV 1: Koliko tedenskega prostega časa ostane anketirancem ob izpolnjevanju vsakodnevnih študijskih obveznosti?

RV 2: Kako anketiranci preživljajo prosti čas in kakšen pomen mu predpisujejo?

RV 3: V kolikšni meri se pojavljajo statistično značilne razlike med ostankom časaza prosti čas glede na vrsto študija?

2.3 Raziskovalna metodologija

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni deskriptivno kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

2.4 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pregled literature je bil izveden na osnovi strokovne in znanstvene literature v COBISSu, Obzorniku zdravstvene nege, Cinahlu in PubMedu. Iskanje je potekalo od 1. 2. 2019 do 15. 5. 2019, s pomočjo naslednjih kombinacij ključnih besed: »prosti čas, študenti zdravstvene nege, preživljanje prostega časa, pomembnost prostega časa in pomanjkanje prostega časa«, oziroma v angleškem jeziku: »free time, nursing students, spending leisure time, importance of leisure time and lack of free time«. Empirični del raziskave je temeljil na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja s tehniko anketiranja.

2.5 Opis instrumenta

Strukturiran vprašalnik je bil oblikovan s pomočjo pregleda literature (Huzjan, 2010; Tori, 2012). Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh sklopov vprašanj. Prvi sklop je vseboval demografske podatke, drugi sklop pa je sestavljal 15 vprašanj, ki so bilazaprtega in kombiniranega tipa. Vprašalnik je zajemal tudi opisno ocenjevalno Likertovo lestvico in odgovorno matriko. Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je znašala 0,733 (Košmelj, 2007), kar predstavlja dobro zanesljivost.

2.6 Opis vzorca

Za ciljno populacijo (N = 305) so bili izbrani vsi študenti (redni in izredni študij) in absolventi študijskega programa Zdravstvena nega – VS na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (v nadaljevanju anketiranci), v študijskem letu 2018/2019. Med absolvente so bili uvrščeni vsi študenti z zaključenimi študijskimi obveznostmi, z izjemo diplomskega dela. V namenskem vzorcu je sodelovalo 95 anketirancev. Anketirancev ženskega spola je bilo 76 (80 %), moškega spola pa 19 (20 %) študentov. Prvi letnik je v času anketiranja obiskovalo 35 (36,8 %) anketirancev, 2. letnik 32 (33,7 %), 3. letnik pa 26 (27,4 %) anketirancev. Absolventa sta bila 2 anketiranca (2,1 %). Na redni študij je bilo vpisanih 64 (67,4 %), na izredni pa 31 (32,6 %) anketirancev.

2.7 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo od maja do avgusta 2019. Po odobritvi dispozicije in po pridobljenih pisnih soglasij Fakultete za zdravstvo Angele Boškin je bila izvedena spletna anketa 1KA. Pridobljeni podatki so bili statistično analizirani z računalniškim programom SPSS 20.0. Rezultati so prikazani s pomočjo opisne statistike in bivariantnih statističnih metod ($p < 0,05$).

3 Rezultati

V Tabeli 1 prikazujemo število urtedenskega prostega časa pri anketirancih ob izpolnjevanju vsakodnevnih študijskih obveznosti. Tretjini anketirancem ($n = 37$; 38,9 %) ostane 1–3 ure prostega časa, 32-im (33,7 %) 4–7 ur, 14-im (14,7 %) 8–11 ur in 12-im (12,6 %) 12 ur prostega časa ali več/teden.

Tabela 1: Število urprostega časa na teden ($n = 95$)

Število ur	<i>n</i>	%
1–3	37	38,9
4–7	42	33,7
8–11	14	14,7
12 ali več	12	12,6
Skupaj	95	100,0

Legenda: *n* – število; % – delež

V Tabeli 2 prikazujemo odgovor anketirancev o pomanjkanju prostega časa. 89,5 % jih navaja, da jim primanjkuje prostega časa.

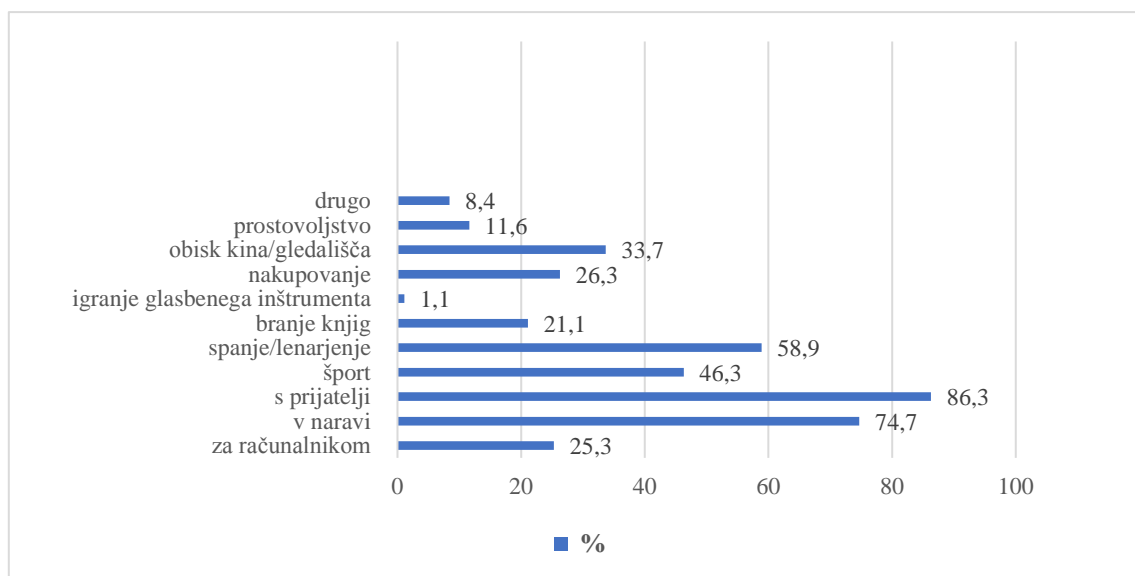
Tabela 2: Odgovor anketirancev o pomanjkanju prostega časa

<i>Ali ti primanjkuje prostega časa?</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Da	85	89,5
Ne	10	10,5
Skupaj	95	100,0

Legenda: *n* – število; *%* – delež

Na Sliki 1 prikazujemo način preživljanja prostega časa med anketiranci. Največ jih je odgovorilo, da prosti čas preživljajo s prijatelji ($n = 82$; 86,3 %) in v naravi ($n = 71$; 74,7 %). Nekaj več kot polovica ($n = 56$; 58,9 %) jih poleg tega spi/lenari. Le četrtina anketirancev ($n = 25$; 26,3 %) v prostem času nakupuje, nekaj manj jih bere knjige ($n = 20$; 21,1 %). S prostovoljstvom se v prostem času ukvarja 11 anketirancev (11,6 %)

Slika 1: Način preživljanja prostega časa anketirancev ($n = 95$)



Vir: Lastna raziskava.

V Tabeli 3 prikazujemo pomen prostočasnih aktivnosti. Najmanj pomembne se zdijo računalniške aktivnosti ($PV = 5,54$; $SO = 2,656$) in izobraževanja ($PV = 5,45$; $SO = 2,051$). Najbolj pomembne aktivnosti so druženje z družinskimi člani ($PV = 4,06$; $SO = 3,362$) in druženje s prijatelji ($PV = 4,24$; $SO = 3,456$).

Tabela 3: Pomen prostočasnih aktivnosti

<i>Katere izmed dejavnosti so ti najpomembnejše?</i>	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>
Poslušanje glasbe	95	1	9	4,51	2,681
Računalniške aktivnosti (igre, internet)	93	1	9	5,54	2,656
Druženje s prijatelji	93	1	9	4,24	3,456
Posvečanje hobijem (ročne spretnosti, igranje inštrumentov)	93	1	9	4,67	2,576
Gledanje TV (filmi, serije)	94	1	9	5,22	2,210
Druženje z družinskimi člani	93	1	9	4,06	3,362
Domača opravila	94	1	9	4,71	2,178
Spanje/počitek	94	1	9	4,26	3,236
Izobraževanja (tečajji tujih jezikov)	94	1	9	5,45	2,051

Legenda: *n* – število odgovorov; *Min* – minimalna vrednost strinjanja (9 – najmanj pomembna); *Max* – maksimalna vrednost strinjanja (1 – najbolj pomembna, 9 – najmanj pomembna); *PV* – povprečna vrednost strinjanja; *SO* – standardni odklon strinjanja

V Tabeli 4 prikazujemo, če obstajajo statistično pomembne razlike v porazdelitvah odgovorov na vprašanje »Koliko ur na teden ti preostane za prostočasne aktivnosti?« glede na vrsto študija. Statistično pomembnih razlik v porazdelitvah nismo zaznali ($\chi^2 = 5,470$; $p = 0,140 > 0,05$).

Tabela 4: Razlike v ostanku časa za prosti čas glede na vrsto študija

			Koliko ur na teden ti preostane za prostočasne aktivnosti/teden?				χ^2	p
				4 – 7 ur	8 – 11 ur	12 ur ali več		
Način študija	Redni	n	20	25	9	8	5,470	0,140
	Izredni	n	17	7	5	4		
Skupaj		n	37	32	14	12		

Legenda: n – število; χ^2 –hi-kvadrat test; p – stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

4 Razprava

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da 38,9 % študentom zdravstvene nege ob izpolnjevanju vsakodnevnih študijskih obveznosti ostane 1-3 uri na teden. V zelo visokem deležu navajajo, da jim primanjkuje prostega časa. Do podobnih rezultatov so prišli v raziskavi med mariborskimi študenti, kjer je 66 % študentov mnenja, da imajo dovolj prostega časa, 34 % študentov pa meni, da ga nima dovolj. V povprečju imajo 4 ure prostega časa na dan, obstaja pa med študenti velika razlika, saj nimajo nekateri nič ur prostega časa in po drugi strani imajo nekateri 10 ur prostega časa na dan (Gomboc, 2014). Glede na podatke urada za statistiko v Ameriki študenti porabijo le 2,76 ure dnevno (19 ur tedensko) za šolske obveznosti, medtem ko za prostočasne aktivnosti porabijo 4,4 ure dnevno (ne vključuje: nakupovanje, kuhanje, osebna higiena, domača opravila) (Oprea, 2016).

Na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin največ študentov preživlja prosti čas s prijatelji in v naravi. Prostemu času namenjajo velik pomen. Med najbolj pomembne dejavnosti navajajo druženje z družinskimi člani in druženje s prijatelji. V raziskavi, ki so jo opravili med 585 hrvaškimi študenti različnih fakultet je na lestvici priljubljenih prostočasnih aktivnosti na vrhu branje (v raziskavi ni definirano česa – lahko gre za znanstvene članke, časopis, knjige, tabloide ...). Branje v povprečju zavzame 5 ur tedensko. Sledi preživljanje časa z družino, kjer prav tako ni definirano, kaj počnejo. Najverjetneje gre za skupno gledanje televizije, sprehode, družabne igre, ipd. Popularen način preživljanja prostega časa pa so tudi socialne interakcije (druženje z vrstniki ...). Za te aktivnosti mladi porabijo 35 % celotnega prostega časa tedensko. Na dnu lestvice prostočasnih aktivnosti so se znašle umetniške aktivnosti ter prostovoljstvo (Anić, Roguljič in Švegar, 2017).

Z izvedeno raziskavo nismo smo ugotovili statistično značilne razlike med ostankom časa za prosti čas glede na vrsto študija in spol. Dejavnosti, s katerimi se ukvarja znatno večji delež anketirank kot anketirancev so: branje, nakupovanje, ples, pomoč doma. Obratno, torej večji delež anketirancev se ukvarja z naslednjimi dejavnostmi: šport, delo z računalnikom, honorarno delo. Očitno se prostočasne dejavnosti delijo na tradicionalistično bolj ženske in bolj moške. S starostjo upada delež tistih, ki se ukvarjajo s športom, računalnikom, igranjem glasbenih instrumentov in plesom, narašča pa delež mladih, ki honorarno delajo ter obiskujejo kino in hodijo na koncerte (Kuhar, 2007).

Izvedena raziskava ima tudi omejitve. Kot prvo omejitev smatramo nizko odzivnost s strani anketirancev, saj jih je sodelovala samo tretjina. Poleg tega je bila raziskava izvedena na enem visokošolskem zavodu s področja zdravstvene nege, zato rezultatov ni možno posplošiti na celotno populacijo študentov zdravstvene nege v Sloveniji. Ker se je raziskovalna tematika

specifično osredotočala na študente zdravstvene nege, je omejitev tudi to, da primanjkuje tako slovenske kot tudi tuje strokovne in znanstvene literature. Doprinos izvedene raziskave za prakso zdravstvene nege je v tem, da je potrebno razumevanje obsega, pomena in načinov izrabe prostega časa študentov zdravstvene nege s ciljem ohranjanja in krepitev zdravja in dobrega počutja, kot tudi uspešnosti v času študija.

5 Sklep

Prosti čas je zelo pomembna sestavina življenja študentov zdravstvene nege. Uporabnost raziskave je v ozaveščanju o pomenu aktivnega preživljanja prostega časa. Študenti zdravstvene nege prosti čas v največjem deležu izrabijo za druženje s prijatelji in v naravi. Med najbolj pomembne dejavnosti pa navajajo druženje z družinskimi člani in druženje s prijatelji. Glede na rezultate smo prišli do mnenja, da so mladi dovolj ozaveščani o možnostih preživljanja prostega časa, vendar pa jih je potrebno spodbuditi h pozitivnim dejavnostim. Študijski program Zdravstvene nege – VS na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin je vsekakor zahteven, vendar si po našem mnenju študenti zdravstvene nege lahko vzamejo dovolj prostega časa, če redno sledijo študijskim obveznostim ter se pripravljajo na izpite.

LITERATURA

1. Anić, P., Roguljič, D. in Švegar, D. (2017). What do students do in their free time. *Polish Psychological Bulletin*, 48, 504–515.
2. Brajsa - Zganec, A., Merkas, M. in Sverko, I. (2011). Quality of life and leisure activities: how do leisure activities contribute to subjective well-Being? *Social Indicators Research*, 102, 81–91.
3. Davies, E. in Writer, S. (2015). Student leisure time and how it's spent. Pridobljeno s <https://scotscoop.com/how-students-spend-leisure-time/>.
4. Gabrijelčič Blenkuš, M. (2013). Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji. Gradivo za Odbor DZ RS za zdravstvo. Pridobljeno s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prekomerna_prehranjenost_in_debelost_pri_otrocih_in_mladostnikih_v_slo.pdf.
5. Gomboc, K. (2014). Vpliv socialnega statusa na prostočasne dejavnosti študentov (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.
6. Huzjan, J. (2010). Načini preživljanja prostega časa pri študentih (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko – poslovna fakulteta.
7. Košmelj, K. (2007). Uporabna statistika. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.
8. Krempel, H. (2003). Prosti čas mladih (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
9. Kuhar, M. (2007). Prosti čas mladih 21. stoletja. *Socialna pedagogika*, 11, 453–471.
10. Macuh, B. (2017). Vpliv časa in prostega časa na aktivnosti študentov. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/publication/321996471_Vpliv_casa_in_prostega_casa_na_aktivnosti_studentov.
11. Oprea, M. (2016). Study: College students spend far more time playing than studying. Pridobljeno s <https://thefederalist.com/2016/09/11/study-college-students-spend-far-time-playing-studying/>.
12. Tori, M. (2012). Prosti čas mladih (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
13. Yarnal, C., Qian, X., Hustad, J. in Sims, D. (2013). Intervention for positive use of leisure time among college students. *Journal of College and Character*, 14, 171–176.

Moralno-etične dileme darovanja organov po smrti

KLJUČNE BESEDE: transplantacija, darovanje organov, moralno-etične dileme

POVZETEK - Darovanje organov je plemenito in človekoljubno dejanje in hkrati področje, na katerem se pogosto srečujemo z moralno-etičnimi dilemami predvsem pri opredeljevanju. Glavni cilj raziskave je bil ugotoviti stališče splošne populacije do posmrtnega darovanja ter ugotoviti, s katerimi moralno-etičnimi dilemami se soočajo posamezniki pri opredelitvi za posmrtno darovanje organov. Raziskava temelji na deskriptivni in kavzalno neeksperimentalni metodi dela. Uporabljena je bila kvantitativna tehnika pridobivanja podatkov z izvedbo spletnega anketiranja na spletni strani Ika.si. V raziskavo je bilo vključenih 118 naključnih anketirancev različne starosti, spola, verske pripadnosti, izobrazbe in zaposlitve, ki so ustrezno izpolnili anketni vprašalnik. Večina anketirancev, kar 92 %, je bila za darovanje organov, v register darovalcev organov po smrti pa je vpisanih le 6 % anketirancev, 8 % jih odklanja darovanje organov po smrti, kot glavni razlog pa navajajo strah pred nespoštovanjem trupla po smrti. Kot glavni razlog, da anketiranci v večini niso vpisani v register darovalcev, je nepoznavanje postopka vpisa v register in nerazmišljanje o smrti. Kljub pozitivnemu stališču do darovanja je potrebno vlagati v večje ozaveščanje tako splošne kot strokovne javnosti o posmrtnem darovanju organov, kar bo pripomoglo k zmanjšanju etičnih dilem in povečanju števila darovalcev. Stroka pa bo morala začeti z aktivnim iskanjem dodatne rešitve pri reševanju problematike pomanjkanja organov, ki pa bo v skladu z načeli etike in morale.

KEYWORDS: transplantation, organ donation, moral and ethical dilemmas

ABSTRACT - Organ donation is a noble and humanitarian act and at the same time an area that often faces with moral and ethical especially in defining for post-mortem organ donor. The main goal of the research was to ascertain what is the attitude of the general population towards post-mortem donation and what moral and ethical dilemmas individuals face when defining for post-mortem organ donation. The research was based on the descriptive and causal non-experimental method of work. The quantitative data acquisition technique was used by conducting an online survey on the Ika.si website. The survey included 118 random residents of different ages, genders, religious affiliation, education, and employment who appropriately completed the survey questionnaire. The vast majority of respondents, namely 92 % of respondents, were in favor of organ donation, while only 6% of respondents were entered in the register of organ donors after death, 8 % rejected organ donation after death, the main reason was that they are afraid of disrespecting their corpse after death. The main reason why the majority of respondents were not registered in the register of donors is that they do not know the procedure of registration in the register of organ donors after death and not thinking about death. Despite the positive attitude towards organ donation, it is necessary to invest in raising awareness of both the general and professional public about post-mortem organ donation, which will help reduce moral and ethical dilemmas and increase the number of donors. However, the profession will have to start looking actively for additional solutions in solving the problem of shortage of organs which, however, will follow the principles of ethics and morality.

1 Transplantacija

Transplantacija ali presaditev organa je metoda zdravljenja odpovedi organov, za katero se odločimo, ko so vse ostale možnosti zdravljenja izčrpane in tako v večini primerov predstavlja še edini možni način zdravljenja (Lušicky in Avsec, 2019, str. 3). Ko se odločimo za tovrstno

zdravljenje, uporabljamo človeške organe, tkiva ali celice, pridobljene od mrtve ali žive osebe, le s privolitvijo ter na podlagi jasno podanih informacij o postopku in rezultatih zdravljenja (Avsec, 2014a, str. 262).

Darovanje in transplantacija organov in tkiv za namen zdravljenja je izjemno kompleksen proces, ki zahteva vključenost laičnih in strokovnih skupin ter interdisciplinarni pristop. Zavedati se je treba, da izjemnost transplantacijske medicine ni odvisna le od tehnološkega in medicinskega napredka, temveč tudi od moralne in aktivne podpore splošne javnosti. Brez prostovoljnih darovalcev in etično naravnane donorskega programa, kot ga imamo v Sloveniji, transplantacijska medicina v Sloveniji ne bi bila tako uspešna, kot je. Kljub temu da gre pri izrekanju podpore darovanju organov za osebno odločitev, ta ne mora obstajati brez ustreznega družbenega konteksta, kjer je družba čustveno in razumsko odzivna na informacije o darovanju (Avsec, 2016, str. 79–80).

Darovanje organov je plemenito, človekoljubno in etično dejanje, širitev te dejavnosti pa zaželen medicinski cilj, ki se mora izvajati na legalen in etično sprejemljiv način. Transplantacijska dejavnost mora temeljiti na pravičnosti, poštenju in nepristranskosti, usmerjena pa mora biti k širjenju znanja in izkušenj zdravstvenih delavcev, da bodo svoje delo opravljali čim bolje (Andrejč, Kolarič in Grabar, 2011, str. 382).

2 Darovanje organov po smrti

Darovalce organov delimo v dve skupini, in sicer na žive in mrtve darovalce. Tako za žive kot mrtve darovalce veljajo posebna pravila darovanja, hkrati pa se pojavljajo tako medicinske, etične kot tudi pravne dileme (Žnidaršič Skubic, 2018, str. 148).

Ločimo dva načina darovanja in pridobivanja organov po smrti, in sicer darovanje po možganski smrti ali po smrti zaradi zaustavitve krvnega obtoka. V Sloveniji se trenutno izvaja le darovanje organov po možganski smrti, čeprav je darovanje po zaustavitvi krvnega obtoka že uveljavljeni program v številnih evropskih državah, kot so Španija, Anglija, Avstrija, Nizozemska, Francija, Švica in Estonija (Lušický in Avsec, 2019, str. 9).

16. člen Dodatnega protokola o presaditvi človeških organov in tkiv h konvenciji o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino (2009, str. 46) navaja, da se lahko organi ali tkiva iz telesa mrtve osebe odvzamejo le takrat, ko je ugotovljena smrt te osebe v skladu z zakonom. Zdravniki, ki ugotovijo smrt te osebe, pa ne smejo biti isti zdravniki, ki bodo neposredno sodelovali pri odvzemu organov in tkiv mrtve osebe ali v poznejših postopkih presaditve ali so odgovorni za zdravljenje možnih prejemnikov organov ali tkiv.

Stališče do posmrtnega darovanja organov lahko izrazimo tekom življenja, in sicer, kot navaja 11. člen Zakona o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (2015), lahko vsakdo, ki je po zakonu, ki ureja pacientove pravice, sposoben samostojno odločati o zdravljenju, za časa življenja pisno privoli v darovanje ali nasprotuje darovanju delov telesa po smrti. Opredelitev lahko posamezniki podajo v zavodu Slovenija-transplant, pri izbranem osebnem zdravniku ali pred pooblaščen osebno organa ali organizacije, ki je z zavodom Slovenija-transplant sklenila pisni dogovor za zbiranje opredelitev. Od novembra 2018 je za prebivalce in rezidente Republike Slovenije omogočena opredelitev glede darovanja na spletni platformi eUprava. S sledenjem dosežkom sodobne digitalne oziroma informacijske dobe in uvajanjem le-teh v vsakdanjo prakso je omogočena prijaznejša in bolj praktična možnost za opredelitev za darovanje za časa življenja (Uštar, Šimenc, Gadžijev, Čebulc in Jakovac, 2019, str. 24).

Zdravljenje s pomočjo presaditve delov človeškega telesa zadeva splošne moralne vrednote v družbi, hkrati pa povzroča globoke čustvene stiske pri prizadetih osebah. Predstavlja medicinski poseg, ki povzroča največ tako etičnih kot pravnih problemov, a žal niti na pravni niti etičnem področju ni možno najti edine prave rešitve. Pogosto prihaja do nasprotja med različnimi interesi in vrednotami, zlasti med interesi bolnikov, ki potrebujejo organe, ter varstvom telesne celovitosti posameznika oziroma nedotakljivosti človeškega telesa po smrti. Slovenska zakonodaja je ves čas usmerjena k sledenju razvoja v primerjalnem pravu ter upošteva mednarodne akte in priporočila profesionalnih organizacij na področju transplantacijske dejavnosti in donorskih programov. Wedam Lukič (2016, str. 30) opozarja, da je pravna ureditev transplantacije koristna in potrebna, a žal s pravnimi pravili določimo le okvirje za opravljanje te dejavnosti, nikakor pa ti ne zagotavljajo, da bodo vsi dobili potreben organ za presaditev.

Avsec (2014b, str. 56–57) navaja, da se pozitivno sporočilo darovanja organov pogosto izgubi prav zaradi smrti. Smrt je tema, ki v sodobni družbi povzroča strah in nelagodje, posledično postane pomoč sočloveku v stiski in borbi za življenje kot ena višjih etičnih vrednot predmet sumničenja. Razvoj je poleg pozitivnih plati darovanja prinesel tudi obsojanja vredne, ki izkoriščajo človeka in njegovo dostojanstvo za namen trgovanja in ustvarjanja materialnega dobička. Takšna dogajanja je mogoče preprečevati le z uvedbo javnega sistema, ki omogoča preglednost in sledljivost. Posledično je razlogov za ureditev transplantacijske dejavnosti in za organizacijo na ravni države več, zato morajo biti jasno opredeljeni tako pravno-zakonodajni kot organizacijsko-strokovni vidiki, ki upoštevajo predvsem etična in moralna načela. »Nekomu drugemu sem pomagal živeti po svoji smrti,« je eno bolj preprostih sporočil avtorice o darovanju organa po smrti, ki nam pomaga pri opredelitvi za darovanje.

3 Metode

Namen raziskave je preučiti moralno-etične dileme posameznikov pri opredeljevanju za posmrtno darovanje organov.

Cilji raziskave:

- ugotoviti stališče splošne populacije do posmrtnega darovanja organov in tkiv ter zdravljenja s presaditvijo organov glede na spol, starost, vero, izobrazbo in zaposlitev;
- ugotoviti vodilne motive posameznikov pri podpiranju posmrtnega darovanja organov in tkiv;
- ugotoviti, s katerimi moralno-etičnimi dilemami se soočajo posamezniki pri opredelitvi za posmrtno darovanje organov;
- ugotoviti, kako se lotiti reševanja problematike pomanjkanja organov v transplantacijski dejavnosti.

Postavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna so stališča splošne populacije do posmrtnega odvzema organov in tkiv ter zdravljenja s presaditvijo glede na starost, spol, versko opredelitev, izobrazbo in zaposlitev?
- Kateri so vodilni motivi za darovanje organov in tkiv po smrti?
- S katerimi moralno-etičnimi dilemami se soočajo posamezniki pri opredelitvi za posmrtno darovanje organov?
- Kako reševati problematiko pomanjkanja organov, s katero se sooča transplantacijska dejavnost?

3.1 Metode in tehnike zbiranje podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni metodi raziskovanja ter deskriptivni in kavalno neeksperimentalni metodi dela. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, za inštrument pa smo uporabili anketni vprašalnik.

3.2 Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali anketni vprašalnik, ki je vseboval devet vprašanj zaprtega in štiri vprašanja odprtega tipa ter 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč z enajstimi trditvami, kjer so trditve označene od 1 – se popolnoma ne strinjam do 5 – se popolnoma strinjam.

3.3 Opis vzorca

Vzorec je bil priložnostni in naključni. Pri obdelavi rezultatov smo upoštevali 118 ustrezno in v popolnosti izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Od tega je bilo 89 (75 %) anketirancev ženskega in 29 (25 %) moškega spola. Anketirance smo razdelili v starostne razrede, največ je bilo starih do 20 let, in sicer 40 (34 %), sledili so jim stari od 21 do 35 let, in sicer jih je bilo 39 (33 %). Starih 50 let in več je bilo 23 (19 %) anketirancev, najmanjši delež so predstavljali stari od 36 do 49 let, in sicer jih je bilo 16 (14 %). Večina anketirancev je imela srednješolsko izobrazbo, in sicer 69 (58,5 %). Osnovnošolsko izobrazbo je imelo 13 (11 %) anketirancev, dokončano višjo šolo 10 (8,5 %) anketirancev, visoko pa sedem (6 %). Univerzitetno izobrazbo je imelo 11 (9 %) anketirancev, preostalih osem (7 %) pa je imelo dokončan magisterij ali doktorat. Izmed 118 anketirancev je 68 (58 %) anketirancev odgovorilo, da so verni, 39 (33 %) anketirancev je odgovorilo, da niso, preostalih 11 (9 %) anketirancev pa na to vprašanje ni želelo odgovoriti. Izmed vseh anketirancev je 33 (28 %) zaposlenih v zdravstvu, preostalih 85 (72 %) pa ne.

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Vprašalnik smo objavili na spletni strani lka.si in ga delili na osebni profilu družbenega omrežja Facebook prve avtorice prispevka. Uporabnike družbenega omrežja Facebook smo prosili, da anketni vprašalnik izpolnijo in ga delijo naprej svojim znancem, družinskim članom ter prijateljem. Proces anketiranja je potekal po sistemu snežne kepe v mesecu juliju 2020.

Vsem sodelujočim v raziskavi smo zagotovili anonimnost in možnost prostovoljnega sodelovanja. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov smo upoštevali vsa etična načela raziskovanja. Podatke smo obdelali s programom Microsoft Excel, na podlagi analize pa ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku.

4 Rezultati

Velika večina anketirancev, 109 (92 %) anketirancev, je za darovanje organov, preostalih 9 (8 %) pa je proti darovanju organov. V register darovalcev organov po smrti je vpisanih sedem (6 %) anketirancev, 39 (33 %) jih o vpisu v register razmišlja, 62 (53 %) pa jih o tem ne razmišlja, vendar dopuščajo možnost, da se bodo v prihodnosti opredelili, le deset (8 %) pa jih po smrti ne želi darovati organov.

Glavni motiv, da podpirajo posmrtno darovanje, je za anketirance, ki so bodisi vpisani v register ali razmišljajo, da bi se vpisali v register, ali pa o tem ne razmišljajo, ampak dopuščajo možnost, da se bodo v prihodnosti opredelili za darovalca organov, koristnost (85 anketirancev (82 %)), človekoljubnost (83 anketirancev (80 %)) in vzajemnost (59 anketirancev (57 %)).

Med 10 anketiranci, ki ne želijo darovati organov po smrti, jih 6 (60 %) kot glavni razlog navaja, da se bojijo nespoštovanja svojega trupla po smrti, 5 (50 %) pa jih odgovarja, da ne želijo razmišljati o svoji smrti in minljivosti ter da imajo premalo informacij o samem darovanju. Kot glavni razlog za nevpis v register darovalcev organov po smrti je največ oseb izbralo, da ne poznajo postopka vpisa v register, in sicer 57 (61 %) izmed 94 oseb od 101 osebe, ki je pri opredelitvi svojega stališča odgovorila, da razmišlja ali pa dopušča možnost, da se bo v prihodnje vpisala v register darovalcev. 45 (48 %) oseb je kot razlog navedlo, da kljub temu, da podpirajo darovanje organov, še ne razmišljajo o smrti. 26 (28 %) jih je odgovorilo, da darovanju ne nasprotujejo, a imajo določene pomisleke pri vpisu v register. Na vprašanje, ali so se z družino in bližnjimi kdaj pogovarjali glede odnosa do darovanja organov po smrti, je odgovorilo 107 od vseh 118 oseb, izmed 107 oseb je 49 (46 %) oseb odgovorilo z da, torej da so se o tem z družino in bližnjimi že pogovarjali, dobra polovica anketiranih oziroma 58 (54 %) oseb se o tem z družino in svojci ni pogovarjalo. Kot glavni razlog, da se o tem niso pogovarjali, jih je 36 (62 %) odgovorilo, da o tem ne razmišljajo, 17 (29 %) oseb pa je odgovorilo, da se nočejo pogovarjati o smrti, ena oseba (2 %) o tem ne razmišlja, ostali pa so izbrali odgovor drugo.

Izmed podanih predlogov za reševanje problematike pomanjkanja organov za transplantacijo je 70 (64 %) anketirancev od 109, ki so na to vprašanje odgovorili, izbralo kot najboljšo rešitev vlaganje v večjo ozaveščenost javnosti o darovanju organov, kar posledično pomeni pridobitev večjega števila organov primernejših darovalcev. Drugi najpogosteje izbran odgovor je bil zakonska ureditev, po kateri smo vsi direktno vpisani v register in potencialni darovalci, razen če se izrecno v času svojega življenja opredelimo proti darovanju, in sicer ga je izbralo 56 (51 %) oseb, ki so na to vprašanje odgovorile. Preprečevanje in zdravljenje kronične (in končne) odpovedi organov je izbralo 51 (47 %) oseb, 47 (43 %) oseb pa je izbralo predlog, ki bi temeljil na ureditvi zakonodaje, ki bi dovolila odvzem organov tudi po srčni smrti in ne le po možganski.

107 anketirancev je izrazilo svoje stališče do presaditve organov v Likertovi lestvici, in sicer so s povprečno oceno 3,7 izrazili strinjanje, da se trgovina s človeškimi organi najpogosteje pojavlja v nerazvitih in siromašnih državah ali državah s pomanjkljivo zakonsko ureditvijo tega področja. Trditev, da je donorski program v Sloveniji etično in prostovoljno usmerjen in da posledično ni možnosti zlorabe in trgovanja z organi, so anketiranci ocenili s povprečno oceno 3,4, da pa je možganska smrt dokončna smrt človeka, ocenjujejo s povprečno oceno 3,8. S povprečno oceno 3,3 anketiranci ocenjujejo trditev, da večina religij v Sloveniji podpira darovanje organov po smrti.

5 Razprava

Visoko stopnjo pripravljenosti za darovanje organov ugotavljajo v študiji tudi avtorji Kamin, Berzelak in Ule (2017, str. 732), in sicer 61,3-odstotno pripravljenost Slovencev za darovanje organov po smrti. Ugotovitve naše raziskave kažejo boljše stališče in pripravljenost žensk, prav tako ugotavljamo nekoliko bolj naklonjeno stališče do darovanja pri anketirancih, ki so se opredelili, da niso verni, saj kar 45 % nevernikov razmišlja o vpisu v register darovalcev, kljub temu pa se odstotek vpisanih v register in tistih, ki odklanjajo darovanje organov, med vernimi in nevernimi niti ne razlikuje. Anketiranci, stari 50 let in več, kažejo višjo pripravljenost za darovanje organov, kar lahko povežemo z dejstvom, da večina šele z leti začne razmišljati o smrti in minljivosti. Spodbuden je tudi podatek, da kljub temu, da starostna skupina do 20 let ne razmišlja o darovanju organov, pa od vseh starostnih skupin najmanj odklanja darovanje in dopušča možnost, da se opredeli v prihodnosti. Prav tako ne moremo trditi, da je stopnja izobrazbe eden bistvenih dejavnikov in da so višje izobraženi bolj pripravljeni darovati organe. Če primerjamo stališča anketirancev, zaposlenih v zdravstvu, in tistih, ki niso zaposleni v

zdravstvu, se odstotek tistih, ki so vpisani v register darovalcev, in tistih, ki odklanjajo darovanje organov, bistveno ne razlikuje. Torej zaposleni v zdravstvu kljub temu, da imajo dober odnos do darovanja organov, niso v večjem številu vpisani v register.

Čeprav velika večina podpira darovanje organov po smrti, pa je le 6 % anketirancev vpisanih v register darovalcev organov po smrti, kar lahko povežemo z navedbami Logarjeve (2003, str. 144) iz nekoliko starejše raziskave, ki pravi, da je splošna javnost v Sloveniji naklonjena darovanju, vendar pa posamezniki svojo vedenjsko namero za tako dejanje, kot je posredovanje kartice darovalca, izrazijo v manjši meri; samo kartico darovalca, ki danes sicer ni več veljavna, lahko povežemo z vpisom v register darovalcev v današnjem času.

Na prvo raziskovalno vprašanje »Kakšna so stališča splošne populacije do posmrtnega odvzema organov in tkiv ter zdravljenja s presaditvijo glede na starost, spol, versko opredelitev, izobrazbo in zaposlitev?« lahko na podlagi analize rezultatov, ki velja za naš vzorec, odgovorimo, da imajo anketiranci pozitivno stališče do darovanja organov po smrti in transplantacije kot metode zdravljenja kroničnih odpovedi organov.

Darovanje organov in tkiv pa tudi krvi je izraz največje človeške solidarnosti in vzajemnosti, ki je povsem v skladu z moralnimi in etičnimi pogledi naše družbe in v skladu s stališči večine veroizpovedi (Prebil idr., 2013, str. 65). Navedeno lahko povežemo z drugim raziskovalnim vprašanjem, ki se glasi »Kateri so vodilni motivi za darovanje organov in tkiv po smrti?«. Ugotavljamo, da predstavlja koristnost vodilni motiv za podporo darovanju organov po smrti, saj bodo organi po smrti koristili drugim, ki jih potrebujejo za zdravljenje; drugi najpogostejši motiv pa sta humanost oziroma človekoljubnost. Torej lahko trdimo, da darovanje organov predstavlja humano oziroma človekoljubno dejanje, kjer posameznik čuti potrebo, da po svoji smrti pomaga drugim, ki potrebujejo organ za ozdravitev, saj, kot navaja Trotošek (2014, str. 33–34), je zaradi čakalnih vrst vsak pridobljeni in dobro delujoči organ dar za čakajočega pacienta.

Vodilni motiv predstavlja tudi vzajemnost, saj ljudje pričakujemo, da bodo v primeru, ko bomo nekega dne morda sami potrebovali presaditev organa za zdravljenje, tudi drugi pripravljeni za darovanje.

Z neposrednim poseganjem v človekovo celovitost se pojavijo izjemno občutljiva vprašanja, kot so: kako prenesti »mrtvega« v živega in ga sprejeti ter kako ohraniti človekovo integriteto in celost tudi ob koncu bivanja, saj posamezniki lastnih teles ne doživljamo zgolj v medicinskih terminih (Šimenc, 2016, str. 32). Ugotavljamo, da prav poseganje v človekovo celovitost in razmišljanje o smrti in minljivosti predstavljata najpogostejši razlog, da 8 % vseh anketirancev ne želi darovati organov po smrti. Hkrati pa predstavlja slednje razlog za skoraj polovico anketirancev, ki pa podpirajo darovanje, a niso vpisani v register darovalcev, saj še ne razmišljajo o smrti.

Ugotavljamo, da polovica anketirancev, ki ne želi darovati organov, navaja, da ima premalo informacij o samem darovanju organov, donorskem programu in transplantacijski dejavnosti v Sloveniji. To lahko povežemo z rezultatom, da kar 61 % oseb ne pozna postopka vpisa v register, kljub temu da razmišljajo o darovanju organov ali pa o tem še ne razmišljajo, a dopuščajo možnost, da se opredelijo v prihodnosti. Skoraj tretjina oseb, ki podpira darovanje organov po smrti, pa kljub temu, da darovanju ne nasprotuje, ima določene pomisleke za vpis v register darovalcev. Torej iz teh podatkov lahko sklepamo, da bo potrebno vložiti še veliko v samo ozaveščanje splošne javnosti na področju darovanja organov po smrti.

Anketiranci se strinjajo, da se trgovina s človeškimi organi najpogosteje pojavlja v nerazvitih, siromašnih državah ali državah s pomanjkljivo zakonsko ureditvijo tega področja, hkrati pa so neopredeljeni do trditve, da je donorski program v Sloveniji etično in prostovoljno usmerjen ter

da posledično ni možnosti zlorabe in trgovanja z organi. Eden ključnih pokazateljev raziskave je sprejemanje možganske smrti kot dokončne smrti človeka, saj je prav sprejem koncepta možganske smrti vitalnega pomena za uspešno delovanje donorskega programa (Šimenc, 2016, str. 33).

Odnos religij do darovanja organov predstavlja eno izmed moralno-etičnih dilem. Čeprav večina religij v Sloveniji podpira darovanje organov po smrti, so bili anketiranci v povprečju neopredeljeni, hkrati pa versko prepričanje ni predstavlja vodilnega razloga za posameznike, ki ne želijo darovati organov.

Kot navaja številna domača in tuja literatura, se Slovenija in svet sooča s pomanjkanjem organov za presaditev. Kot najprimernejši in najboljši način za reševanje te problematike so anketiranci izbrali prav vlaganje v večjo ozaveščenost javnosti o darovanju organov, kar bi posledično pomenilo pridobitev večjega števila primernejših darovalcev. Dobra polovica anketiranih se strinja s predlogom zakonske ureditve, po kateri bi bili vsi direktno vpisani v register in tako postali potencialni darovalci, razen če se v času svojega življenja izrecno opredelimo proti darovanju. Tako zakonsko ureditev lahko povežemo z razlago Flisa (2010, str. 352), ki navaja: »Če umrli v času svojega življenja ni izrecno odklonil darovanja, mu torej ne nasprotuje.«

Kar 43 % anketiranih pa podpira pobudo za spremembo zakonodaje, po kateri bi bili primerni darovalci organov tudi pacienti po srčni smrti, kar je, kot navajata Lušicky in Avsec (2019, str. 9), že uveljavljeno v številnih evropskih državah. Gadžijev (2019, str. 71) dodaja, da bo potrebno izkoristiti vse razpoložljive vire za darovanje organov in tkiv po smrti, če se želimo približati samozadostnosti in se izogniti umiranju prejemnikov na čakalnih seznamih.

Po pregledu strokovne literature in analizi rezultatov lahko na raziskovalno vprašanje »S katerimi moralno-etičnimi dilemami se soočajo posamezniki pri opredelitvi za posmrtno darovanje organov?« odgovorimo, da koncept možganske smrti, transplantacijski turizem, strah pred slabšo zdravstveno obravnavo, razdeljevanje organov, odnos do trupla darovalca, verski pomisleki in privolitev v darovanje predstavljajo ključne dileme oziroma pomisleke, poleg ostalih, s katerimi se soočajo posamezniki ter transplantacijska dejavnost.

6 Sklep

Transplantacijska dejavnost in donorski programi so sedanost in prihodnost medicine, saj so s podaljševanjem življenjske dobe in naraščanjem števila kroničnih bolnikov potrebe po organih za presaditev vsak dan večje. Ob pomisleku na posmrtno darovanje organov ima večina pozitivno stališče in za ljudi predstavlja plemenito in etično dejanje, za katerega se odloči oseba, ki v sebi goji čustva, kot so humanost in altruizem, a žal se le peščica odloči in vpiše v register darovalcev organov po smrti. Kljub pozitivnemu stališču do darovanja je potrebno vlagati v večje ozaveščanje tako splošne kot strokovne javnosti o posmrtnem darovanju organov, kar bo pripomoglo k zmanjšanju moralno-etičnih dilem in povečanju števila darovalcev. Stroka pa bo morala začeti aktivno iskati dodatne rešitve pri reševanju problematike pomanjkanja organov, ki pa bo v skladu z načeli etike in morale. Zaključimo lahko, da darovanja organov po naši smrti ne smemo dojemati kot etično-moralno dolžnost, ampak kot priložnost, da lahko organi po naši smrti živijo v drugih telesih in tem osebam izboljšajo zdravje ter omogočijo kar se da kakovostno življenje.

LITERATURA

1. Andrejč, D., Kolarič, Š. in Grabar, D. (2011). Možganska smrt – etične dileme. V M. Gričar (ur.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 380–383). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
2. Avsec, D. (2014a). Nacionalna transplantacijska mreža, Slovenija-transplant in mednarodno povezovanje. V V. Smrkolj (ur.), *Kirurgija* (str. 261–264). Celje: Grafika Gracer.
3. Avsec, D. (2014b). Program darovanja in pridobivanja delov človeškega telesa zaradi zdravljenja v Sloveniji. V Potočnjak, D. (ur.), *Gledališki list Slovenskega mladinskega gledališča – sezona 2013/2014* (str. 56–67). Ljubljana: Slovensko mladinsko gledališče.
4. Avsec, D. (2016). Ozaveščanje splošnih javnosti: izhodišča in pristopi Slovenija-transplant. V D. Avsec (ur.), *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji: programi, smernice in perspektive* (str. 79–84). Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant.
5. Dodatni protokol o presaditvi človeških organov in tkiv h Konvenciji o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino. (2009). V *Človekove pravice v zvezi z biomedicino; Oviedska konvencija in dodatni protokoli* (str. 37–54). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
6. Flis, V. (2010). Nekateri pravni in etični pogledi na presajanje organov. V K. Miksić (ur.), *Izbrana poglavja iz kirurgije* (str. 351–354). Maribor: Založba Pivec.
7. Gadžijev, A. (2019). Novi trendi v transplantacijski medicini – darovanje po zaustavitvi srca in sprejem v enoto intenzivne terapije z namenom kasnejšega darovanja organov in tkiv. V J. Buturović Ponikvar (ur.), *Etični izzivi pri transplantaciji organov* (str. 71–74). Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
8. Kamin, T., Berzelak, J. in Ule, M. (2017). Mind the gap: Social aspects of willingness for post-mortem organ donation in Slovenia. *Teorija in praksa*, 54 (5), 732–746.
9. Logar, B. (2003). Odnos do darovanja organov po smrti. *Psihološka obzorja*, 12 (3), 139–151.
10. Lušicky, P. in Avsec, D. (2019). Vloga Zavoda Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant v donorskem programu. *Zdravstveni vestnik*, (88), 3–20.
11. Prebil, A., Mohar, P. in Fink, A. (2013). *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.
12. Šimenc, J. (2016). Ustvarjanje družbenega konsenza: Kulturnoantropološki pogled na transplantacijsko medicino. V D. Avsec (ur.), *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji: programi, smernice in perspektive* (str. 32–36). Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant.
13. Trotošek, T. (2014). Multiorganski odvzem za transplantacijo. V C. Gregorc (ur.), *Z znanjem in sodelovanjem rešujemo življenje* (str. 31–34). Rogaška Slatina: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.
14. Uštar, B., Šimenc, J., Gadžijev, A., Čebulc, G. in Jakovac, J. (2019). Daj življenju priložnost: donorska in transplantacijska dejavnost v Sloveniji v letu 2018. Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant.
15. Wedam Lukič, D. (2016). Zakonodaja in njen razvoj na področju transplantacijske medicine na Slovenskem. V D. Avsec (ur.), *Razvoj transplantacijske medicine v Sloveniji: programi, smernice in perspektive* (str. 25–30). Ljubljana: Zavod RS za presaditve organov in tkiv Slovenija-transplant.
16. Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja. (2015). Uradni list RS, št. 56/15 (29. 7. 2015). Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6624>.
17. Žnidaršič Skubic, V. (2018). *Civilno medicinsko pravo: izbrane teme*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije.

Kislo zelje in repa v prehrani Slovencev

KLJUČNE BESEDE: fermentacija, mikroorganizmi, kislo zelje, kislja repa

POVZETEK - Uvod: Fermentirana živila veljajo za bogat vir biološko aktivnih snovi, s katerimi so povezani tudi številni pozitivni učinki za zdravje posameznika. V študiji smo preverili navade uživanja kislega zelja in repe med Slovenci. Določili smo tudi vpliv termične obdelave na antioksidativni potencial in živost mikroorganizmov (MO). **Metode:** S pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, v katerem je sodelovalo 175 preiskovancev, smo pridobili podatke o količini zaužitega kislega zelja in repe. V vzorcih živil smo z gojitveno metodo določili živost mlečnokislinskih bakterij. Antioksidativni potencial smo določali z metodo redukcije DPPH. Postopka smo ponovili tudi na termično obdelanem vzorcu. **Rezultati:** Preiskovanci so na mesec v povprečju zaužili največ termično obdelanega kislega zelja in najmanj surove kisle repe. Najvišje število MO je bilo 2,9 CFU/g in se je s termično obdelavo popolnoma uničilo. Antioksidativni potencial se je po obdelavi znižal vsaj za polovico. **Razprava:** S termično obdelavo pomembno vplivamo na živost MO in antioksidativni potencial kislega zelja in repe. Glede na navade uživanja, preiskovanci ne dosegajo priporočene vrednosti dnevnega vnosa živih MO.

KEYWORDS: fermentation, microorganisms, sauerkraut, sour turnip

ABSTRACT - Introduction: Fermented foods are a rich source of biologically active compounds that are associated with many beneficial health effects. Our study investigated the sauerkraut and turnip consumption habits in Slovenia. We also determined the effect of heat on the antioxidant potential and viability of microorganisms (MO). **Methods:** Through an online questionnaire, the data on sauerkraut and turnip consumption were obtained for 175 participants. The viability of lactic acid bacteria in samples of fermented vegetables was determined, too. The antioxidative potential was determined by the DPPH reduction method. The procedure was also repeated after the heat treatment. **Results:** On average, participants consumed the highest amount of cooked sauerkraut and the lowest amount of raw turnip. The highest MO count in vegetable samples was 2.9 CFU/g and there were no viable MO after cooking. Heat treatment also reduced the antioxidative potential by half. **Discussion:** Heat treatment has a significant effect on MO viability and antioxidative potential. Based on participants' consumption habits, the recommended daily intake of live MO through sauerkraut and turnip was not sufficient.

1 Teoretična izhodišča

Priprava fermentiranih živil sega daleč v preteklosti, saj so že stare civilizacije na ta način predvsem v času pomanjkanja hrane, poskrbele za podaljšanje obstojnosti živil, boljše organoleptične lastnosti in tudi zmanjšale morebitne toksične učinke (Bell, Ferrão in Fernandes, 2017). Glede na mikroorganizme, ki sodelujejo pri fermentaciji, sestavine ter okolje obstaja več vrst fermentiranih živil (Das idr., 2020). Fermentacija živil lahko poteka na dva načina, in sicer (i) s spontano fermentacijo avtohtonih mikroorganizmov, prisotnih v živilu in/ali okolju ali (ii) z dodatkom starter kulture. Pri slednjem gre za kontroliran proces ob dodajtku standardizirane združbe mikroorganizmov (Rezac, Kok, Heermann in Hutkins, 2018) ali »backslopping«, kar pomeni dodatek majhne količine predhodno fermentiranega izdelka (Marco idr., 2017). Fermentirana živila veljajo za bogat vir biološko aktivnih snovi, s katerimi so povezani tudi številni pozitivni učinki na zdravje posameznika, kot so antihipertenzivno, protivnetno,

antidiabetično, antikancerogeno, antioksidativno, antialergijsko delovanje (Das idr., 2020; Tamang, Shin, Jung in Chae, 2016). Prav tako je predvsem fermentirana zelenjava vir prehranskih vlaknin, pa tudi živih mikroorganizmov, s potencialno probiotičnimi lastnostmi (Dimidi, Rose Cox, Rossi in Whelan, 2019). Probiotiki so živi mikroorganizmi, ki lahko pri rednem uživanju v zadostnih količinah, pozitivno vplivajo na zdravje posameznika (Panghal idr., 2018). Pomagajo ohranjati dobro ravnovesje in sestavo črevesne mikrobiote, poleg tega pa preprečujejo kolonizacijo in okužbo s potencialno patogenimi mikroorganizmi (Tripathi in Giri, 2014), spodbujajo imunost in absorpcijo kalcija, znižujejo tveganje za črevesne bolezni (Homayouni, Pavahoo in Azizi, 2012), znižujejo nivo serumskega holesterola in krvni tlak (Rašić, 2003). Za doseganje pozitivnih učinkov mora živilo vsebovati minimalno zahtevano količino živih mikroorganizmov s probiotičnim učinkom v času zaužitja. Prehranska industrija je določila, da ta zahteva znaša vsaj 10^6 probiotičnih mikroorganizmov na milliliter oz. gram živila (Boylston, Vinderola, Ghodusi in Reinheimer, 2004). Količina variira glede na geografsko regijo, starost in čas (Dimidi idr., 2019). Z namenom povečanja obstojnosti in varnosti hrane so nekatera fermentirana živila po fermentaciji termično obdelana, kar lahko vpliva na število mikroorganizmov, kakor tudi na vsebnost vitaminov (Rezac idr., 2018). Fermentirana živila, kot je kislo zelje je tudi bogat vir antioksidantov, kot sta vitamina C in E ter fenolne spojine, ki odstranjujejo proste radikale in ščitijo pred oksidativnim stresom (Peñas idr., 2017). Oksidativni stres je neravnovesje med tvorbo reaktivnih kisikovih zvrsti (ROS) ter sposobnostjo celic, da jih nevtralizirajo z antioksidativno zaščito (Persson, Popescu in Cedazo - Minguez, 2014). ROS lahko spremenijo in poškodujejo več vrst makromolekul v celicah. Oksidacija deoksiribonukleinske kisline lahko tako vpliva na transkripcijo in replikacijo genov, oksidacija lipidov pa do poškodb celične membrane (Persson idr., 2014). Z vnosom antioksidantov z živili lahko tako zmanjšamo potencialen negativen učinek oksidativnega stresa (Tiku, Abraham in Kale, 2008).

2 Empiričen del

2.1 Namen in cilj raziskave

Kislo zelje in repa sta že dolgo del tradicionalne prehrane ljudi, zato nas je zanimalo, kakšna so navade uživanja v Sloveniji in ali dnevni vnos surovih živil dosega priporočeno število živih bakterij s potencialnim probiotičnim učinkom. Za dosego slednjega smo anketni vprašalnik dopolnili z določanjem živosti mlečnokislinskih bakterij v vzorcih doma fermentiranega kislega zelja in repe. Zanimalo nas je tudi, ali termična obdelava vpliva na parametra živosti mikroorganizmov in antioksidativni potencial živila.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Z rezultati raziskave smo želeli odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja: a) Kakšne so navade uživanja in poznavanje postopka pridobivanja kislega zelja in repe med slovensko populacijo, različnih starostnih skupin?; b) Ali količina zaužitega surovega živila lahko zagotovi ustrezen vnos živih mikroorganizmov s potencialno probiotičnim učinkom?; c) Kolikšen del populacije mikroorganizmov v kislem zelju in repi se uniči med toplotno obdelavo? in d) Kako se antioksidativni potencial kislega zelja in kisle repe spremeni s termično obdelavo?

3 Metode

V prvem delu raziskave smo opravili pregled literature. Relevantne strokovne članke smo iskali v bazah Science Direct, PubMed, NCBI, Google učenjak in SpringerLink in sicer s pomočjo

ključnih besed in besednih zvez »fermentirana hrana«, »probiotiki«, »kislo zelje«, »kisla repa«, »mikroorganizmi«, »učinki na zdravje« in »toplotna obdelava«. V drugem delu smo pripravili spletni anketni vprašalnik, ki je bil dostopen na portalu www.1ka.si. Delili smo ga preko socialnih omrežij in elektronske pošte, z namenom pridobiti odgovore starejših, ki interneta ne uporabljajo, pa smo anketni vprašalnik tudi osebno. S pomočjo spletnega anketnega vprašalnika, v katerem je sodelovalo 175 preiskovancev ($\bar{X} = 151$; $M = 24$), smo pridobili podatke o količini zaužitega kislega zelja in kisle repe ter poznavanju samega postopka fermentacije. V vprašalniku so preiskovanci morali označiti, kako pogosto uživajo surovo ali termično obdelano kislo zelje in kislo repo ter oceniti približno zaužito količino. Iz teh dveh podatkov smo izračunali povprečno zaužito količino. Želeli smo izvedeti tudi, koliko preiskovanci vedo o pripravi fermentiranih živil, dejavnikih samega procesa, spremembah, ki se tekom fermentacije v živilu dogajajo in vplivu povišane temperature na živost mikroorganizmov. Podatke smo obdelali s pomočjo programa Microsoft Excel 2016, za ugotavljanje korelacij med spremenljivkami pa smo uporabili program IBM SPSS verzija 22.

V vzorcih pridobljenega kislega zelja ($N = 5$) in kisle repe ($N = 3$) smo z gojitveno metodo določili živost mlečnokislinskih bakterij. Vzorci so bili odvzeti v sterilne lončke ter zamrznjeni pri $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ do izvedbe poskusa. Za določanje števila mlečnokislinskih bakterij smo uporabili trdno gojišče de Man, Rogosa, Sharpe (MRS) agar, ki smo ga pripravili po navodilih proizvajalca (Biokar, Francija). Medij smo sterilizirali v avtoklavu pri $121\text{ }^{\circ}\text{C}$, 15 minut ter ga vlili v sterilne petrijevke. Pred pričetkom laboratorijskega dela smo vzorce živil odmrznili in dobro premešali. Pripravili smo matično raztopino iz 5 g vzorca in 45 mL sterilne fiziološke raztopine. Sledila je priprava redčitvene vrste s končnimi redčitvamami na gojišču do 10^{-5} pri čemer smo matično raztopino dobro premešali in nato $100\ \mu\text{l}$ odpipetirali v mikrocentrifugirko, v katero smo predhodno odpipetirali $900\ \mu\text{l}$ fiziološke raztopine. Na površino MRS gojišč smo nanесли $100\ \mu\text{l}$ ustrezne razredčine vzorca, ki smo za s cepilno zanko enakomerno razmazali. Plošče z nacepljenim gojiščem smo vsaj 48 ur pri temperaturi $37\text{ }^{\circ}\text{C}$ inkubirali v anaerobnih razmerah. Po inkubaciji smo prešteli število kolonijskih enot mlečnokislinskih bakterij in ga izrazili kot CFU/g. Eksperiment smo izvedli v dveh ponovitvah. Vzorec, v katerem smo dokazali najvišje vrednosti smo segrevali pri $80\text{ }^{\circ}\text{C}$, 30 minut in ponovili eksperiment po enakem postopku kot pri surovem vzorcu.

Antioksidativni potencial smo določali z metodo redukcije DPPH (2,2-difenil-1- pikrilhidrazil) reagenta. Metoda temelji na spremembi barve, ki je posledica redukcije DPPH ob prisotnosti antioksidantov v vzorcu. Na podlagi umeritvene krivulje z znano količino antioksidanta, kot je askorbinska kislina, lahko določimo antioksidativni potencial vzorca. Za pripravo 10 % vzorca za analizo z DPPH reagentom smo v čašo odtehtali 2,5 g živila zelenjave ter dodali 22,5 mL destilirane vode. Vzorec smo nato homogenizirali s homogenizatorjem Ultra Turrax približno eno minuto na 20.000 obratih. Vsebinsko posamezne čaše smo nato prefiltrirali v erlenmajerice s pomočjo lija in filtrirnih listov Whatman 41. Erlenmajerice s pripravljenimi vzorci smo zaščitili s parafilm zaščitno folijo. Poskus smo izvedli po prej opisani metodi in rezultate izrazili kot ekvivalent askorbinske kisline (Prieto, 2012). Postopka smo ponovili tudi na termično obdelanem vzorcu, v katerem smo dokazali največje število mikroorganizmov.

4 Rezultati

Rezultati anketnega vprašalnika glede znanja o pripravi fermentiranih živil in dejavnikih, ki vplivajo na proces fermentacije so bili spodbudni. V večini so se preiskovanci strinjali s trditvami: (a) da moramo živilu dodati sol, ki zavira delovanje neželenih mikroorganizmov in s tem omogoča razmnoževanje želenih; (b) da je temperatura pomemben dejavnik procesa fermentacije; (c) da moramo zagotoviti anaerobno okolje oz. okolje brez kisika; (d) da se med

fermentacijo sladkorji pretvarjajo v kisline ter (e) da se pH vrednost živila pred fermentacijo in po njej razlikuje. Večinoma so se strinjali tudi, da imajo fermentirana živila podaljšan rok trajanja in da so bolj mikrobiološko varna. Slabše znanje smo opazili pri trditvi, da so fermentirana živila bogatejša z vitamini. Na podlagi rezultatov anketnega vprašalnika smo ugotovili, da so preiskovanci v največji meri uživali termično obdelano ($n = 152$) in surovo ($n = 121$) kislo zelje. Manj jih je uživalo termično obdelano ($n = 95$) in surovo ($n = 54$) kislo repo. Le nekaj preiskovancev ($n = 14$) pa kislega zelja ali kisle repe sploh ni zaužilo. Povprečno so v zadnjem mesecu zaužili 179 ± 150 g surovega in 204 ± 176 g termično obdelanega kislega zelja ter 136 ± 136 g surove in 188 ± 172 g termično obdelane kisle repe.

Glede na normalnost porazdelitve spremenljivk smo korelacije med spremenljivkami ugotavljali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacij. Izmed preverjenih se je kot statistično značilna močna pokazala med povezava med povprečno količino zaužitega termično obdelanega kislega zelja in termično obdelane kisle repe ($p < 0,001$; $r = 0,615$), statistično značilna srednja povezava pa med povprečno količino zaužitega surovega kislega zelja in surove kisle repe ($p < 0,001$; $r = 0,532$).

Z eksperimentalnim delom v laboratoriju smo dokazali, da se število mlečnokislinskih bakterij v vzorcu kislega zelja in kisle repe giblje od 2,24 do 2,93 CFU/g. S 30-minutnim segrevanjem vzorca pri temperaturi $80\text{ }^{\circ}\text{C}$ smo ugotovili, da se med termično obdelavo živost mikroorganizmov popolnoma uniči.

Antioksidativni potencial vzorcev surovega živila je znašal $96,4 \pm 4,8$ μg za kislo zelje in $85,1 \pm 5,1$ μg ekvivalentov askorbinske kisline/g za kislo repo. Po termični obdelavi se je vrednost antioksidativnega potenciala znižala in sicer na $62,6 \pm 0,3$ μg za kislo zelje in $12,8 \pm 1,9$ μg ekvivalentov askorbinske kisline/g za kislo repo.

5 Razprava

S pomočjo pripravljenega anketnega vprašalnika smo skušali ugotoviti, kakšne so navade uživanja surovega in termično obdelanega kislega zelja in kisle repe med slovensko populacijo. V prehranski industriji velja zahteva, da mora za doseganje pozitivnih učinkov na zdravje živilo vsebovati minimalno zahtevano količino živih mikroorganizmov, in sicer vsaj 10^6 probiotičnih mikroorganizmov na mililiter oz. gram živila (Boylston idr., 2004). Večina fermentiranih živil to zahtevo izpolnjuje. Oregon idr. (2016) navajajo, da je za doseganje pozitivnih učinkov probiotičnih mikroorganizmov treba dnevno zaužiti vsaj 10^8 do 10^{10} CFU. To bi pomenilo, da moramo dnevno zaužiti 100 g živila z vsaj 10^6 CFU na mililiter ali gram živila. Z eksperimentalnim delom smo ugotovili, kolikšno je število mlečnokislinskih bakterij v vzorcih kislega zelja in kisle repe. Določili smo, da se v naših vzorcih nahaja od 2×10^4 do $1,7 \times 10^5$ CFU/100 g. Ob upoštevanju rezultatov anketnega vprašalnika in podatka o količini živih mikroorganizmov v surovem kislem zelju smo ugotovili, da količina, ki so jo zaužili preiskovanci ni v skladu s priporočili. Povprečna količina surovega kislega zelja, zaužita v enem mesecu, je namreč znašala 179 g, to pa bi pomenilo od $1,2 \times 10^3$ do 1×10^4 CFU na dan. Poleg tega so mikroorganizmi v kislem zelju in kisli repi raznoliki in nimajo vsi probiotičnih učinkov (Zabat, Sano, Wurster, Cabral in Belenky, 2018). V obzir je potrebno vzeti tudi, da so številna fermentirana živila po fermentaciji termično obdelana z namenom podaljšanja obstojnosti in zagotavljanja varnosti hrane, kar lahko vpliva na število mikroorganizmov (Rezac idr., 2018). Glede na to, da uživanje živih mikroorganizmov le s surovim kislim zeljem ali kislo repo pri Slovencih ne zadostuje za doseganje probiotičnega učinka, se priporoča vnos probiotičnih mikroorganizmov z drugimi živila ali prehranskimi dopolnili. Prehranska dopolnila sicer vsebujejo preverjene in učinkovite probiotične seve, vendar se je raznolikost mikroorganizmov v hrani izkazala za učinkovitejšo od manjšega števila sevov v dopolnilih.

Bolj se torej priporoča uživanje živil, ki vsebujejo probiotične mikroorganizme, kot so kefir, jogurt, sir, kislo mleko, razni fermentirani sadni sokovi (Oregon idr., 2016; Terpou idr., 2019). V nadaljevanju smo se osredotočili na vpliv povišane temperature na živost mikroorganizmov v živilu. Na podlagi rezultatov anketnega vprašalnika je bilo ugotovljeno, da je preiskovancem vpliv povišane temperature na živost mikroorganizmov poznan. Osemdeset odstotkov jih je vedelo, da kuhanje znižuje živost mikroorganizmov v živilu, le nekaj manj (69 %) pa se jih je strinjalo, da imata surovo kislo zelje in kisle repe boljši vpliv na zdravje kot po pasterizaciji ravno zaradi višje živosti mikroorganizmov. Delež uživanja termično obdelane fermentiranega kislega zelja ali repe je bil med preiskovanci višji, kot delež uživanja surove fermentirane zelenjave. Število preiskovancev, ki so uživali termično obdelano kislo zelje, je bilo za 26 % višje od števila preiskovancev, ki so uživali surovo kislo zelje, količina zaužitega termično obdelanega kislega zelja pa je bila za 14 % višja kot količina zaužitega surovega kislega zelja. Večje razlike so bile pri kislji repi. Število preiskovancev, ki so uživali termično obdelano kisljo repo, se je od števila tistih, ki so uživali surovo kisljo repo, razlikovalo kar za 76 %. Precej večja razlika je bila tudi pri količinah – termično obdelane kislje repe so zaužili 38 % več kot surove. Želeli smo ugotoviti tudi, kolikšen del mikroorganizmov se uniči med termično obdelavo. V laboratorijskih pogojih smo ugotovili, da se s 30-minutnim segrevanjem oz. kuhanjem kislega zelja ali kislje repe pri temperaturi 80 °C živost mikroorganizmov popolnoma uniči. Vlogo pri pozitivnem vplivu kislega zelja in kislje repe na zdravje ima tudi vitamin C, katerih vsebnost se lahko s termično obdelavo spremeni oziroma zniža. Na podlagi rezultatov v literaturi opisanega eksperimentalnega dela že termična obdelava pri temperaturi vretja za 20 minut zniža vrednosti vitamina C v zelju iz 78,2–80,3 na 42,3–45,5 µg/g zelja (Popova, 2019). Slednje je v skladu tudi z rezultati naše študije, saj se je antioksidativni potencial, ki smo ga izrazili z ekvivalentom askorbinske kisline, pri obeh živilih znižal vsaj na polovico. Literatura o učinkih uživanja kislega zelja in kislje repe z vidika posameznih bioaktivnih učinkovin je še precej pomanjkljiva. Predvsem je zelo malo izvedenih raziskav o učinkih kislje repe, saj ni tako poznana po celem svetu kot kislo zelje.

6 Sklep

Znanje Slovencev o postopku fermentacije, dejavnikih, ki vplivajo na proces in spremembah, ki se dogajajo je bilo dobro. Prav tako so preiskovanci v večini vedeli, da povišana temperatura vpliva na živost mikroorganizmov. Kot pričakovano, je bila stopnja uživanja termično obdelanega kislega zelja in kislje repe med preiskovanci višja, v primerjavi s surovimi živilmi. Delež uživanja surovega kislega zelja je bil višji v primerjavi s surovo kisljo repo, saj se zelje velikokrat ponudi tudi kot solata, medtem ko se surova kislja repa ne uživa tako pogosto. Obstaja tudi več načinov za pripravo termično obdelanega kislega zelja in kislje repe. Pogosto so namreč na jedilniku v zimskih mesecih kot sestavine jote, segedin golaža, dušenega kislega zelja, kuhanega kislega zelja in kislje repe z ocvirki, sarme. Pokazali smo, da s termično obdelavo pomembno vplivamo na živost MO in antioksidativni potencial kislega zelja in kislje repe. S termično obdelavo se je namreč živost mikroorganizmov v živilu popolnoma uničila, prav tako pa se je vsaj za polovico znižal antioksidativni potencial. Glede na rezultate študije količina dnevno zaužite surove fermentirane zelenjave ne dosega priporočene vrednosti dnevnega vnosa mlečnokislinskih bakterij, ki je 100 g živila z vsaj 10⁶ CFU/g. Ne glede na slednje, pa imata obe živila pomembno vlogo tudi kot prebiotična živila, z visoko vsebnostjo vlaknin, kar pozitivno vpliva na sestavo črevesne mikrobiote in s tem na dobro počutje posameznika. Za doseganje pozitivnega učinka, ki ga imajo probiotiki na naše zdravje, se priporoča uživanje probiotičnih mikroorganizmov tudi z drugimi živilmi ali s prehranskimi dodatki.

LITERATURA

1. Bell, V., Ferrão, J. in Fernandes, T. (2017). Nutritional guidelines and fermented food frameworks. *Foods*, 6 (8). <https://doi.org/10.3390/foods6080065>
2. Boylston, T. D., Vinderola, C. G., Ghoddusi, H. B. in Reinheimer, J. A. (2004). Incorporation of bifidobacteria into cheeses: challenges and rewards. *International dairy journal*, 14 (5), 375–387. <https://doi.org/10.1016/j.idairyj.2003.08.008>
3. Das, G., Paramithiotis, S., Sundaram Sivamaruthi, B., Wijaya, C. H., Suharta, S., Sanlier, N., Shin, H. S. in Patra, J. K. (2020). Traditional fermented foods with anti-aging effect: A concentric review. *Food research international*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2020.109269>
4. Dimidi, E., Rose Cox, S., Rossi, M. in Whelan, K. (2019). Fermented foods: definitions and characteristics, impact on the gut microbiota and effects on gastrointestinal health and disease. *Nutrients*, 11 (8), 1806. <https://doi.org/10.3390/nu11081806>
5. Homayouni, A., Payahoo, L. in Azizi, A. (2012). Effects of probiotics on lipid profile: A review. *American journal of food technology*, 7 (5), 251–265. <https://doi.org/10.3923/ajft.2012.251.265>
6. Marco, M. L., Heeney, D., Binda, S., Cifelli, C. J., Cotter, P. D., Foligné, B., Gänzle, M., Kort, R., Pasin, G., Pihlant, A., Smid, E. J. in Hutkins, R. (2017). Health benefits of fermented foods: microbiota and beyond. *Current opinion in biotechnology*, 44, 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.copbio.2016.11.010>
7. Oregon, R. P., Corbin, A. in Scott, B. (2016). Sauerkraut: A probiotic superfood. *Functional foods in health and disease*, 6 (8), 536–543. <https://doi.org/10.31989/ffhd.v6i8.262>
8. Panghal, A., Janghu, S., Virkar, K., Gat, Y., Kumar, V. in Chhikara, N. (2018). Potential non-dairy probiotic products – A healthy approach. *Food bioscience*, 21, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.fbio.2017.12.003>
9. Peñas, E., Martínez - Villaluenga, C. in Frias, J. (2017). Sauerkraut: production, composition, and health benefits. V E. Peñas, C. Martínez - Villaluenga in J. Frias (ur.), *Fermented foods in health and disease prevention* (str. 557–576). Madrid: Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-802309-9.00024-8>
10. Persson, T., Popescu, B. O. in Cedazo - Minguez, A. (2014). Oxidative stress in Alzheimer's disease: Why did antioxidant therapy fail? *Oxidative medicine and cellular longevity*. <https://doi.org/10.1155/2014/427318>
11. Popova, A. T. (2019). The effect of heating on the vitamin C content of selected vegetables. *World journal of advanced research and reviews*, 3 (3), 27–32. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2019.3.3.0073>
12. Prieto, J. M. (2012). Procedure: Preparation of DPPH Radical, and antioxidant scavenging assay. DPPH microplate protocol (str. 7–9). Pridobljeno s http://scholar.google.si/scholar?q=Procedure:+Preparation+of+DPPH+Radical,+and+antioxidant+scavenging+assay&hl=sl&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar.
13. Rašić, J. L. (2003). Microflora of the intestine – Probiotics. V B. Caballero (ur.), *Encyclopedia of food sciences and nutrition* (2nd ed.) (str. 3911–3916). <https://doi.org/10.1016/B0-12-227055-X/00776-8>
14. Rezac, S., Kok, C. R., Heermann, M. in Hutkins, R. (2018). Fermented foods as a dietary source of live organisms. *Frontiers in microbiology*. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2018.0178>
15. Tamang, J. P., Shin, D. H., Jung, S. J. in Chae, S. W. (2016). Functional properties of microorganisms in fermented Foods. *Frontiers in microbiology*, 7 (578). <https://doi.org/10.3389/fmicb.2016.00578>
16. Terpou, A., Papadaki, A., Lappa, I. K., Kachrimanidou, V., Bosnea, L. A. in Kopsahelis, N. (2019). Probiotics in food systems: Significance and emerging strategies towards improved viability and delivery of enhanced beneficial value. *Nutrients*, 11 (7). <https://doi.org/10.3390/nu11071591>
17. Tiku, A. B., Abraham, S. K. in Kale, R. K. (2008). Protective effect of the cruciferous vegetable mustard leaf (*Brassica campestris*) against in vivo chromosomal damage and oxidative stress

- induced by γ -radiation and genotoxic chemicals. *Environmental and molecular mutagenesis*, 49 (5), 335–342. <https://doi.org/10.1002/em.20383>
18. Tripathi, M. K. in Giri, S. K. (2014). Probiotic functional foods: Survival of probiotics during processing and storage. *Journal of functional foods*, 9, 225–241. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2014.04.030>
19. Zabat, M. A., Sano, W. H., Wurster, J. I., Cabral, D. J. in Belenky, P. (2018). Microbial community analysis of sauerkraut fermentation reveals a stable and rapidly established community. *Foods*, 7 (5). Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5977097/>.

Hospital Ethical Climate and Job Satisfaction among Nurses

KEY WORDS: hospital ethical climate, ethical climate, job satisfaction, nurses, work

ABSTRACT - Introduction: Research results show correlations of the hospital ethical climate with job satisfaction, job burnout, ethical leadership, or moral stress and sensitivity. **Aim of the study:** To present an overview of the available scientific research evidence on ethical climate and its relationship to job satisfaction among nurses. **Material and methods:** A review of the literature was performed. Electronic bibliographic data bases were searched with combination of keywords: hospital/ethical climate, job satisfaction, nurses, and work. Results were narrowed to empirical articles, published in last ten years in English language. **Results:** A total of 11 articles were qualified for analysis. The review confirmed a positive correlation between ethical climate and nurses job satisfaction. The more positive ethical climate, the higher level of nurses' job satisfaction. **Conclusions:** Identification of factors influencing ethical climate and job satisfaction, as well as relations between these variables, may contribute to decrease in the percentage of medical personnel resigning/changing the profession. Creating a positive ethical climate, job satisfaction for healthcare workers in times of shortage may also encourage young people to enter the nursing profession and motivate them to provide quality holistic patient care.

1 Introduction

The guidelines and principles of an organization reflect its ethical climate. In nursing it is defined as a certain way of understanding the nurse ethical issues present in their work environment (Olson, 1995). A research tools most frequently used by researchers that allows to assess the ethical climate of a hospital are among others: *Ethical Climate Questionnaire* (ECQ) (Victor & Cullen, 1998), *Hospital Ethical Climate Survey* (HECS) (Olson 1995) and for job satisfaction: *Minnesota Job Satisfaction Questionnaire* (MSQ) (Weiss at al., 1967).

Ethical Climate Questionnaire (Victor & Cullen, 1998) include 5 types (26 items) of ethical climate: rules, caring, independence, professionalism and instrumental rated with 5 point Likert Scale, where 1 means mostly false and 5 completely true. *Hospital Ethical Climate Survey* (Olson, 1995) on the other hand, contains 5 subscales (also 26 items) which define nurses perceptions of ethical climate in relationships with: patients, physicians, managers, peers and hospital. Respondents answer questions using 5 point Likert Scale (from 1 – almost never true to 5 – almost always true). A higher HECS score indicates a more positive hospital ethical climate. Cronbach's alpha values for HESC scale was 0.94. *Minnesota Job Satisfaction Questionnaire Short Form* (MSQ-SF) by Weiss at. al. 1967 consists 20 characteristics of job and evaluate the level of job satisfaction or dissatisfaction with 5 point Likert Scale (1 – not satisfied, 5 – extremely satisfied). The higher the score in MSQ-SF the higher the level of job satisfaction. Cronbach's alpha values for MSQ scale was 0.95.

Research results show correlations of hospital ethical climate with job satisfaction (Numminen at al., 2014; Dinc at al., 2017; Karaca at al., 2018; Özden at al., 2019; Asgari at al., 2019; Abadiga at al., 2019), job burnout (Allari et al., 2016, Estabari - Asl et al., 2018; Asgari et al., 2019; Rivaz et al., 2020), ethical leadership (Aloustani et al., 2020), or moral distress (Altaker,

2018; Bayat et al., 2019) and moral sensitivity (Cerit et al., 2019). However, the available literature has never been summarized to identify the state of the knowledge and future research directions regarding the correlation of the ethical climate and job satisfaction among nurses.

2 Aim of the study

The aim of this study was to present an overview of the available scientific research evidence on ethical climate and its relationship to job satisfaction among nurses.

3 Research question

One main research question was established: What is the state of knowledge about the relationship between hospital ethical climate and job satisfaction of nurses in the available scientific literature?

4 Material and methods

A review of the literature was performed. Electronic bibliographic data bases (MEDLINE/CINAHL Complete, and Scopus) were searched with combination of keywords: job satisfaction, hospital ethical climate, ethical climate, nurses and work. Results were narrowed to only include empirical studies, published in years 2011–2021 in English language. Main results of the studies were categorized using thematic analysis. This paper is a part of a bigger study, and only main results are indicated.

5 Results

A total of 11 articles were qualified for analysis (out of 235 records identified in searching process). The literature review confirmed a positive correlation between ethical climate and nurses job satisfaction (Huang et al., 2012; Borhani et al., 2012; Joolaei et al., 2013; Numminen et al., 2015; Abou Hashish, 2017; Dinc et al., 2017; Karaca et al., 2018; Abadiga et al., 2019; Jang et al., 2019; Özden et al., 2019; Asgari et al. 2019). The more positive ethical climate, the higher level of nurses' job satisfaction.

Positive correlation between ethical climate type (that is: professionalism, independence, rules and caring) and job satisfaction was showed by Borhani et al. (2012). On the other hand, no correlation with job satisfaction was found with instrumental climate. Similar results was presented by Dinc et al. (2017). Two types of ethical climate: caring and rules, significantly influenced job satisfaction. In further analysis of the results of Karaca et al. (2018), it was found that respondents who were satisfied with their jobs scored statistically higher on the ethical climate dimensions: caring, independence, principles, and law and code. Also, there was no statistically significant difference between nurses' perceptions of ethical climate and their intention to leave the job. In the study conducted by Abadiga et al. (2019) significant relationship was found between types of ethical climate: independence, care, law and code and nurses' job satisfaction. In this work job satisfaction wasn't related to the instrumental and control climate type.

A study by Numminen et al. (2015) found strong relationships between perceived ethical climate and self-assessed competence, intention to change jobs and job satisfaction in terms of quality of care. The nurses who rated their competence highly, were satisfied with their jobs and those who would not change jobs perceived the ethical climate significantly positively.

Results presented by Asgari et al. (2019) showed that variables such as: place of living and satisfaction with salary had relationship with job satisfaction. On the other hand, no significant correlation was found between moral distress, marital status of nurses, their level of education, job position with job satisfaction. It might seem intriguing that attending ethics courses also had no correlation with job satisfaction in present study.

It appears that the division of duties has a statistically significant effect on the job satisfaction of nursing staff, this is evident from the study of Joolaei et al. (2013). Teamwork triggered higher satisfaction among nurses when comparing to those who worked individually. The significant relationship between ethical climate and job satisfaction of nursing staff calls for action to improve comfort for nurses, and the creation of a nursing code of ethics can contribute to this. This will enable the dissemination, monitoring and evaluation of the implementation of ethical standards in nursing care.

A study by Jang et al. (2019) shows that both ethical climate and ethical leader have significant impact on nurses' job satisfaction. So called leadership's "people" orientation translates into a higher sense of job satisfaction because nurses feel that their supervisors care about them, respect them, and support them. Hospitals should consider ethical skills when recruiting managers and improve the ethical atmosphere in the workplace to increase nurses' job satisfaction.

It is worth to take into consideration suggestion indicated by Borhani et al. (2012) for creation by hospital managers action to increase the level of job satisfaction and improve the hospital ethical climate perceived by medical staff by organizing training in nursing ethic, creating a system of cooperation and culture in order to achieve "team spirit among employees".

6 Discussion

The present study aimed to present an overview of the available scientific research evidence on ethical climate and its relationship to job satisfaction among nurses working in hospitals. The results reveal a positive correlation between ethical climate and nurses job satisfaction. According to results, the more positive ethical climate declared by nurses' working in hospital, the higher level of their job satisfaction.

Research presented by Rivaz et al. (2020) has showed interesting correlation between HECS results and job burnout (Maslach Burnout Inventory – MBI; Maslach et al., 1985) in population of 212 nurses working in Intensive Care Unit. Despite the favorable ethical climate the mean result of burnout frequency and intensity were high. The research showed inverse and significant relationship between those variables. Moreover nurses working in rotating shifts had the highest mean of burnout. Rivaz et al. note that poor hospital ethical climate can influence nurses stress, intentions to leave and job dissatisfaction and lead to providing lower quality of patient care. Rivaz et al. (2020) similarly to Bohrani et al. (2012) and Numminen et al (2015) suggest that managers of the hospitals should create plans to improve ethical climate, evaluate factors increasing job burnout and implement prevention strategies. Also, improving nurses workplace and their knowledge of ethics by skill education programs rise quality of healthcare and job satisfaction.

The findings of Özden et al. (2019), indicate that nurses who were satisfied with their work, conditions and relationships with colleagues had higher ethical climate as well as ethical leadership scores. Similar results were found by Hart et al. (2005), who indicated that there is a strong relationship between ethical climate and willingness to change jobs. Nurses' high scores on ethical leadership and ethical climate in the work environment significantly influence their job satisfaction.

Abou Hashish (2017) recommend to increase nurses job satisfaction and perceived ethical climate by conducting educational training about ethical issues both for hospital managers and nursing staff, providing work bonuses and benefits such as educational reimbursement, flexible work scheduling and creating strategies of rewarding well-performing nurses as well as organization of meetings for dialogue about ethical codes, issues or policies.

7 Conclusions

Identification of factors influencing ethical climate and job satisfaction, as well as relations between these variables, may contribute to decrease in the percentage of medical personnel resigning/changing the profession. Creating a positive ethical climate, job satisfaction for healthcare workers in times of shortage may also encourage young people to enter the nursing profession, counteract emigration of educated staff to other countries, and motivate them to provide quality holistic patient care in the future.

LITERATURE

1. Abadiga, M., Namera, G., Hailu, E. & Mosisa, G. (2019). Relationship between nurses' perception of ethical climates and job satisfaction in Jimma University Specialized Hospital, Oromia region, south west Ethiopia. *BMC Nursing*, 18 (1), 1–10.
2. Abou Hashish, E. A. (2017). Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nursing Ethics*, 24 (2), 151–166.
3. Allari, R. (2016). The Relationship between Hospital Ethical Climate, Job Satisfaction, and Intent to Turnover among Nurses, Merit Research. *J Med Medical Sci*, 4 (8), 392–398.
4. Aloustani, S., Atashzadeh - Shooreideh, F., Zagheri - Tafreshi, M., Nasiri, M., Barkhordari - Sharifabad, M. & Skerrett, V. (2020). Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. *BMC Nursing*, 19 (1), 1–8.
5. Altaker, K. W., Howie-Esquivel, J. & Cataldo, J. K. (2018). Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 27 (4), 295–302.
6. Asgari, S., Shafipour, V., Taraghi, Z. & Yazdani - Charati, J. (2019). Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nursing Ethics*, 26 (2), 346–356.
7. Asl, Z. E., Abdollahzadeh, F., Lotfi, M., Attari, A. M. A. & Asghari, E. (2017). The relationship of ethical climate and nurses' job satisfaction in the operating room: A cross-sectional study. *Nursing and Midwifery Studies*, 6 (3), 137.
8. Bayat, M., Shahriari, M., & Keshvari, M. (2019). The relationship between moral distress in nurses and ethical climate in selected hospitals of the Iranian social security organization. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 12, 8.
9. Borhani F., Jalali T., Abbaszadeh A., Haghdoost A. A., Amiresmaili M. (2012). Nurses' perception of ethical climate and job satisfaction. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 5, 6.
10. Cerit, B. & Özveren, H. (2019). Effect of hospital ethical climate on the nurses' moral sensitivity. *The European Research Journal*, 5 (2), 282–290.
11. Dinc, M. S. & Huric, A. (2017). The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia and Herzegovina. *Nursing Ethics*, 24 (8), 922–935.
12. Hart, S. E. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (2), 173–177.
13. Huang, C. C., You, C. S. & Tsai, M. T. (2012). A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors. *Nursing Ethics*, 19 (4), 513–529.

14. Jang, Y. & Oh, Y. (2019). Impact of ethical factors on job satisfaction among Korean nurses. *Nursing Ethics*, 26 (4), 1186–1198.
15. Joolae, S., Jalili, H. R., Rafii, F., Hajibabae, F. & Haghani, H. (2013). The relationship between ethical climate at work and job satisfaction among nurses in Tehran. *Indian Journal of Medical Ethics*, 10 (4), 238–242.
16. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H. & Meretoja, R. (2015). Ethical climate and nurse competence—newly graduated nurses' perceptions. *Nursing Ethics*, 22 (8), 845–859.
17. Olson, L. (1995). Ethical climate in health care organizations. *International nursing review*, 42 (3), 85–95.
18. Özden, D., Arslan, G. G., Ertuğrul, B. & Karakaya, S. (2019). The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing Ethics*, 26 (4), 1211–1225.
19. Rivaz, M., Asadi, F. & Mansouri, P. (2020). Assessment of the Relationship between Nurses' Perception of Ethical Climate and Job Burnout in Intensive Care Units. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 38 (3).
20. Rivaz, M., Asadi, F. & Mansouri, P. (2020). Assessment of the Relationship between Nurses' Perception of Ethical Climate and Job Burnout in Intensive Care Units. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 38 (3).
21. Turkan Karaca, R. N., Ozkan, S. A. & Kucukkelepce, D. (2018). Determining the Ethical Climate Perceptions of Nurses' and Midwives' in an Obstetrics and Pediatrics Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 11 (2), 1006–1013.
22. Victor, B. & Cullen, J. B. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative science quarterly*, 101–125.
23. Weiss, D. J., Dawis, R. V. & England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire. *Minnesota studies in vocational rehabilitation*, 1–27.

Vpliv teže proteze za spodnje ude na porabo energije in hojo – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: protetika, spodnji udi, energijska poraba, biomehanika hoje, masa komponent

POVZETEK - Uvod: Razvoj novih komponent in materialov je privedel do lažjih protez za spodnje ude, vendar lažja komponenta ni vedno (naj)boljša izbira. Naloga protetika v interdisciplinarnem timu je, da pacientu, glede na njegov krn, stopnjo mobilnosti in druge specifične, svetuje o optimalni izbiri. Namen tega dela je ugotoviti, ali teža proteze vpliva na porabo energije in hojo. Metode: Opravili smo sistematičen pregled literature z uporabo iskalnega niza: (metabolic OR energy) AND (expenditure OR consumption OR cost) AND (transtibial OR transfemoral) prosthesis AND (weight OR mass OR type) AND (gait OR walking). Rezultati: Povečanje teže proteze ne vpliva na vzorec niti na simetričnost hoje, poraba energije pa se minimalno poveča (6–7 % pri dodani teži 1,7 kg). Razprava: Pri izdelavi lažje proteze se včasih izloči kvalitetne komponente (silikonske prevleke, protetična kolena ipd.), čeprav te pozitivno vplivajo na vzorec hoje. Čeprav lahek dizajn povzroči nekoliko nižjo porabo energije, nekaterim pacientom težka proteza zagotavlja večje udobje.

KEYWORDS: prosthetics, lower limbs, energy consumption, gait biomechanics, component mass

ABSTRACT - Introduction: Development of new components and materials led to lighter lower limb prostheses but the lighter component is not always the best option. The role of the prosthetist in the interdisciplinary team is to advise on the optimal prosthetic choice in relation to the patient's characteristics. The aim of this work is to determine whether the prosthesis weight affects energy expenditure and gait. Methods: The systematic literature review was conducted using the search string: (metabolic OR energy) AND (expenditure OR consumption OR cost) AND (transtibial OR transfemoral) prosthesis AND (weight OR mass OR type) AND (gait OR walking). Results: Increasing the prosthesis weight has no significant impact on gait pattern nor symmetry, while energy consumption is minimally increased (6 – 7 % with an additional weight of 1.7 kg). Discussion: Due to excess weight quality components (silicon liners, knees etc.) are sometimes removed even though they have positive effects on gait pattern. Although lightweight design results in slightly lower energy consumption, some patients prefer heavier prostheses because they provide more comfort.

1 Uvod

Amputacija je kirurška odstranitev dela telesa, največkrat je to celoten ud ali del njega. Ta proces zahteva dolgotrajno rehabilitacijo (potek je odvisen od vsakega amputiranca posebej) in protetično oskrbo, ki pacientu omogoča boljšo in hitrejšo vrnitev v vsakdanje življenje. Zaenkrat še ne obstaja empirična formula ali standardizacija, ki bi predpisovala težo proteze za posameznika. Znano je, da izguba uda ali dela uda predstavlja veliko večje energijske vložke mišic in celotnega metabolizma v primerjavi z neamputiranimi osebami. Višji kot je nivo amputacije, večja bo poraba energije in večji bodo protetični izzivi, da se pacientov vzorec hoje približa optimalnemu. Enostranski transtibialni amputiranci potrebujejo za izvedbo gibanja od 40 % do 60 % več energije, enostranski transfemoralni pa od 90 % do 100 %, medtem ko bilateralni transfemoralni amputiranci vložijo celo več kot 200 % energije, kot bi jo sicer (Mutlu, Dawood Kharooty in Yakut, 2017, str. 629–634).

Namen protetične oskrbe je delovna in socialna rehabilitacija po amputaciji. Izdelava se protezo, ki nadomesti manjkajoči ud. Sestavljena je iz ležišča, ki ga izdelamo za posameznega pacienta, in protetičnih komponent (priključek ležišča, vijaki priključek, cevni priključek, koleno, gleženjski priključek, stopalo), ki so izbrane glede na njegove značilnosti. Pri njihovi izbiri je potrebno pozornost posvetiti tudi teži, saj se ta med komponentami, ki so na trgu razlikuje. Tehnologija materialov se hitro razvija, odkrivajo se novi, kvalitetnejši, lažji in uporabnejši materiali. Sodobno protetično ležišče je izdelano iz laminiranih karbonskih ali steklenih vlaken, protetični sklepi (gleženj, koleno) in razni priključki pa večinoma iz aluminija ali titana. Stopala so večinoma izdelana iz karbona z dodatkom plastičnih mas, protezna kozmetika pa iz spužve, silikona ali plastike. Z razvojem novih komponent in različnih materialov postajajo proteze lažje. Sodobna proteza naj ne bi preseгла mase treh kilogramov. Gre za odraz tehnološkega razvoja in ne nujnosti, da je lažja komponenta vedno boljša izbira. Velikokrat se zgodi, da se protetično komponento, kljub njeni ustreznosti, od konkurenčnega izdelka izloči ravno zaradi neustrezne teže. Naloga protetika v interdisciplinarnem timu je, da pacientu, glede na njegov km, stopnjo mobilnosti in druge težave, svetuje o optimalni izbiri teže protetičnih komponent oziroma celotne proteze (O’Keeffe in Rout, 2019, str. 134–144).

Namen tega prispevka je analizirati povezavo med težo transtibialnih ter transfemoralnih protez in porabljeno energijo ter njun vpliv na hojo. Te ugotovitve lahko protetikom omogočijo kvalitetnejše svetovanje pacientom pri izbiri posameznih komponent. Osnovni cilj je s pomočjo ustrezne literature ugotoviti, v kolikšni meri teža transfemoralne in transtibialne proteze oziroma njenih komponent vpliva na porabo energije in hojo.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pregled literature smo izvedli med 1. in 10. 3. 2021. Raziskava je bila opravljena na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature v podatkovnih bazah ScienceDirect in PubMed, v angleškem jeziku. Iskalni niz je naslednji: (metabolic OR energy) AND (expenditure OR consumption OR cost) AND (transtibial OR transfemoral) prosthesis AND (weight OR mass OR type) AND (gait OR walking). Pregledali smo naslove in izvlečke vseh zadetkov in izločili tiste, ki niso preučevali vpliva teže proteze na hojo in porabo energije. V naboru člankov smo izločili še podvojene zadetke. Pri razporeditvi najdenih člankov na ustrezne in neustrezne smo uporabili naslednje kriterije:

vkjučitveni kriteriji:

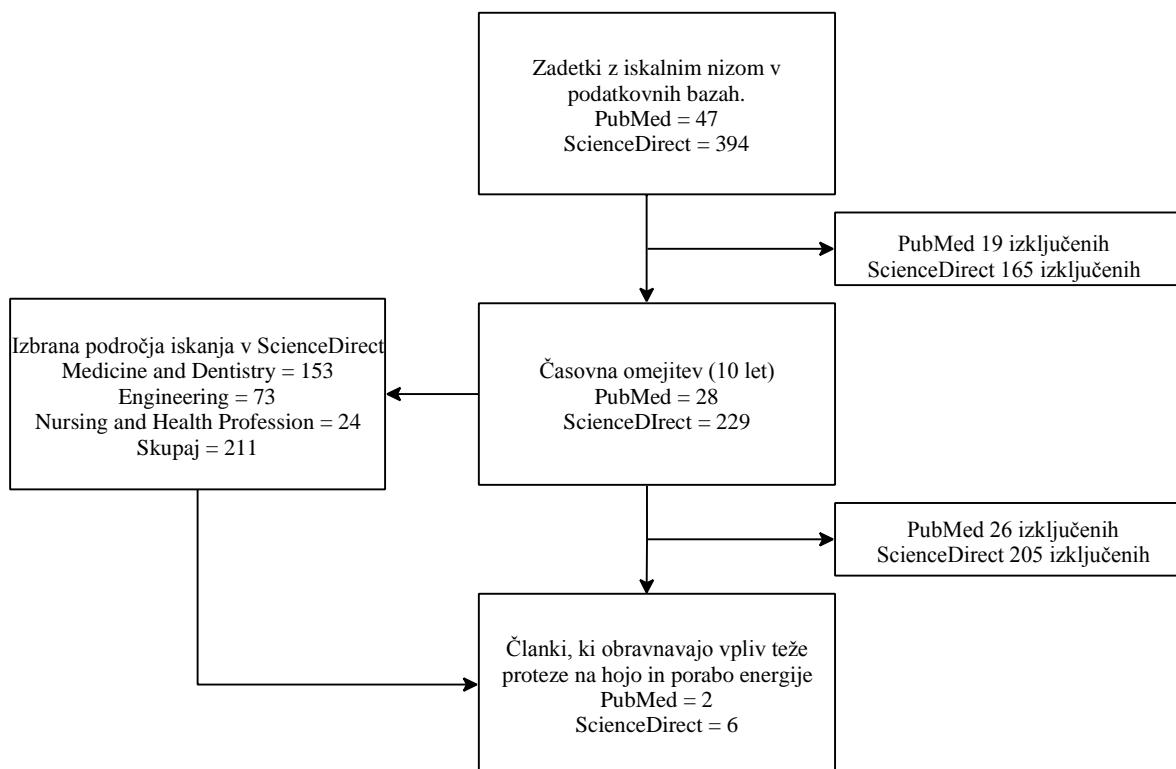
- članki v angleškem jeziku, ki so bili objavljeni v zadnjih desetih letih,
- prosto dostopni članki,
- raziskave s preiskovanci, ki imajo transfemoralno in transtibialno amputacijo,
- raziskave, ki obravnavajo amputirance, ki so s protezo sposobni hoditi,
- članki, ki obravnavajo zdrave preiskovance brez pridruženih bolezni (npr. sladkorna bolezen, osteoporoz, prebolela možganska kap itd.),
- raziskave, ki vrednotijo posledice spremembe teže proteze;

izključitveni kriteriji:

- članki, ki so bili objavljeni pred več kot desetimi leti,
- raziskave, ki vključujejo nivo amputacije, ki ni transtibialna ali transfemoralna,
- članki, ki vključujejo bilateralne amputirance,
- raziskave, ki ne preučujejo vpliva teže proteze na hojo in energijsko porabo,
- raziskave, ki preučujejo vpliv trdote protetičnih komponent na hojo,
- raziskave, ki preučujejo porabo energije amputirancev med hojo z različnimi komponentami.

Potek pregleda literature je prikazan na spodnjem diagramu (slika 1).

Slika 1: Diagram poteka pregleda literature



Vir: Lastni vir, 2021.

3 Rezultati

Z upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo za naše delo kot primerne opredelili osem člankov. Manj člankov je bilo objavljenih v zadnjih desetih letih in ti niso tako specifični, da bi popolnoma ustrezali preučevani tematiki. V tabeli 1 smo prikazali pregled rezultatov glede na število sodelujočih amputirancev, starost, nivo amputacije in meritev, ki so jo uporabljali pri raziskavi.

Tabela 1: Značilnosti raziskav

<i>Avtor</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Starost (leta)</i>	<i>Nivo amputacije</i>	<i>Meritev</i>
(Preatoni, Valle, Petrini in Raspopovic, 2021, str. 1–7)	1	/	TF	Uporaba SF sistema - intranevralnega senzoričnega feedbacka.
(Schnall idr., 2020, str. 109395)	14	/	TT	Kinematika in kinetika hoje.
(Moradi, Sanjari, Saeedi in Hajiaghaei, 2020, str. 109743)	17	29–53	TF	Dolžina korakov, simetričnost korakov.
(Hedrick, Malcolm, Wilken in Takahashi, 2019, str. 134–144)	14	22–28	TT	Poraba energije.

(Mutlu idr., 2017, str. 629–634)	13	18–65	TT, TF, Syme	6-minutni test hoje, hoja po stopnicah, meritev sistoličnega in diastoličnega tlaka.
(Lenka, Biswas in Kumar, 2013, str. 425–430)	15	26–36	TT	Dolžina koraka, kadenca, hitrost, poraba kisika.
(Smith in Martin, 2013, str. 317–328)	6	31–63	TT	Poraba energije (volumen kisika).
(Hekmatfard, Farahmand in Ebrahimi, 2013, str. 78–81)	10	27–60	TF	2-minutni test hoje, kinematična analiza z markerji.

Legenda: TT - transtibialna amputacija, TF - transfemoralna amputacija, SF - senzorični odzivni sistem

Vir: Lastni vir, 2021.

Preatoni idr. (2021, str. 1–7) so raziskovali potencialne prednosti zaznavanja teže proteze s pomočjo intranevalnih senzornih povratnih informacij pri transfemoralnih amputirancih. Potrdili so hipotezo, da senzorne povratne informacije lahko vplivajo na integracijo proteze, torej na percepcijo protetične teže. Po nekaj minutni hoji senzorne povratne informacije omogočajo 23 % zmanjšanje percepcije teže proteze v primerjavi s stanjem brez povratnih informacij. Pacient z nameščenim sistemom za podajanje senzornih povratnih informacij bo med hojo svojo protetično nogo zaznal kot lažjo oziroma po teži bolj podobno zdravi nogi.

Schnall idr. (2020, str. 109395) so pri 14 vojaki opravili biomehantične in subjektivne teste z dvema različnima stopaloma (udobno in trdo stopalo). Biomehantični testi so vključevali obe stopali, dve hitrosti hoje (1,34 m/s in 1,52 m/s) ter različno težo (jopič z 22,2 kg težkimi utežmi ali brez). Za vsako kombinacijo prej omenjenih pogojev je sodelujoči hodil po 15 m dolgi stezi, opremljeni s pritiskovnimi ploščami, ki so vrednotile velikosti sil podlage, s kamero pa so spremljali kinematiko hoje s pomočjo 39 nameščenih markerjev. Udobnejše stopalo je bilo med vojaki bolj priljubljeno kot trše stopalo (subjektivna ocena), saj je imelo že samo stopalo nekatere prednosti – bolj zaobljen podplat, ki je pomagal pri odzivu.

Namen študije, ki so jo izvedli Moradi idr. (2020, str. 109743) je bil preiskovati vpliv asimetrične proteze na vzorec hoje v resničnih pogojih. 17 transfemoralnih amputirancev je prehodilo 77,8 m s poljubno hitrostjo pod štirimi pogoji: prvi brez dodane teže, v drugem je bil center kolena prestavljen distalno, masa cevnega priključka zmanjšana za 68 % ter masa stegna povečana za 7 %, v tretjem je bil center kolena prestavljen še bolj distalno, masa cevnega priključka zmanjšana za 68 % ter masa stegna povečana za 7 % in v zadnjem pogoju je bila masa stegna povečana za 17 %, masa cevnega priključka zmanjšana za 38 %. Merili so pospeške trupa s pomočjo tri-osnega pospeškometa, ki je bil nameščen na tretje ledveno vretenca. Osredotočili so se na meritve stabilnosti, dolžino in simetričnost koraka. Rezultati so pokazali zanemarljiva odstopanja pri simetriji dolžine koraka, pri časovni variabilnosti koraka za posamezno nogo in pri primerjavi obeh nog z novimi protetičnimi konfiguracijami. Ugotovili so, da protetične modifikacije ne izboljšujejo dinamične stabilnosti niti simetričnosti hoje. Ovrgli so postavljeno hipotezo, da lahko na opisan način prilagojena proteza izboljša stabilnost.

Hedrick idr. (2019, str. 134–144) so podrobneje raziskovali količino porabljenе energije pri povečani teži proteze in kako trdota gležnja med hojo z dodano težo (do 30 % posameznikove telesne teže) ali brez vpliva na neto količino metabolične energije. Pri prostovoljcih so opravili simulacijo amputacije spodnjega uda z uporabo imobilizacijskega škornja z robotskim posnemovalnikom transtibialne amputacije. Na škornju je bilo nastavljenih 5 različnih trdot. Avtorji so postavili dve hipotezi in sicer: najmehkejša nastavitev trdote brez dodane teže bo znižala energijsko porabo ter energijska poraba bo pri najmehkejši nastavitvi z dodano težo

večja kot tista brez dodane teže. Neto metabolične stroške so izračunali za vsakega posameznika glede na njegovo telesno težo.

Mutlu idr. (2017, str. 629–634) so v svoji raziskavi preučevali vpliv teže proteze na hemodinamični odgovor (spremembo v diastoličnem in sistoličnem krvnem tlaku ter srčnem utripu) in porabo energije pri amputacijah spodnjih udov. Pred izvedbo raziskave so avtorji postavili dve hipotezi: sprememba teže proteze vpliva na energijsko porabo in hemodinamiko ter povečanju teže proteze sledi povečanje hemodinamičnega odgovora in energijske porabe. Meritve so izvedli brez dodane teže ter z dodano težo 250 g (razlika med najtežjim in najlažjim protetičnim stopalom pacientov). Pred in po 6-minutnem testu hoje so sodelujočim izmerili krvni tlak in srčni utrip s palpacijo ter energijsko porabo. Primerjali so izmerjen srčni utrip po 6-minutnem testu hoje pred in po dodatku teže.

Lenka idr. (2013, str. 425–430) so transtibialne amputirance opremili s petimi različno težkimi utežmi (brez dodane teže, + 200 g, + 400 g, + 600 g, + 800 g), ki so bile s pomočjo svinčenega obroča nameščene na center gravitacije (izračunan za vsakega posameznika). Sodelujočim so namestili modularno transtibialno protezo. Z vsako težo so sodelujoči prehodili razdaljo 30 m s poljubno hitrostjo. Raziskovalci so izmerili parametre hoje (dolžino koraka in dvojnega koraka, kadenco hoje ter hitrost) in porabo kisika, torej porabo energije s pomočjo prenosljivega telemetričnega plinskega analiznega sistema.

Smith in Martin (2013, str. 317–328) sta raziskovala vpliv teže proteze in porazdelitve teže na metabolično porabo in asimetričnost hoje pri šestih enostranskih transtibialnih amputirancih. Podobno kot Hekmatfard idr. (2013, str. 78–81) so tudi v tej raziskavi sodelujočim nameščali različne dodatke teže na različna mesta na spodnjih udih. V nasprotju s študijami, ki so jih preučili, avtorja ugotavljata, da usklajevanje teže proteze z zdravo nogo ne izboljšuje simetrije hoje.

Hekmatfard idr. (2013, str. 78–81) so preučevali vpliv spreminjanja položaja masnega centra telesa transfemoralnim amputirancem na kinematične značilnosti hoje. Desetim amputirancem so na protezo namestili 300 ali 600 g utež na gleženj in 300 ali 600 g utež 10 cm distalno od protetičnega kolena in na ta način vplivali na položaj masnega centra telesa. Za vsak opisan pogoj je bila izmerjena dolžina koraka, hitrost hoje, trajanje enega cikla hoje, največji kot fleksije kolena in kadenca pri 2-minutni hoji.

4 Razprava

Namen prispevka je bil na podlagi pregleda literature preučiti, ali teža transtibialne ali transfemoralne proteze vpliva na hojo in porabo energije. Končno število primernih člankov, ki ustrezajo vsem vključitvenim kriterijem, je relativno majhno (8), saj je večina objav starejših od 10 let.

Naloga protetika v interdisciplinarnem timu je izdelava proteze iz protetičnih komponent, ki so na trgu, te pa se med seboj razlikujejo tudi po teži. Večina pregledanih študij je preučevala povezavo med različno težo proteze in porabo energije. Vse so bile izvedene na podoben način, in sicer tako, da so pacientom na protetično nogo nameščali različno težke uteži ter jim med hojo merili različne parametre (neto metabolične stroške, krvni tlak, srčni utrip, porabo kisika, silo podlage). Hedrick idr. (2019, str. 134–144) in Schnall idr. (2020, str. 109395) so poleg vpliva teže preučevali tudi vpliv trdote gležnja. Prvi so ugotovili, da ima sprememba trdote gležnja večji vpliv na metabolično porabo kot pa sama teža. Iz tega lahko sklepamo, da izbira težje komponente proteze (npr. titanski cevni priključek namesto aluminijevega) na že izbrano trše stopalo ne bo dodatno povečala porabe energije. Do podobnega zaključka so prišli tudi Schnall idr. (2020, str. 109395). Hoja s tršim in mehkejšim stopalom je prinesla velike razlike

v kinematiki, medtem ko dodatek teže na obe stopali ni povzročil pomembnih sprememb. Povišana teža proteze prav tako nima vpliva na krvni tlak (Mutlu idr., 2017, str. 629–634). Potek omenjene raziskave je bil podoben poteku raziskave, ki so jo izvedli Lenka idr. (2013, str. 425–430), le da so ti preiskovancem poleg porabe energije merili še parametre hoje (dolžini koraka in dvojnega koraka, kadenco in hitrost posameznih faz hoje). Ugotovili so, da je z obremenitvijo razlika v dolžini koraka na protetični strani manjša (teža upočasni pozno fazo zamaha) kot na zdravi strani, vendar je v skupni dolžini koraka sprememba zanemarljiva. Opazili so rahlo linearno naraščanje vložene energije z dodano obremenitvijo (6–7 % pri dodani teži 1,7 kg), kar je bilo pričakovano. Zanimiva ugotovitev je bila, da dodatek 200 g k transtibialni protezi pri sodelujočih kaže bolj simetrično hojo in učinkovitejšo porabo energije kot pa pri protezi brez obremenitve. Raziskava je pokazala, da ima dodatek 200 g na protezo pozitiven vpliv na značilnosti hoje in na porabo energije ter da je relevanten v primerjavi z drugimi dodatki teže. Ugotovili so tudi, da imajo transtibialni amputiranci bolj simetričen in lepši vzorec hoje z dodano težo na protezi. Študija je bila izvedena na premajhnem vzorcu (N = 15), da bi lahko posplošili pozitivne rezultate obremenitve (200 g) na protezo za vse amputirance. Sklepamo lahko, da je simetričnost hoje lažje izboljšati pri transtibialnih amputirancih kot pri višjih nivojih amputacij.

Pri preučevanju vpliva spreminjanja teže se pojavi vprašanje njenega vpliva, če težo spreminjamo na različnih anatomskih mestih. Hekmatfard idr. (2013, str. 78–81) so transfemoralnim uporabnikom protez nameščali utež na različna mesta in ugotavljali vpliv na značilnosti hoje. Prišli so do zaključka, da sprememba masnega centra telesa nima značilnega vpliva na kinematiko hoje, ima pa vpliv sprememba teže, še posebej, če dodajamo težo bolj distalno. V tem primeru se spremenita hitrost in dolžina koraka na protetični nogi. Sprememba porazdelitve teže kratkoročno nima značilnega vpliva na kinematične značilnosti vzorca hoje, lahko pa vpliva na simetričnost gibanja. Sodelujoči pri raziskavi so bili bolj naklonjeni protezi brez dodatka teže, kar je v nasprotju z nekaterimi starejšimi raziskavami, kjer so udeleženci raje izbirali protezo z dodatkom teže. Pomembna ugotovitev avtorjev Smith in Martin (2013, str. 317–328), ki jo v protetiki tudi upoštevamo, je, da usklajevanje teže proteze z zdravo nogo slabša simetrijo hoje, zato so protetični udi vedno lažji. Ugotovili so, da se pri dodajanju različne teže na različna področja kinematična in časovna simetrija hoje nista izboljšali. Ko so podvojili težo zdrave noge na protetični nogi, se je poraba energije pri hoji povečala za 12 %. Dodatek enake teže bližje centru mase je povzročil manjšo porabo energije. Povečanje teže proteze ni zaželeno, če pomembno ne izboljšuje drugih lastnosti protetične oskrbe. Preatoni idr. (2021, str. 1–7) so v raziskavi obravnavali percepcijo proteze in ugotovili, da je s pomočjo senzornih povratnih informacij zaznava proteze boljša. Pacient protezo zazna lažjo, kot jo je zaznal pred namestitvijo sistema, izboljšata pa se motorična spretnost na protetični strani in samozavest pri nošenju pripomočka.

Lahek dizajn protez je odraz tehnološkega razvoja. Njegovi prednosti sta mehanični vidik (nižji energijski vložki mišic, vložena sila, navor in pospeški) in pacientova percepcija proteze. Veliko pacientov zazna protezo težjo, kot je zdrava noga, čeprav je sodobna proteza običajno lažja kot zdrava noga. Vzrok temu je lahko slabo prileganje ležišča, pacient pa to občuti kot težko protezo. Vendar, v določenih primerih protetiki poročajo, da nekaterim pacientom težka proteza zagotavlja večje udobje, medtem ko lažjo zaznajo kot težko in neprimerno (Selles, 2002, str. 1593–1599). V časovnem obdobju zadnjih desetih let je bilo na tem področju izvedenih manjše število raziskav. Starejše raziskave so bolj ustrezale namenu prispevka, zato smo njihove ugotovitve na kratko povzeli. Predlagamo izvedbo podobnih raziskav, ki bi preučevali raziskovalni problem iz vidika naprednejše tehnologije in materialov.

Lin-Chan, Nielsen, Yack, Hsu in Shurr (2003, str. 1865–1871) so v raziskavo vključili proteze s tremi različnimi težami (100 %, 80 % ter 60 % teže proteze) in ugotovili, da ima masa proteze

neznatn vpliv na porabo energije in učinkovitost hoje. Hillery, Wallace, McIlhagger in Watson (1997, str. 114–123) so preučevali kinematiko hoje pri transfemoralnih amputirancih z dodatkom teže 1,46 kg na distalni del proteze. Z dodano težo se je pokazalo malenkostno zmanjšanje dolžine koraka. Gitter, Czerniecki in Meinders (1997, str. 114–121) so dodali dva pogoja teže (0,68 kg in 1,34 kg na približni točki masnega centra telesa) na transfemoralne amputirance. Značilnih razlik v frekvenci dolžin koraka med nošenjem različno težkih protez niso ugotovili. Czerniecki, Gitter in Weaver (1994, str. 348–352) potrjujejo, da različna teža proteze in hitrost hoje nista povezani. Prav tako tudi ne ugotavljajo razlik pri kinematičnih in kinetičnih značilnostih hoje, ko so jeklene cevne priključke zamenjali s titanovimi.

5 Sklep

S pomočjo pregleda literature smo ugotovili, da povečanje teže proteze ne vpliva na vzorec hoje niti na simetričnost hoje in krvni tlak. Ugotovili smo, da se med večjo obremenitvijo razlika v dolžini koraka na protetični strani manjša, a je razlika pri skupni dolžini koraka skoraj neopazna in je zanemarljiva. Pri povečevanju teže na protezo opazamo rahlo linearno naraščanje porabe energije (6–7 % pri dodani teži 1,7 kg). Amputiranci pogosto zaznavajo svojo protetično nogo kot zelo težko. Vzrok takšni subjektivni percepciji je lahko neustrezna protetična oskrba, zato je zelo pomembno, da je ta vedno kvalitetno izvedena. Iz rezultatov pregleda literature sklepamo, da lahko protetik pacientu svetuje izbiro težjih protetičnih komponent, če te dobro ustrezajo njegovim značilnostim in zahtevam. V bodoče bi lahko izvedli obširnejšo raziskavo, v katero bi vključili večje število oseb z amputacijo, z različno muskulaturo in obliko krna, s pridruženimi boleznimi, z različno starostno strukturo in mobilnostnimi stopnjami. V raziskavi bi izvedli podrobnejše, naprednejše meritve kinematike kot tudi kinetike hoje. Raziskave bi razširili tudi na področje vpliva protetične teže na telesno držo in bolečine v spodnjem delu hrbta, ki bi prav tako prispevale k napredku na področju protetike.

LITERATURA

1. Czerniecki, K., Gitter, J. in Weaver, A. (1994). Effect of alterations in prosthetic shank mass on the metabolic cost of ambulation in above-knee amputees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 73 (5), 348–352. <https://doi.org/10.1097/00002060-199409000-00008>
2. Gitter, A., Czerniecki, J. in Meinders, M. (1997). Effect of prosthetic mass on swing phase work during above-knee amputee ambulation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76 (2), 114–121. <https://doi.org/10.1097/00002060-199703000-00006>
3. Hedrick, E. A., Malcolm, P., Wilken, J. M. in Takahashi, K. Z. (2019). The effects of ankle stiffness on mechanics and energetics of walking with added loads: A prosthetic emulator study. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 16 (1). <https://doi.org/10.1186/s12984-019-0621-x>
4. Hekmatfard, M., Farahmand, F. in Ebrahimi, I. (2013). Effects of prosthetic mass distribution on the spatiotemporal characteristics and knee kinematics of transfemoral amputee locomotion. *Gait and Posture*, 37 (1), 78–81. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.06.010>
5. Hillery, S. C., Wallace, E. S., McIlhagger, R. in Watson, P. (1997). The effect of changing the inertia of a trans-tibial dynamic elastic response prosthesis on the kinematics and ground reaction force patterns. *Prosthetics and Orthotics International*, 21 (2), 114–123. <https://doi.org/10.3109/03093649709164539>
6. Lenka, P., Biswas, D. in Kumar, S. (2013). Impact of Added Prosthetic Mass on Metabolic Cost and Gait in Persons with Unilateral Transtibial Amputation. *Indian Journal of Biomechanics*, 168 (4), 425–430. Pridobljeno s https://www.mendeley.com/catalogue/7fed06c6-60c7-3eed-8165-31837a47aae3/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.6&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bf991749a-d059-33b4-9743-a6766a601854%7D.

7. Lin-Chan, S. J., Nielsen, D. H., Yack, H. J., Hsu, M. J. in Shurr, D. G. (2003). The Effects of Added Prosthetic Mass on Physiologic Responses and Stride Frequency during Multiple Speeds of Walking in Persons with Transtibial Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84 (12), 1865–1871. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2003.03.006>
8. Moradi, V., Sanjari, M. A., Saeedi, H. in Hajiaghaei, B. (2020). Experimental study of prosthesis modifications based on passive dynamic walking model: A limit cycle stability analysis. *Journal of Biomechanics*, 104, 109743. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2020.109743>
9. Mutlu, A., Dawood Kharooty, M. in Yakut, Y. (2017). The effect of segmental weight of prosthesis on hemodynamic responses and energy expenditure of lower extremity amputees. *Journal of Physical Therapy Science*, 29 (4), 629–634. <https://doi.org/https://doi.org/10.1589/jpts.29.629>
10. O'Keeffe, B. in Rout, S. (2019). Prosthetic rehabilitation in the lower limb. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 52 (1), 134–143. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687919>
11. Preatoni, G., Valle, G., Petrini, F. M. in Raspopovic, S. (2021). Lightening the Perceived Prosthesis Weight with Neural Embodiment Promoted by Sensory Feedback. *Current Biology*, 31 (5), 1065–1071. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.11.069>
12. Schnall, B. L., Dearth, C. L., Elrod, J. M., Golyski, P. R., Koehler-McNicholas, S. R., Ray, S. F., ... Hendershot, B. D. (2020). A more compliant prosthetic foot better accommodates added load while walking among Servicemembers with transtibial limb loss. *Journal of Biomechanics*, 98, 109395. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2019.109395>
13. Selles, R. W. (2002). Weighing weight : Effect of below-knee prosthetic inertial properties on gait. Pridobljeno s <https://repub.eur.nl/pub/31964/>.
14. Smith, D. J. in Martin, E. P. (2013). Effects of prosthetic mass distribution on metabolic costs and walking symmetry. *Journal of Applied Biomechanics*, 29 (3), 317–328. Pridobljeno s http://dw2zn6fm9z.search.serialssolutions.com/?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft_id=info:sid/Ovid:medl&rft.genre=article&rft_id=info:doi/&rft_id=info:pmid/22977207&rft.issn=1065-8483&rft.volume=29&rft.issue=3&rft.spage=317&r.

Vloga fizioterapije pri zdravljenju debelosti – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: prekomerna telesna teža, debelost, obravnava, fizioterapija

POVZETEK - Uvod: Debelost je kompleksno stanje, ki ima negativen vpliv na zdravje. Namen raziskave je bil preučiti učinkovite načine zdravljenja debelosti in vlogo fizioterapije pri tem. **Metode:** Izveden je bil pregled literature v štirih podatkovnih bazah z izbranimi ključnimi besedami. Uporabljene so bile tudi spletne strani mednarodnih strokovnih organizacij. Vključeni viri so bili izbrani na podlagi vključitvenih kriterijev. **Rezultati:** V končno analizo je bilo izbranih 10 virov v angleškem jeziku. Rezultati kažejo, da so za zdravo telesno težo ključne dovolj zgodnje večkomponentne intervencije, ki ciljajo na prehransko vedenje ter telesno dejavnost. Fizioterapevtova vloga je v celostnem ocenjevanju zdravstvenega stanja, svetovanju in predpisovanju individualiziranega programa vadbe. **Razprava:** Fizioterapevti imajo pomembno vlogo pri multidisciplinarnem zdravljenju prekomerne telesne teže in debelosti, vendar jim primanjkuje znanj in veščin za učinkovito naslavljanje potreb povezanih s prehranjevanjem in telesno dejavnostjo.

KEYWORDS: Overweight, obesity, management, physiotherapy

ABSTRACT - Introduction: Obesity is a complex condition negatively affecting health. The purpose of this research was to explore efficient treatment of obesity and the role of physiotherapy in it. **Methods:** A review of the literature was conducted in four different databases with chosen keywords. International professional organisations websites were examined too. Relevant sources were included on the basis of inclusion criteria. **Results:** Ten sources in English were chosen for the final analysis. The results show that an early multicomponent intervention that targets nutritional behaviour is key for a healthy bodyweight. The physiotherapist's role is to assess the health status, advise and prescribe a personalised training plan. **Discussion:** Physiotherapists have an important role in a multidisciplinary treatment of overweight and obesity; however, they lack the knowledge and skills to efficiently address the nutritional and physical activity needs.

1 Teoretična izhodišča

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je leta 1997 razglasila debelost kot velik javno-zdravstveni problem in globalno epidemijo (Haththotuwy, Wijeyaratne in Senarath, 2020, str. 3). V Sloveniji je leta 2016 39 % odraslih prebivalcev med 18-64 leti imelo prekomerno telesno težo, približno 17 % je bilo debelih (Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 2019). V šolskem letu 2014/2015 je bilo debelih med 16,30 % in 18,50 % ter predebelih med 5,20 % in 6,70 % otrok in mladostnikov (Blenkuš Gabrijelčič in Robnik, 2016, str. 6–7).

World Health Organization (WHO, 2020) prekomerno telesno težo in debelost opredeljuje kot nenormalno ali prekomerno kopičenje maščob, ki lahko škoduje zdravju. Za določanje prekomerne telesne teže in debelosti se uporablja antropometrična mera ITM (indeks telesne mase) (Haththotuwy idr., 2020, str. 3). O prekomerni telesni teži pri odraslih obeh spolov govorimo, ko je $ITM \geq 25 \text{ kg/m}^2$, o debelosti pa, ko je $ITM \geq 30 \text{ kg/m}^2$. WHO (2020) navaja tudi, da je pri določanju prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih potrebno upoštevati njihovo starost.

Povečan ITM je eden ključnih dejavnikov tveganja za nastanek številnih kroničnih nenalezljivih bolezni kot so srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen in mišično-skeletne motnje ter nekaterih vrst raka in depresije (Vuik, Lerouge, Guillemette, Feigl in Aldea, 2019, str. 75; WHO, 2020). Prekomerna telesna teža in debelost sta veliko ekonomsko in zdravstveno breme. Ocenjuje se, da stroški prekomerne telesne teže in debelosti v razvitih državah predstavljajo 2 %–8 % celokupnih zdravstvenih stroškov ter da se njihuni skupni stroški gibljejo med 0,45 % do 1,62 % BDP (Vuik idr., 2019, str. 77–78).

WHO (2020) poroča, da je temeljni vzrok za prekomerno telesno težo in debelost energetsko neravnovesje med zaužitimi in porabljenimi kalorijami. Haththotuwu idr. (2020, str. 5) navajajo, da dejavniki tveganja za prekomerno telesno težo in debelost vključujejo medsebojne interakcije med genetskimi, metaboličnimi, vedenjskimi in okoljskimi vplivi.

Shaw, Gennat, O'Rourke in Del Mar (2006) so v sistematskem pregledu 43 kvantitativnih raziskav, ki so vključevale 3476 sodelujočih, ugotovili, da za uspešno izgubo telesne teže ne zadošča le telesna dejavnost, ampak je ključna kombinacija telesne dejavnosti in ustrezne diete.

Fizioterapevti so zdravstveni strokovnjaki, ki promovirajo zdravje, dobro počutje in vzdržljivost ter obravnavajo stanja, ki vplivajo na gibanje in funkcioniranje ljudi. Zato imajo pomembno vlogo pri preprečevanju in obvladovanju prekomerne telesne teže in debelosti (Sack, Radler, Mairella, Touger - Decker in Khan, 2009). You, Sadler, Majumdar, Burnett in Evans (2012) so v raziskavi med 851 kanadskimi fizioterapevti ugotavljali njihova stališča do lastne vloge pri obravnavi oseb z debelostjo. Ugotovili so, da so se ti v veliki meri strinjali, da imajo fizioterapevti pomembno vlogo pri obvladovanju debelosti in stanj povezanih z njo. Vendar fizioterapevtom ni bila najbolj jasna njihova vloga pri ocenjevanju telesne maščobe in izgubi teže pacienta/klienta.

Glede na podatke ima že sedaj vsak 4. pacient v fizioterapevtski obravnavi težave s povečano telesno težo (Mohan, Collins, Cusack in O'Donoghue 2012). Epidemiološke statistike kažejo, da se bo število kliničnih stikov fizioterapevtov s to populacijo pacientov samo še povečevalo. Zato je pomembno, da fizioterapevti poznajo in razumejo učinkovite načine zdravljenja prekomerne telesne teže in debelosti ter lastno vlogo pri tem.

2 Empirični del

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen pregleda literature je bil preučiti načine zdravljenja debelosti in vlogo fizioterapije pri tem. Cilja raziskave sta bila raziskati, kakšno vlogo ima fizioterapija pri obravnavi debelosti in ugotoviti učinkovite intervencijske strategije pri njenem zdravljenju.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo si sledeči raziskovalni vprašanji: Kakšna je vloga fizioterapije pri zdravljenju debelosti? Katere intervencije so učinkovite pri zdravljenju debelosti?

2.3 Raziskovalna metodologija

V raziskavi je bila uporabljena metoda pregleda literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje virov so bile uporabljene podatkovne baze PubMed, Google Scholar, Research Gate, in Cobiss. Vire smo iskali tudi s spletnim brskalnikom Google Search. Jezika iskanja sta bila slovenščina in angleščina. Ključne besede, ki smo jih uporabili v različnih kombinacijah pri

iskanju vsebin, so bile: »prekomerna telesna teža, debelost, hujšanje, obravnava, rehabilitacija, fizioterapija, overweight, obesity, management, treatment, rehabilitation, physiotherapy, physical therapy«. Pri zbiranju literature smo upoštevali vključitvene kriterije: tematska primernost, starost do 10 let in dostopnost v celotnem besedilu.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Skupno število prejetih zadetkov po pregledu baz podatkov in spletnega brskalnika Google Search je bilo 179272. Po prvem grobem pregledu naslovov in povzetkov smo izločili 179247 virov. Po natančnejši analizi preostalih virov glede na vključitvene kriterije smo dodatno izključili še 15 virov. V končno analizo je tako bilo uvrščenih 10 virov. Med vire smo, zaradi relevantnosti njene vsebine, vključili tudi Izjavo angleškega združenja fizioterapevtov o stališču do vloge fizioterapije pri debelosti.

2.3.3 Opis obdelave podatkov

Izvedli smo vsebinsko analizo vključenih virov.

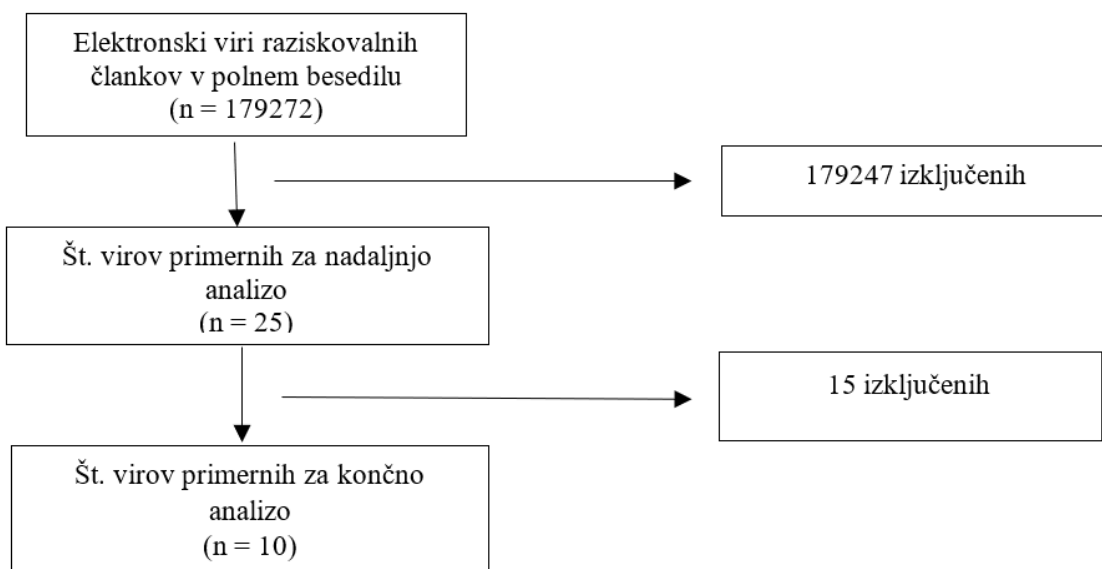
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Glede na hierarhijo dokazov kot jo opisujeta Polit in Beck (2018) sta najvišje uvrščena članka, ki sta opredeljena kot klinične smernice in sistematični pregled literature, sledijo jima tri randomizirane raziskave, ena raziskava je presečne narave, ena raziskava je kvalitativna delfska raziskava, najnižje na lestvici dokazov sta dve mnenji strokovnjakov in ena izjava o stališču.

3 Rezultati

Za prikaz poteka pridobivanja virov za naš pregled smo uporabili metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman in The PRISMA Group, 2009) (slika 1).

Slika 1: PRISMA diagram poteka raziskave



Vir: Lastni vir, 2021.

Ključne ugotovitve analiziranih virov smo predstavili v tabeli 2.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

<i>Avtor, leto objave, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Alexander, Rosenthal in Evans, 2012, Kanada	Kvalitativna, delfska raziskava	Fizioterapevtske strategije za obravnavo debelosti vključujejo: zdravstveno anamnezo, določanje ITM, oceno trenutne stopnje telesne dejavnosti, oblikovanje individualiziranega programa telesne vadbe, predpis kardio-vaskularnega programa vadbe, predpis krepilnih vaj, predpis zmerno intenzivne telesne dejavnosti 30 minut/dan, 3-5X/teden in postopno napredovanje telesne dejavnosti.
Castro idr., 2020, Španija	Kvantitativna randomizirana raziskava	Posamezniki, ki se lotijo dolgotrajnega vadbenega shujševalnega programa, ohranijo motivacijo, če je v program vključeno tudi prehransko svetovanje. Vrsta telesne dejavnosti oziroma vadbe ne vpliva na obseg fizioloških sprememb in prehranska vedenja.
Cieślińska-Świder, 2015, Poljska	Mnenje strokovnjakov	Temelj zdravljenja debelosti je ustvariti negativno energijsko bilanco preko povečane telesne dejavnosti in dietnih ukrepov. Fizioterapevt ima pomembno vlogo pri obravnavi debelosti. Ključna je priprava individualiziranega terapevtskega programa, ki temelji na FITT formuli, ki vključuje frekvenco, intenziteto, trajanje in vrsto dejavnosti.
The Chartered Society of Physiotherapy, 2015, Velika Britanija	Izjava o stališču	Fizioterapevti imajo pomembno vlogo pri preprečevanju in obravnavi debelosti. Načrt fizioterapevtske obravnave vključuje: individualno svetovanje o življenjskem slogu; predpisovanje ustreznega programa telesne dejavnosti; obravnava z debelostjo povezanih stanj (osteorritis, bolečina v hrbtu, kostno-mišična in kronična stanja itd.). Interdisciplinarno in multisektorsko sodelovanje.
Coppock, Ridolfi, Hayes, St Paul in Wilfley, 2015, Združene države Amerike	Mnenje strokovnjakov	Zdravljenje prekomerne telesne teže in debelosti pri otrocih in mladostnikih naj cilja na povečevanje telesne dejavnosti do vsaj 60 minut/dan, po možnosti vsak dan. Telesna dejavnost naj bo primerna razvojni stopnji otroka in naj bo strukturirana v smislu igre. Zelo restriktivne diete nizkokalorične ali visoko beljakovinske diete se ne priporočajo se ne priporočajo pri otrocih.
Said idr., 2018, Savdska Arabija	Kvantitativna kontrolirana randomizirana raziskava	Za zdravljenje debelosti in njenih posledic sta učinkoviti tako aerobna vadba kot vadba proti uporu. Aerobna vadba je učinkovita pri zmanjševanju telesne maščobe in krepitvi srčno-žilne vzdržljivosti. Vadba proti uporu je učinkovita pri krepitvi mišičnega potenciala.
Snodgrass idr., 2014, Avstralija	Kvantitativna pilotna presečna raziskava	Večina fizioterapevtov pri obravnavi debelosti svetuje o telesni dejavnosti, manjšina jih svetuje tudi o ustrezni prehrani. Le majhen delež fizioterapevtov je bil deležen izobraževanja o obravnavi debelosti v času dodiplomskega študija (20 %) ali v okviru podiplomskega izpopolnjevanja (11 %). Izobraževanje o obravnavi debelosti je pozitivno povezano z dietnim svetovanjem v praksi.

Swift idr., 2018, Združene države Amerike	Sistematični pregled kvantitativnih raziskav	Za signifikantno izgubo telesne teže je potrebna visoka stopnja telesne dejavnosti (225-420 minut/teden). Za ohranjanje novo pridobljene telesne teže je potrebno 200-300 minut zmerno intenzivne telesne dejavnosti/teden.
Villareal idr., 2017, Združene države Amerike	Kvantitativna randomizirana raziskava	Kombinacija aerobne vadbe in vadbe proti uporabi je najbolj učinkovita za izboljšanje funkcijskega statusa in zmanjšanje krhkosti debelih starejših.
Yumuk idr., 2015, Turčija	Klinične smernice	Obravnava pacienta s povečano telesno težo vključuje celovito anamnezo in oceno stanja ter klinični pregled pacienta. Cilji obravnave morajo biti realni in morajo biti usmerjeni k izgubi teže, ohranjanju teže in preprečevanju ponovnega rejenja. Optimalna modaliteta vadbe je kombinacija aerobne vadbe in vaj za moč. Priporoča se uravnotežena hipokalorična dieta.

Vir: Lastni vir, 2021.

4 Razprava

Glavni cilji zdravljenja debelosti so zmanjšanje telesne teže z namenom omejevanja tveganja za zdravje, ohranjanje na novo pridobljene teže ter preprečevanje ponovnega pridobivanja telesne teže. Ciešliška - Świder (2015, str. 36) navaja, da je izguba telesne teže možna na 2 načina: z zmanjšanjem energijskega vnosa oziroma kalorij s hrano in/ali s povečanjem energijske porabe z mišično/telesno dejavnostjo. Dodaja, da je hujšanje kompleksen in dolgotrajen proces, ki zahteva sodelovanje različnih strokovnjakov in ki vključuje dietetsko zdravljenje, prehransko edukacijo, spremembo zdravstvenih navad, povečanje stopnje telesne dejavnosti in farmakološko zdravljenje.

Vloga fizioterapevtov v multidisciplinarni obravnavi debelosti je v optimiziranju kliničnih izidov in izkušenj pacientov s promocijo telesne dejavnosti in splošnega zdravja, spodbujanjem zdravega prehranskega vedenja in obravnavo fizičnih in psiholoških zapletov prekomerne telesne teže in debelosti ter morebitnih pridruženih ali sočasnih stanj (Snodgrass idr., 2014, str. 410; The Chartered Society of Physiotherapy, 2015, str. 2; Ciešliška - Świder, 2015, str. 36).

Leta 2012 je 21 kanadskih fizioterapevtov, strokovnjakov na področju obravnave debelosti, z Delfi metodo in izhajajoč iz obstoječih kliničnih smernic, opredelilo ključne intervencijske strategije, ki jih fizioterapevti lahko uporabijo pri preprečevanju in obravnavi prekomerne telesne teže in debelosti: - jemanje zdravstvene anamneze, - določanje ITM, - ocenjevanje trenutne stopnje telesne dejavnosti, - oblikovanje individualiziranega programa telesne vadbe in - postopno napredovanje telesne dejavnosti (Alexander idr., 2012). Snodgrass idr. (2014) k temu dodajajo še osnovno prehransko svetovanje.

Evropske klinične smernice za obravnavo prekomerne telesne teže in debelosti navajajo, da anamneza pacienta s prekomerno telesno težo/debelostjo vsebuje: - družinsko zgodovino, - prehranske navade, - frekvenco in vrsto telesne dejavnosti, - vzorce prehranjevanja, - določilnice zdravja (kajenje, zloraba substanc/alkohola, psihosocialni dejavniki, stres, čustvene motnje itd.), - zdravstvene posledice debelosti, - pričakovanja in motivacijo pacienta za spremembe in - morebitna predhodna zdravljenja. Klinični pregled naj vključuje: - merjenje telesne višine in teže, - določanje ITM in obsega pasu, - preverjanje krvnega tlaka ter prisotnosti z debelostjo povezanih bolezni (Yumuk idr., 2015, str. 405).

Pri predpisovanju oziroma svetovanju glede telesne dejavnosti je, po mnenju Ciešliška - Świder (2015, str. 37), potrebno upoštevati FITT formulo, ki določa: frekvenco, trajanje, intenziteto in vrsto telesne dejavnosti. Glede trajanja in frekvence telesne dejavnosti literatura pravi, da za preventivo prekomerne telesne teže in debelosti zadošča 45–60 minut vadbe zmerne intenzitete, ki naj se izvaja po možnosti vsak dan. Swift idr. (2018, str. 19–20) navajajo, da je za doseganje klinično pomembne izgube telesne teže brez spreminjanja prehranskih navad potrebna višja stopnja telesne dejavnosti, in sicer med 225–420 minut/teden. Za ohranjanje novo pridobljene telesne teže literatura priporoča 60–90 minut zmerno intenzivne vadbe vsakodnevno oziroma vsaj 200–300 minut/teden (Ciešliška-Świder, 2015, str. 37; Swift idr., 2018, str. 19-20). Pri otrocih in mladostnikih se priporoča vsaj 60 minut telesne dejavnosti na dan vsak dan. Telesna dejavnost naj bo prilagojena razvojni stopnji otroka in naj ne spodbuja le izgubo kalorij, ampak tudi užitek in razvoj motoričnih spretnosti in samo-učinkovitosti otroka ter naj bo pri mlajših otrocih usmerjena v igro (Coppock idr., 2014). Glede intenzitete vadbe se pri odraslih priporoča ciljno območje srčnega utripa med 60 % in 70 % maksimalnega srčnega utripa (maksimalna frekvenca: 220-starost) ob odsotnosti sočasnih srčno-žilnih stanj (Ciešliška - Świder, 2015, str. 37). Castro idr. (2020) pravijo, da vrsta telesne dejavnosti oziroma vadbe ne vpliva na obseg fizioloških sprememb. Said idr. (2018) nasprotno navajajo, da je za izgubo telesne teže najbolj učinkovita kombinacija aerobne vadbe in vadbe za krepitev mišic. Slednji ugotavljajo tudi, da so učinki aerobne vadbe predvsem v zmanjšanju telesne maščobe in izboljšanju srčno-žilne vzdržljivosti, učinki vadbe proti uporabi pa v večjem mišičnem potencialu. Villareal, Aguirre, Gurney idr. (2017, str. 1953–1954) ugotavljajo, da je kombinacija obeh vadbenih modalitet primerna in učinkovita tudi pri starejših osebah s prekomerno telesno težo, saj upočasnjuje izgubo puste mase in mineralne gostote kosti, ki nastaneta kot posledica hujšanja ter izboljšuje funkcijske zmogljivosti in zmanjšuje krhkost. Yumuk idr. (2015) poudarjajo, da je pomembno, da so priporočene dejavnosti usmerjene tudi v zmanjšanje sedečega vedenja in spreminjanje načina izvajanja dnevnih dejavnosti (hoja in kolesarjenje namesto uporabe avtomobila itd.).

Cilji prehranskega svetovanja morajo biti spodbujanje zdravega prehranjevanja ter poudarjanje povečanega uživanja zelenjave, stročnic, nesladkanih žit in vlaknin in izogibanja uživanja živil z dodanimi sladkorji in nasičenimi maščobami (Yumuk idr., 2015, str. 410). Avtorji nadalje priporočajo, naj splošni prehranski nasveti vključujejo: - zmanjšanje energijske gostote hrane in pijače, - zmanjšanje velikosti porcij, - izogibanje hranjenja med obroki, - uživanje zajtrka, - izogibanje hranjenja v nočnem času in - izogibanje oziroma zmanjšanje prenajedanja. Energijski primanjkljaj oziroma kalorični deficit, ki ga priporočajo je 600 kcal/dan (2600 kJ), kar pomeni 15 % - 30 % manjši vnos kalorij od običajnega in izgubo teže približno 0,5 kg/teden. Avtorji dodajajo, da mora biti svetovanje o omejevanju energijskega (kaloričnega) vnosa individualizirano, pri tem je potrebno upoštevati posameznikove prehranske navade, stopnjo telesne dejavnosti, sočasne bolezni in predhodne poskuse hujšanja. Zaključujejo, da se je pri predpisovanju tovrstnih diet potrebno posvetovati s prehranskim strokovnjakom dietetikom.

Kot je ugotovila raziskava Snodgrass idr. (2014, str. 412–414), ki so jo izvedli v Avstraliji, fizioterapevti razumejo, da je kombinacija telesne dejavnosti in ustrezne diete učinkovitejša pri zdravljenju debelosti kot telesna dejavnost ali dieta samostojno. Vendar se je pokazalo, da v praksi večina fizioterapevtov svetuje o telesni dejavnosti in le manjšina tudi o dietnih spremembah. V raziskavi je 61,50 % fizioterapevtov tudi samoporočalo, da imajo nizko stopnjo znanja o na dokazih podprtih najboljših praksah prehranske obravnave. Le 20 % fizioterapevtov je navedlo, da so poslušali o obravnavi debelosti v času dodiplomskega študija in le 10, 8 % se jih je dodatno podiplomsko izpopolnjevalo na tem področju.

Največji omejitvi raziskave sta uporaba metodološko šibkih virov in pomanjkanje kliničnih smernic in priporočil za vodenje na dokazih podprte fizioterapevtske obravnave prekomerne

telesne teže in debelosti. Najpomembnejši doprinos raziskave je v ugotovitvi, da imajo fizioterapevti zaradi svoje strokovne ekspertize dragoceno vlogo in pomemben prispevek v multidisciplinarni obravnavi prekomerne telesne teže in debelosti. Potrebne so dodatne raziskave, ki se bodo osredotočale na specifične fizioterapevtske intervencijske strategije.

5 Sklep

Ugotovitve kažejo, da je za obvladovanje prekomerne telesne teže in debelosti potreben multidisciplinarni pristop, ki vključuje večkomponentne in dolgotrajne intervencije. Po podatkih sodeč je za izgubo telesne teže in vzdrževanje novo pridobljene teže najbolj učinkovita kombinacija telesne dejavnosti, ki vključuje aerobno vadbo in vaje za moč ter spremembe prehranskega režima. V multidisciplinarni obravnavi imajo fizioterapevti vlogo pri preventivi, celoviti oceni stanja, oblikovanju individualiziranega programa telesne vadbe ter pri osnovnem prehranskem svetovanju, za kar potrebujejo ustrezna znanja in veščine. Krepitev vloge fizioterapije v boju proti epidemiji debelosti zahteva, da dodiplomska in podiplomska izobraževanja v svoje programe vključijo tudi vsebine za izboljšanje znanja, razumevanja in veščin obravnave prekomerne telesne teže in debelosti.

LITERATURA

1. Alexander, E., Rosenthal, S. in Evans, C. (2012). Achieving consensus on recommendations for the clinical management of overweight and obese adults for canadian physiotherapy practice. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 64, 42–52. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3138/ptc.2010-39>.
2. Blenkuš Gabrijelčič, M. in Robnik, M. (2016). Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/debelost_pri_o-m_daljsa_spletna_avg2016_final_01082016.pdf.
3. Coppock, J. H., Ridolfi, D. R., Hayes, J. F., St Paul, M. in Wilfley, D. E. (2014). Current approaches to the management of pediatric overweight and obesity. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 16, 343. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s11936-014-0343-0>.
4. Castro, E. A., Carraça, E. V., Cupeiro, R., López - Plaza, B., Teixeira, P. J., González - Lamuño, D. in Peinado, A. B. (2020). The effects of the type of exercise and physical activity on eating behavior and body composition in overweight and obese subjects. *Nutrients*, 12, 1–14. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3390/nu12020557>.
5. Ciešlińska - Świder, J. (2015). Physiotherapy in the comprehensive treatment of obesity. *Physiotherapy and Health Activity*, 23, 35–44. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1515/pha-2015-0013>.
6. Haththotuwy, R. N., Wijeyaratne, C. N. in Senarath, U. (2020). Chapter 1. Worldwide epidemic of obesity. V T. A. Mahmood, S. Arulkumaran in F. A. Chervenak (ur.). *Obesity and Obstetrics* (3–8), 2 izd. Elsevier.
7. Mohan, N., Collins, E., Cusack, T. in O'Donoghue, G. (2012). Physical activity and exercise prescription: Senior physiotherapists' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy Practice and Research*, 33, 71–80. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3233/PPR-2012-0001>.
8. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. in The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6, 1–6.
9. Polit, D. F. in Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*, 9. izd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
10. Sack, S., Radler, D. R., Mairella, K. K., Touger - Decker, R. in Khan, H. (2009). Physical therapists' attitudes, knowledge, and practice approaches regarding people who are obese. *Physical Therapy*, 89, 804–815. Pridobljeno s <https://doi.org/10.2522/ptj.20080280>.

- 11.Said, M. A., Abdelmoneem, M., Almaqhawi, A., Hamid Kotob, A. A., Alibrahim, M. C. in Bougmiza, I. (2018). Multidisciplinary approach to obesity: Aerobic or resistance physical exercise?. *Journal of exercise science and fitness*, 16, 118–123. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2018.11.001>.
- 12.Shaw, K. A., Gennat, H. C., O'Rourke, P. in Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>.
- 13.Snodgrass, S. J., Carter, A. E., Guest, M., Collins, C. E., James, C., Kable, A. K., Ashby, S. E. in Plotnikoff, R. C. (2014). Weight management including dietary and physical activity advice provided by Australian physiotherapists: a pilot cross-sectional survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30, 409–420. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.877112>.
- 14.Swift, D. L., McGee, J. E., Earnest, C. P., Carlisle, E., Nygard, M. in Johannsen, N. M. (2018). The effects of exercise and physical activity on weight loss and maintenance. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 61, 206–213. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.07.014>.
- 15.The Chartered Society of Physiotherapy (2015). *Physiotherapy works for obesity*. Pridobljeno s https://www.csp.org.uk/physio_works_obesity_2015_v2.pdf (csp.org.uk).
- 16.Villareal, D. T., Aguirre, L., Gurney, A. B., Waters, D. L., Sinacore, D. R., Colombo, E., Armamento-Villareal, R. in Qualls, C. (2017). Aerobic or resistance exercise, or both, in dieting obese older adults. *New England Journal of Medicine*, 376, 1943–1955. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1616338>.
- 17.Vuik, S., Lerouge, A., Guillemette, Y., Feigl, A. in Aldea, A. (2019). The economic burden of obesity. V OECD, *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention* (str. 75–78). Pariz: OECD Publishing.
- 18.World Health Organization (2020). *Obesity and overweight*. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 19.You, L., Sadler, G., Majumdar, S., Burnett, D. in Evans, C. (2012). Physiotherapists' perceptions of their role in the rehabilitation management of individuals with obesity. *Physiotherapy Canada*, 64, 168–175. <https://doi.org/10.3138/ptc.2011-01>.
- 20.Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D. in Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8, 402–424. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1159/000442721>.
- 21.Zdravstveni statistični letopis Slovenije (2019). Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019>.

Higienski ukrepi za zaposlene pri delu z živili v zdravstvenih objektih

KLJUČNE BESEDE: higiena živil, covid-19, varnost živil, zdravstveni objekti

POVZETEK - Zagotavljanje varnosti živil in pravilna priprava hrane je še posebej pomembna v bolnišničnem okolju, kjer pripravljajo hrano tudi za osebe z oslabljenim imunskim sistemom. V času trenutne epidemije covid-19 je še posebej pomembno, da zaposleni pri delu z živili upoštevajo vsa higienska pravila. Zato je namen tega prispevka, dodatno osvetliti pomen higijene v času epidemije in izdelati zloženko za zaposlene z bistvenimi informacijami glede ravnanja z živili v povezavi s preprečevanjem covid-19. Uporabljena je deskriptivna metoda s sistematičnim pregledom literature. Izdelana je zloženka za zaposlene pri delu z živili v bolnišničnem okolju, ki vključuje vse bistvene informacije za preprečevanje covid-19 pri delu z živili. Uporaba priložne zloženke nudi zaposlenim osnovno znanje o higieni živil ter pripomore k hitremu preverjanju informacij, ki so pomembne pri vsakodnevnem delu z živili. Zloženko bi lahko uporabili tudi kot strnjen povzetek različnih usposabljanj o varni pripravi živil.

KEYWORDS: food hygiene, COVID-19, food safety, medical facilities

ABSTRACT - Ensuring food safety and proper food preparation is especially important in a hospital environment, where food is also prepared for people with weakened immune system. During the current COVID-19 epidemic, it is especially important that food handlers follow all hygiene rules when working. Therefore, the purpose of this paper was to emphasize the importance of hygiene during an epidemic and to prepare a brochure for food handlers with essential information for the prevention of COVID-19. The paper uses a descriptive method with a systematic review of the literature. A brochure for food handlers in a hospital environment has been produced, which includes all essential information for the prevention of COVID-19. Brochure can be used either for checking data or for expanding knowledge. The brochure helps with quick access to information that is important in the daily work with food. The brochure could also be used as a concise summary of various lectures on safe food preparation and appropriate hygienic and technical food preparation.

1 Teoretična izhodišča

V prehranskih objektih, kamor sodijo tudi kuhinje zdravstvenih objektov je zelo pomembno, da zaposleni pri delu z živili spoštujejo vse ukrepe za zagotavljanje varnosti živil. Z namenom predstavitve temeljnih zahtev za varnost živil so bile zbrane ključne informacije o pravilnem ravnanju s posameznimi skupinami živil med delovnim procesom v kuhinji. Delovni proces v kuhinjah je nujno potrebno ločiti na nečista in čista območja, kar je ključnega pomena za preprečevanje navzkrižnega onesnaženja. Zaposleni pri delu z živili pa morajo dosledno upoštevati tudi pravila dobre higienske prakse.

1.1 Priporočila za varno ravnanje z živili po skupinah živil

V nadaljevanju so podana navodila za varno ravnanje z živili po skupinah živil, ki predstavljajo potencialno tveganje za zdravje potrošnika, če niso pripravljena na ustrezen način.

Meso

Sveže meso shranimo takoj po dostavi (oziroma čim prej) v originalni embalaži v hladilnik oz. hladilno komoro (do 4 °C) oziroma zamrzovalnik (pod -18 °C). Sveže meso shranjujemo na polici hladilnika tako, da ne pride do izcejanja mesnega soka na druga živila oziroma poskrbimo za hermetično zaprto embalažo. Zamrznjenega mesa nikoli ne odtajujemo na kuhinjskih površinah pri sobni temperaturi. Vedno uporabljamo le popolnoma odtajano meso, odtajane mesa pa ne smemo ponovno zamrzovati. Pranje surovega perutninskega mesa pred uporabo ni priporočljivo, ker se med pranjem aerosoli razpršijo tudi po čistih površinah in pripomočkih (WHO, 2009).

Dovoljena temperaturna odstopanja svežega mesa in mesnih izdelkov ob dostavi: sveže goveje in svinjsko meso + 5 °C (odstopanje do 2 °C); mleto meso + 2 °C (odstopanje do 2 °C); in perutninsko meso + 4 °C (odstopanje do 2 °C) Pri meritvah temperature v večjem kosu mesa ali cele perutnine se sonda ne sme dotikati kosti, maščobe ali hrustanca. Temperaturo odčitamo po 15 sekundah (NIJZ, 2010).

Ribe

Ribe in morske sadeže je potrebno shranjevati v zamrzovalniku pri temperaturi pod -18 °C, rok trajanja je do 7 mesecev. Ribe so lahko onesnažene z zdravju škodljivimi mikroorganizmi (bakterijami, virusi in paraziti). Sveže ribe nimajo vonja, oči so močno izbuljene in čvrste, škrge so pri sveži ribi živo rdeče in vlažne (NIJZ, 2010).

Sadje in zelenjava

Uživanje sadja in zelenjave lahko predstavlja vir tveganj za zdravje, predvsem, ko gre za uživanje porcioniranega, predpakiranega in vnaprej pripravljenega sadja in zelenjave. Najpogostejši vzrok okužb ali zastruptev s sadjem in zelenjavo so mikroorganizmi, kot so bakterije virusi in paraziti (NIJZ, 2016).

Za pripravo zdravstveno ustreznega sadja in zelenjave je potrebno upoštevati naslednja priporočila. Sadje in zelenjavo hranimo ločeno od ostalih živil, pri temperaturi od 0 do 15 °C, v prostoru kjer je dovolj vlage. Za daljše shranjevanje se zamrznjena zelenjava hrani pri temperaturi pod -18 °C največ 5 mesecev, zamrznjeno sadje pa pod -18 °C največ 8 mesecev. Groba in fina priprava sadja in zelenjave se opravljata v ločenih prostorih, da ne pride do navzkrižnega onesnaženja. Pri rezanju se uporabljajo deske, ki so namenjene samo sadju in zelenjavi ter so ločene za surova in toplotno obdelana živila. Pri toplotni obdelavi mora središčna temperatura doseči vsaj 60 °C. Kuhano, narezano, očiščeno in olupljeno sadje ter zelenjavo se shranjuje v hladilniku, pokrito in ločeno od drugih živil (NIJZ, 2011).

Jajca

Lupina in/ali vsebina jajca je lahko onesnažena z zdravju škodljivimi mikroorganizmi (*Salmonella* spp.), zato moramo biti pri rokovanju z njimi previdni. Shranjujejo se lahko na sobni temperaturi ali v hladilniku, vendar moramo biti pri načinu hranjenja jajc dosledni, saj nagle temperaturne spremembe povzročajo površinsko rosenje. V takšnih pogojih se poveča rast mikroorganizmov in prenos le teh v notranjost jajca. Shranjujemo jih ločeno od ostalih živil (NIJZ, 2016).

Za osebe z oslabljenim imunskim sistemom predstavljajo surova ali ne dovolj toplotno obdelana jajca in jedi iz jajc povečano zdravstveno tveganje (NIJZ, 2011). Za uživanje so varna le zadostno toplotno obdelana jajca oziroma jedi, ki so kuhane toliko časa, da se strdi tudi rumenjaki (trdo kuhano jajce), oziroma središčna temperatura živila doseže vsaj 70 °C. Gotove jedi iz jajc vzdržujemo na temperaturi nad 63 °C, ali pa jih hranimo v hladilniku pri temperaturi

pod 4 °C (NIJZ, 2016). Pri pogrevanju jedi iz jajc mora središčna temperatura doseči ≥ 74 °C za 15 sekund, saj spadajo med potencialno nevarna živila (NIJZ, 2020).

Mleko

Zaradi svoje sestave je surovo mleko izvrsten medij za rast mikroorganizmov, zato je pred uporabo potrebno mleko in mlečne izdelke toplotno obdelati s pasterizacijo ali kratkotrajno sterilizacijo (ultra-high temperature - UHT). Pri UHT postopku se mleko segreva za nekaj sekund na zelo visoki temperaturi (142 °C), pri pasterizaciji pa se segreva mleko na temperaturi 72 °C za 15 sekund ali pri drugi kombinaciji, kjer je čas delovanja daljši in temperatura nižja (npr. 30 min pri 63 °C). Oba postopka uničita zdravju škodljive mikroorganizme (NIJZ, 2015). Pri nadaljnji toplotni obdelavi mlečnih izdelkov mora središčna temperatura doseči 63 °C za 15 sekund, pri pogrevanju pa ≥ 74 °C za 15 sekund (NIJZ, 2020).

1.2 Ukrepi za preprečevanje covid-19

Trenutno ni dokazov, da je hrana vir ali pot prenosa SARS-CoV-2 virusa, saj virusi za preživetje potrebujejo živega gostitelja in tako v hrani ne morejo preživeti. Vendar je pri ravnanju s hrano vedno potrebno upoštevati dobro higiensko prakso, da se prepreči onesnaženje že obdelanih živil (NIJZ, 2020).

Zaposleni pri delu z živila v zdravstvenih objektih že izvajajo strog higienski nadzor. Z nadzorom higiene, ki ga morajo izvajati nosilci živilske dejavnosti, se preprečuje onesnaženje živil s kakršnimi koli patogeni, s tem pa se preprečuje tudi onesnaženje živil z omenjenim virusom, ki povzroča bolezen covid-19. Redna usposabljanja zaposlenih v živilskih dejavnostih v zvezi s higienskimi zahtevami so nujna in morajo biti periodična (Evropska komisija, 2020).

Med pomembnimi elementi dobre higienske prakse v vseh fazah priprave živil so: čiščenje in po potrebi razkuževanje materialov in opreme, ki prihaja v stik s hrano, med posameznimi proizvodnimi serijami, preprečevanje navzkrižnega onesnaženja med posameznimi skupinami živil ter živila v različnih fazah postopka (npr. surova in kuhana živila), osebna higiena, ki med drugim vključuje umivanje in razkuževanje rok, po potrebi nošenje rokavic in mask ter uporaba namenskih higienskih oblačil in obutve (Evropska komisija, 2020).

V času pandemije je pomembno, da se vzpostavi strožji higienski nadzor nad postopki dela zaradi preprečevanja okužb ter širjenja virusa SARS-CoV-2 med zaposlenimi znotraj prehranskih objektov, morebitno onesnaženje živil ter embalaže živil in najpomembnejše, da se prepreči morebitne okužbe pacientov v zdravstvenem objektu. Vzpostaviti se morajo strožji preventivni ukrepi; varnostna razdalja, preprečevanje nepotrebnih stikov med zaposlenimi, uporaba osebne varovalne opreme, pogostejše umivanje rok, pogosto prezračevanje prostorov in dosledno čiščenje ter razkuževanje površin, po planu čiščenja in razkuževanja.

Higiena rok

Številne bolezni lahko prenesemo preko onesnaženih rok, ki so glavni prenašalec mikrobov med površinami, hrano in ljudmi. Zato je higiena rok ključnega pomena in eden izmed najpomembnejših preventivnih ukrepov pri preprečevanju širjenja mikroorganizmov in potencialnih okužb (NIJZ, 2017). S pravilnim umivanjem rok odstranimo umazanijo in bistveno zmanjšamo prisotnost zdravju škodljivih mikroorganizmov (NIJZ, 2014).

Razkužila za roke so lahko pomemben dodaten ukrep za preprečevanje širjenja okužb, posebej v času pandemije covid-19. Priporoča se, da so razkužila z vsaj 60 % alkohola nameščena na več različnih lokacijah po objektu in s tem spodbujajo ter opominjajo na izvajanje razkuževanja rok, tam kjer ni možno umivanje (CDC, 2020). Priporočljiva je uporaba brezkontaktnih dozirniki za razkužila, umivalniki pa naj bodo locirani na ustreznih mestih, opremljeni s toplo

tekočo pitno vodo, tekočim milom, papirnatimi brisačami in košem za odpadke na nožno odpiranje (Nakat, Bou - Mitri, 2020).

Rokavice za enkratno uporabo ne smejo nadomestiti umivanja rok. Tako pred nameščanjem, kot tudi pri odstranjevanju rokavic si morajo zaposleni temeljito umiti roke. Problem, ki se pojavi pri nošenju rokavic za enkratno uporabo je, da dajejo lažni občutek varnosti in čistosti, kar lahko privede do slabše higiene rok (Nakat, Bou - Mitri, 2020). Rokavice niso neprepustne, zato se priporoča delo z rokavicami le za določeno opravilo in za kratek čas. Le s pravilno uporabo so lahko rokavice učinkovita zaščita pri prenosu mikroorganizmov iz rok na živila, iz rok ene osebe na drugo ali na površine (NIJZ, 2014).

Zaščitne maske

Za zaščito delavcev v živilskih obratih pred virusom SARS-CoV-2 je pomembna uporaba zaščitne maske, saj gre za respiratorni virus, katerega vdihujemo in izdihujemo, lahko ga tudi izkašljamo ali izkijamo. Uporaba zaščitne maske je pomembna tam, kjer je večje število zaposlenih in kjer se ne more vzdrževati varnostne razdalje ter predvsem zaradi asimptomatičnih prenašalcev. Pred nameščanjem si je potrebno temeljito umiti in razkužiti roke, pri nameščanju mora maska pokriti nos in usta. Prav tako je pomembno, da masko pravilno odstranimo (od zadaj in se pri tem ne dotikamo sprednje strani maske), nato si ponovno umijemo roke z vodo in milom. Masko se menja večkrat med delovnim časom, približno na dve uri. Menjava maske je potrebna tudi če je mokra, umazana ali poškodovana (NIJZ, 2020). Delavcem je lahko maska neudobna, jih pri delu ovira, to pa spodbudi, da se pogosto dotikajo obraza, kar nasprotuje nošenju mask (NIJZ, 2020).

Varnostna razdalja

Varnostna razdalja med osebami je po WHO (2020) določena na 1 m, po CDC (2020) pa na 2 m razdalje med osebami. Varnostna razdalja je pomembna, saj pomaga zmanjšati hitrost širjenja virusa SARS-CoV-2, vendar samo upoštevanje varnostne razdalje ni dovolj za zaustavitev širjenja virusa. Vključno z varnostno razdaljo se morajo upoštevati tudi drugi preventivni ukrepi (Nakat, Bou - Mitri, 2020).

Nekaj primerov ukrepov za zmanjšanje števila stikov, za lažje zagotavljanje varnostne razdalje ter za zmanjšanje tveganja za okužbo med zaposlenimi so:

- zagotovljena osebna varovalna oprema, tedaj se lahko varnostna razdalja nekoliko zmanjša;
- zaposleni so razdeljeni v več delovnih skupin, med katerimi ne sme prihajati do interakcij. V primeru okužbe znotraj skupine, gre celotna (okužena) delovna skupina v izolacijo oziroma v karanteno, ostale delovne skupine pa lahko ostanejo na delovnem mestu, saj niso bile v stiku s potencialno okuženo skupino.

Higiena okolja in čiščenje

Zagotoviti je potrebno, da se strogo upoštevajo postopki čiščenja, vključno z jasnimi informacijami o pravilih higienskega ravnanja. Virus, ki povzroča covid-19 večinoma ostane na gladkih inertnih površinah, na primer iz plastike ali nerjavečega jekla, zato se priporoča pogosto čiščenje tovrstnih površin (NIJZ, 2020).

Navzkrižno onesnaženje

V času epidemije je potrebno pravilno omejiti gibanje zaposlenih pri menjavi izmen. Priporoča se vstopanje v garderobe po sistemu »eden ven, eden noter«, da se ob zaključku izmene v prostoru garderob ne zbere preveliko število ljudi. V jedilnicah je za vsako mizo le ena oseba, da se lahko zagotovi zadostna razdalja. Pozornost je potrebno nameniti tudi premikom embalažnih materialov, surovin, odpadkov, vsega, kar je lahko prenašalec virusa na površini. Pri transportu in dobaviteljih je potrebno nameniti pozornost čiščenju vozil, ki se uporabljajo

 <p>SADJE IN ZELENJAVA</p> <p>SHRANJEVANJE IN ROK UPORABNOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zamrznjena zelenjava: ≤ -18 °C do 5 mesecev. • Zamrznjeno sadje: ≤ -18 °C do 5 mesecev. • Kuhano, narezano, očiščeno in olupljeno sadje ter zelenjavo se shranjuje v hladilniku, pokrito in ločeno od drugih živil.  <p>MLEKO IN MLEČNI IZDELKI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pri toplotni obdelavi mlečnih izdelkov mora središčna temperatura doseči ≥ 63 °C za 15 sekund. • Sterilizirano mleko lahko do odprtja hranimo pri sobni temperaturi, po odprtju v hladilniku. • Pasterizirano mleko in ostale mlečne izdelke hranimo na hladnem < 5 °C. 	 <p>JAJCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hranimo v hladilniku < 8 °C ali pri sobni temperaturi. • Izogibamo se hitrih temperaturnih sprememb. • Umazanih jajc ne peremo. • Središčna temperatura jedi z jajci ≥ 70 °C.  <p>RIBE</p> <p>SHRANJEVANJE IN ROK UPORABNOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zamrznjene ribe hranimo: ≤ -18 °C do 7 mesecev. • Toplotna obdelava: ≥ 63 °C za 15 sekund. • Sveže ribe so brez vonja, škrge so živo rdeče in vlažne, površina ribe je žive in svetle barve. • Shranjevanje rib ločeno od ostalih živil. 	 <p>MESO IN MESNI IZDELKI</p> <p>SREDIŠČNE TEMPERATURE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cela perutnina ≥ 82 °C za 15 sekund. • Piščančja prsa ≥ 76,5 °C za 14 sekund. • Manjši kosi perutnine ≥ 74 °C za 15 sekund. • Jedi z nadevom iz mletega mesa ≥ 74 °C za 15 sekund. <p>SHRANJEVANJE IN ROK UPORABNOSTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Govedina: ≤ -18 °C; 10–12 mesecev. • Svinjina (mastna): ≤ -18 °C; 4–5 mesecev. • Svinjina (pusta): ≤ -18 °C; 6–8 mesecev. • Uporaba ločenih desk in pribora za surovo in toplotno obdelano meso. • Shranjevanje v hermetično zaprti embalaži.
--	---	---

4 Sklep

Pandemija covid-19 je opomin na nevarnosti, ki jih povzročajo patogeni mikroorganizmi in na pomen dobre higienske prakse. V zvezi z varnostjo hrane je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) izdal previdnostna priporočila, vključno z nasveti glede upoštevanja dobrih higienskih praks med ravnanjem in pripravo živil, kot so umivanje rok, zadostna toplotna obdelava živil in preprečevanje morebitnega navzkrižnega onesnaženja med toplotno obdelano in surovo hrano. Bistvene informacije so tako na predstavljeni zloženki združene na enem mestu, zato je lahko uporaben pripomoček za zaposlene in spodbujevalec ustreznega higienskega ravnanja z živili z namenom preprečevanja širjenja patogenih mikroorganizmov, med katerimi je tudi aktualni virus SARS-CoV-2.

LITERATURA

1. CDC – Centers for disease control and prevention. (2020). Meat and poultry processing workers and employers. Pridobljeno 27. 3. 2021, s <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/meat-poultry-processing-workers-employers.html>.
2. Covid-19 in varnost hrane: vprašanja in odgovori. (2020). Evropska komisija. Pridobljeno 27. 3. 2021, s https://ec.europa.eu/food/sites/food/files/safety/docs/biosafety_crisis_covid19_qandas_sl.pdf.
3. Covid-19 and food safety: guidance for food businesses: interim guidance. (2020). WHO – World health organization. Pridobljeno 28. 3. 2021, s https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331705/WHO-2019-nCoV-Food_Safety-2020.1-eng.pdf.
4. Higienska priporočila za varnost živil za potrošnike. (2011). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in območni zavodi za zdravstveno varstvo. Pridobljeno 31. 12. 2020, s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/higienska_priporocila_za_varnost_zivil_za_potrosnike.pdf.

5. Higienško ravnanje s svežim sadjem in zelenjavo. (29. 9. 2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 29. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/higienško-ravnanje-s-svezim-sadjem-in-zelenjavo>.
6. Higienško ravnanje z jajci. (14. 9. 2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 29. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/higienško-ravnanje-z-jajci>.
7. Koronavirus SARS-CoV-2 in živila. (8. 5. 2020). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 29. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-sars-cov-2-in-zivila>.
8. Mleko in mlekomati. (21. 8. 2015). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 29. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/mleko-in-mlekomati>.
9. Nakat, Z. in Bou - Mitri, C. (2020). Covid-19 and the food industry: readiness assessment: Food control. Pridobljeno 27. 3. 2021, z doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2020.107661>.
10. Osnovna higienška stališča za higieno in varnost živil za zaposlene v živilski dejavnosti. (2014). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 27. 3. 2021, s https://www.nijz.si/files/uploaded/osnovna_higienška_staliska_nov_2014.pdf.
11. Preprečevanje okužbe z virusom SARS-CoV-2. (15.11.2020). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 8. 4. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/preprečevanje-okuzbe-z-virusom-sars-cov-2-v-obdobju-sproscanja-ukrepov>
12. Risk Characterization of Microbiological Hazards in Food. (2009). Rim: Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization. Pridobljeno 28. 3. 2021, s https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44224/9789241547895_eng.pdf?sequence=1.
13. Toplotna obdelava živil. (8. 5. 2020). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 29. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/toplotna-obdelava-in-pogrevanje-zivil>.
14. Za preprečevanje širjenja okužb poskrbimo tudi z umivanjem rok, (13. 10. 2017). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 28. 3. 2021, s <https://www.nijz.si/sl/za-preprečevanje-sirjenja-okuzb-poskrbimo-tudi-z-umivanjem-rok>.

Analiza spanca med reševalci v Sloveniji

KLJUČNE BESEDE: spanje, kakovost spanja, zdravstveni delavci, zdravje, kakovost življenja

POVZETEK - Uvod: Namen raziskave je bil proučiti spanje kot osnovno človekovo življenjsko aktivnost ter hkrati, kako način dela in delovno okolje vplivata na zaznano kakovost spanja med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči v Sloveniji. **Metode:** V raziskavi je bila uporabljena slovenska verzija vprašalnika *The Pittsburgh Sleep Quality Index*. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 120 zaposlenih v nujni medicinski pomoči v Sloveniji, ki so v juniju 2020 odgovorili na spletno anketo. Podatke smo analizirali z bivariantno analizo in testi korelacij. **Rezultati:** Hipotezo, ki pravi, da je kakovost spanja reševalcev statistično pomembno povezana z njihovo starostjo, delovno dobo, delovnim časom in izmenskimi delom, kot tudi drugo hipotezo, ki pravi, da izmensko delo ponoči vpliva na zaznano kakovost življenja, smo ovrgli. **Diskusija in zaključek:** Rezultati kažejo na pozitiven trend pri kakovosti življenja tistih, katerih delavniki ne vključuje nočnih izmen. Raziskave bi veljalo razširiti in kontinuirano izvajati tudi na podobnih delovnih mestih v zdravstvenem sistemu, saj gre za področje, ki ima tudi neposreden vpliv ne le na zadovoljstvo z delom, ampak tudi varnost in izide, povezane z zdravljenjem.

KEYWORDS: sleep, sleep quality, health workers, health, quality of life

ABSTRACT - Introduction: The aim of the research was to investigate sleep as a basic human life activity and, at the same time, how work practises and work environment influence the perceived quality of sleep among emergency medical care workers in Slovenia. **Methods:** The Slovenian version of the *Pittsburgh Sleep Quality Index* questionnaire was used for the study. The ad hoc sample included 120 emergency medical care workers in Slovenia who participated in an online survey in June 2020. Data were analyzed using bivariate analysis and correlation tests. **Results:** We refuted the hypothesis that ambulance staff sleep quality was statistically significantly related to age, length of service, working hours and shift work, as well as another hypothesis that shift work at night affected perceived quality of life. **Discussion and conclusion:** The results show a positive trend in the quality of life of those whose workday does not include night shifts. Further research on this question should be conducted on an ongoing basis and expanded to similar healthcare workplaces, as this is an area that also has a direct impact not only on job satisfaction, but also on safety and treatment outcomes.

1 Uvod

Spanje je stanje telesnega in duševnega počitka s popolnim ali delnim zmanjšanjem zavesti (SSKJ, 2020). Spanje v obliki rednih obdobij mirovanja in nekaj odmora spanja najdemo tudi v najpreprostejših organizmih od deževnikov in sadnih muh do primatov in ljudi (McNamara, 2019). Spanje lahko določimo na podlagi vedenjskih in fizioloških meril, ki se razlikujejo od budnosti. V vedenjskem pogledu je za spanje pri odraslih značilna izguba zavesti, relativna nepremičnost v ležečem položaju z zaprtimi očmi, zmanjšan odziv na zunanje dražljaje in oslABLJENE kognitivne sposobnosti (Carley in Farabi, 2016). Fiziološko pa je spanje pomembno pri obnovi telesa, delitvi celic, sintezi melatonina v možganih, izločanju hormonov, odplavljanje degenerativnih snovi. Pomembno je tudi za možganske funkcije, ki podpirajo procese kot so spomin, govor, ustvarjalnost (Dolenc Grošel, 2018). Za spanje je značilno tudi splošno znižanje telesne temperature, krvni tlak, hitrost dihanja in druge telesne funkcije (Kushida, 2013).

Biološki ritmi so prisotni v večini živih organizmov ter jim zagotavljajo prilagajanja na vedno spreminjajoče okolje (Rozman, 2015). Ritem spanja in bedenja je eden izmed najbolj znanih cirkadianih («circa diem» – približno en dan) notranjih ritmov, torej je biološki ritem s periodo približno 24 ur. Ultradiani cikel spanja pri sesalcih na splošno sestavljajo eno zaporedje dveh vedenjskih stanj, ki sta običajno imenovano spanje brez hitrega gibanja zrkli (Slovenski medicinski slovar, 2012) (ang. *non-rapid eye movement* – NREM) in spanje s hitro gibajočimi zrkli (ang. *rapid eye movement* – REM).

Spanje torej razdelimo na mirno obdobje spanja, ki omogoča fizično okrevanje telesa, in živahno obdobje spanja, ki obnavlja duševno in čustveno stanje posameznika (Kushida, 2013). Spanje ima osnovno arhitekturo, za katero je značilno ritmično spreminjanje stopenj NREM in REM. Spanje običajno poteka v petih fazah; in sicer štiri faze NREM in ena faza REM (Bilban, 2013). Pri normalnem vzorcu spanja si te faze sledijo ena za drugo, vse skupaj pa predstavljajo en cikel, ki se z različnimi dolžinami posameznih faz ponovi od 3- do 5-krat na noč. Pri odraslem človeku je od skupne dolžine spanja faze 2 približno 50 odstotkov, faze REM od 15 do 20 odstotkov, preostali čas pa zastopajo faze 1, 3 in 4 (Bilban, 2013). Čez noč se dolžina posamezne faze REM podaljšuje na račun ostalih faz, traja pa od 5 do 30 minut (Bilban, 2013).

Ključni kazalniki kakovostnega spanca kot jih opredeljuje *National Sleep Foundation* (v nadaljevanju NSF) (Ohayon idr., 2017) vključujejo več spanja v postelji (vsaj 85 % časa), zaspanje v 30 min ali manj, zburjanje največ enkrat na noč. Kakovost spanja tudi ne moremo enačiti z dolžino spanja. Tako so v znanstveno kontroliranem eksperimentu (Ben Simon & Walker, 2018), kjer so kontrolirano motili proces spanja in ne same dolžine spanja, ugotovili, da kakovost spanja vpliva na povečan občutek osamljenosti in povzroča odmik posameznika iz družbe.

V Nizozemski raziskavi (221 reševalcev iz 10 naključno izbranih reševalnih postaj) van der Ploeg in Kleber (2003) ugotavljata, da je delo reševalcev izpostavljeno akutnim in tudi kroničnim stresorjem kot so časovni roki, življenjsko nevarne situacije in izmenska delo. Po njihovih ugotovitvah se zaradi tega pri reševalcih pojavljajo simptomi, kot so vsiljivi spomini, občutki razdražljivosti, težave s spanjem in občutek odtujenosti. Ugotovljeno je tudi, da delo v izmenah negativno vpliva na delovno uspešnost, vzorce spanja in socialno pa tudi družinsko življenje (van der Ploeg in Kleber, 2003). Med drugim poročata, da desetina anketiranih reševalcev navaja utrujenost, kar pa nujno predstavlja visoko tveganje za bolniško odsotnost in celo delovno invalidnost. Skoraj desetina osebja je trpela tudi za izgorelostjo. Ko sta Studnek in Fernandez (2008) raziskovala karakteristike reševalcev udeleženih v prometnih nezgodah z reševalnimi vozili, sta ugotovila, da sta njihova starost in neprespanost oz. težave s spanjem ključna rizična faktorja. V Slovenski raziskavi (Strojan, 2014), kjer je slabo kakovost spanja izkazovalo kar 68,3 % medicinskih sester, se je s kakovostjo spanja statistično pomembno negativno povezoval triizmenski delovni čas. Podobno kot druge raziskave (Bentley in Levine, 2016; Boivin in Boudreau, 2014; Lajoie idr., 2015; Maguire idr., 2002; Rogers idr., 2004), tudi rezultati raziskave avtoric Peršolja, Mišmaš in Jurdana (2018) kažejo na to, da anketiranke (medicinske sestre) neprespanost povezujejo z upočasnjeno odzivnostjo pri delu, z večjim tveganjem za napake pri delu in z oteženo komunikacijo s pacienti. Neprespanost namreč negativno vpliva na kognitivno odzivnost posameznika, vendar jo je mogoče z ustrežno organizacijo urnika dela preprečiti (Costa, 2010). Od leta 2007 je delo v več izmenah po merilih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) razporejeno v kategorijo potencialnih spodbujevalcev nastanka raka. Obstaja povezava med dolgoletnim večizmenskim delom ter rakom na dojki in na prostati, večizmensko delo pa po merilih SZO pomeni le eno stopnjo tveganja manj kot, na primer, izpostavljenost azbestu ali kajenje (Erren idr., 2010). Na podlagi raziskav, ki so pokazale povezavo med več kot 20-letnim izmenskimi delom in pojavnostjo raka na dojki, je danska vlada leta 2008 izplačala odškodnino 40 medicinskim sestram, ki so zbolele

za rakom na dojki in razen večizmenskega dela niso imele drugih dejavnikov tveganja. Anglija in Nemčija sta tovrstno povezavo takrat zanikali, v Sloveniji pa se ta problem do zdaj še ni veliko izpostavljajal (Kolstad, 2008; Rozman, 2017; Wise, 2009).

Cilj raziskave je bil identificirati spalne navade oz. vzorce spanja med slovenskimi reševalci, kako le-te vplivajo na vsakodnevno opravljanje življenjskih aktivnosti in posledično na njihovo zaznano kakovost življenja.

S pomočjo raziskave smo preverjali naslednje hipoteze:

- H1: Kakovost spanja reševalcev je statistično pomembno povezana z njihovo starostjo, delovno dobo, delovnim časom, izmenskimi nočnim delom in gibalno aktivnostjo.
- H2: Izmensko nočno delo vpliva na zaznano kakovost življenja reševalcev.

2 Metode

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec 120 naključnih zaposlenih iz ekip nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP) oz. mobilnih enot, ki v okviru svoje službe opravljajo intervencije na terenu v časovnem obsegu 24 ur.

V raziskavi je bila uporabljena slovenska verzija vprašalnika *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (Pittsburški merilnik kakovosti spanca, v nadaljevanju PSQI) (Buysse idr., 1989). Vprašalnik je prosto dostopen in je validiran (Cronbach alfa koeficient presega 0.8 za angleško verzijo). Vprašalnik v prvem delu sestavljajo vprašanja z ugotavljanjem spalnega ritma in navad reševalcev v preteklem mesecu. Sledi točkovanje od 0 do 3 (0 – ne v preteklem mesecu, 1 – manj kot enkrat na teden, 2 – enkrat ali dvakrat na teden, 3 – trikrat ali bolj pogosto na teden), ki se nanaša na čas v katerem reševalec zaspi, ko se uleže v posteljo, kolikokrat in zakaj se ponoči prebuja (potreba po uporabi stranišča, težave z dihanjem, prisotnost smrčanja ali kašlja, neustrezna temperatura, slabe sanje, bolečina ali drugi razlogi). Drugi del vprašalnika je namenjen posledicam, ki jih pomanjkanje spanja lahko prinese in v kolikšni meri se le-te pri anketiranih odražajo (težave z budnostjo med vožnjo avtomobila, med jedjo, ali med družabnimi aktivnostmi; težave z ohranjanjem volje oz. navdušenja, da dokonča določene zadeve; lastna ocena kakovosti spanja v preteklem mesecu). V vprašalniku nas zanima tudi ali se zaposleni morebiti poslužujejo farmakoloških proizvodov za boljši spanec. V tem delu anketnega vprašalnika bo na voljo prav tako točkovanje od 0 do 3 (Muha, 2018). Tretji, del vprašalnika sestavljajo vprašanja, ki se nanašajo na socio-demografske podatke.

Anketiranje je potekalo preko 1KA, odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje (Center za družboslovno informatiko, Fakultete za družbene vede, Univerze v Ljubljani) med 16. 6. 2020 in 7. 7. 2020. Anketa je bila anonimna in prostovoljna. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 24.0. Uporabili smo osnovno deskriptivno statistiko, korelacijsko analizo in teste povezanosti glede na ugotovitve o normalni porazdelitvi. Pri statističnem sklepanju je bila upoštevana stopnja značilnosti $p < 0,05$.

3 Rezultati

V raziskavi o kakovosti spanja med reševalci je skupno sodelovalo 120 anketirancev. Od tega je večina moških ($n = 102$, 85 %), žensk je le 13,3 % ($n = 16$), 1,7 % ($n = 2$) anketirancev pa odgovora ni navedlo. Največ anketirancev je bilo starih med 31 in 40 let ($n = 46$, 38,3 %); 33 % ($n = 40$) med 21 do 30 let, 17,5 % ($n = 21$) med 41 do 50 let, 7,5 % ($n = 9$) ima 51 do 60 let, 0,8 % ($n = 1$) je bilo mlajših od 20 let, več kot 60 let pa ima prav tako 0,8 % ($n = 1$)

anketirancev. Odgovora na vprašanje ni podalo 1,7 % (n = 2) vprašanih. Anketiranci so imeli v povprečju 11,72 let delovnih izkušenj v nujni medicinski pomoči (s = 8,695). Najkrajša delovna doba v NMP je bila 1 leto, najdaljša pa kar 40 let. Izmed vseh sodelujočih ima največ anketirancev pridobljeno visokošolsko izobrazbo (n = 52, 43,3 %), 31,7 % (n = 38) je bilo zdravstvenih reševalcev – NPK, 15 % (n = 18) je bilo zdravstvenih tehnikov, 3,3 % (n = 4) jih je zaključilo drugo stopnjo, 2,5 % (n = 3) je bilo voznikov reševalcev, 4,2 % (n = 5) anketirancev pa odgovora ni podalo.

Nekaj več kot tretjina anketirancev (35,8 %, n = 43) gre običajno v posteljo po 23. uri, 31,7 % (n = 38) jih gre v posteljo med 22. in 23. uro, 27,5 % (n = 33) jih gre v posteljo med 21. in 22. uro, le 5 % (n = 6) pa jih gre v posteljo pred 21. uro. Največ anketirancev je potrebovalo do 15 minut, da zaspijo (35,8 %, n = 43), 35 % (n = 42) je potrebovalo od 16 do 30 minut, 23,3 % (n = 28) je potrebovalo med 31 in 60 minut, le 5,8 % (n = 7) pa je potrebovalo več kot 60 minut, da zaspijo. Največ anketirancev je zjutraj vstalo med 5. in 6. uro (39,2 %, n = 47), 23,3 % (n = 28) je vstalo zjutraj do 5. ure, 21,7 % (n = 26) je vstalo po 8. uri, 8,3 % (n = 10) je vstalo med 6. in 7. uro, 7,5 % (n = 9) pa je vstalo zjutraj med 7. in 8. uro. Četrtnina (n = 25) anketirancev je ponoči dejansko spala med 5 in 6 ur, četrtnina (n = 25) pa med 6 in 7 ur. Več kot 8 ur na noč je spalo 20,8 % (n = 25) anketirancev, 17,5 % (n = 21) jih je spalo do 5 ur, 11,7 % (n = 14) pa 7 do 8 ur.

Anketiranci so odgovarjali na vprašanja o težavah kako zaspati zvečer. Pri tem so pri posameznem razlogu lahko podali enega od štirih možnih odgovorov o pogostosti razloga (nikoli, manj kot enkrat tedensko, enkrat do dvakrat tedensko ali trikrat na teden ali več). Kar 35 % (n = 42) je v preteklem mesecu enkrat do dvakrat tedensko imelo težave s tem, da niso mogli zaspati v 30 minutah. Takšno težavo je trikrat na teden ali več imelo 30 % (n = 36) anketirancev, 15 % (n = 18) je imelo težave zaspati v 30 minutah manj kot enkrat tedensko, 20 % (n = 24) pa s tem ni imelo težav. Kar 33,3 % (n = 40) anketirancev se je zbuvalo sredi noči ali zgodaj zjutraj enkrat do dvakrat tedensko, 33,3 % (n = 40) pa se je zbuvalo sredi noči trikrat na teden ali več, 20 % (n = 24) pa se je zbuvalo sredi noči ali zgodaj zjutraj manj kot enkrat na teden, 13,3 % (n = 16) ni imelo takih težav. Približno tretjina (32,5 %, n = 39) anketirancev je manj kot enkrat tedensko moralo vstajati ponoči in iti na stranišče, 26,7 % (n = 32) anketirancem se je to dogajalo enkrat do dvakrat tedensko, 11,7 % (n = 14) pa trikrat tedensko ali pogosteje, kar 29,2 % (n = 35) anketirancev pa s tem v preteklem mesecu ni imelo težav.

V preteklem mesecu ni moglo udobno dihati 10 % (n = 12) anketirancev manj kot enkrat tedensko, 6,7 % (n = 8) enkrat do dvakrat tedensko in 1,7 % (n = 2) trikrat na teden ali več, kar 81,7 % (n = 98) anketirancev s tem ni imelo težav. Zaradi glasnega smrčanja ali kašljanja je v preteklem mesecu imelo 18,3 % (n = 22) anketirancev težave trikrat na teden ali več, 15,8 % (n = 19) je imelo takšne težave enkrat do dvakrat tedensko, 10 % (n = 12) pa manj kot enkrat tedensko, 55,8 % (n = 67) z glasnim kašljanjem ali smrčanjem v zadnjem mesecu ni imelo težav. Težave s spanjem, ker jih je zeblo, je v zadnjem mesecu imelo 11,7 % (n = 14) anketirancev manj kot enkrat tedensko, 9,2 % (n = 11) pa enkrat do dvakrat tedensko, 5 % (n = 6) trikrat na teden ali več, 74,2 % (n = 89) s tem ni imelo težav. Težave s spanjem, ker jim je bilo vroče, je v preteklem mesecu imelo 38,3 % (n = 46) enkrat do dvakrat tedensko, 20,8 % (n = 25) trikrat na teden ali več, 16,7 % (n = 20) manj kot enkrat tedensko, takšnih težav pa v preteklem mesecu ni imelo 24,2 % (n = 29) vprašanih. V preteklem mesecu je imelo težave z nočnimi morami 22,5 % (n = 27) manj kot enkrat tedensko, 13,3 % (n = 16) enkrat do dvakrat tedensko, 5 % (n = 6) pa trikrat na teden ali več, težav z nočnimi morami pa ni imelo 59,2 % (n = 71) vprašanih. Zaradi bolečin je v preteklem mesecu imelo težave manj kot enkrat tedensko 15 % (n = 18) vprašanih, 12,5 % (n = 15) pa je težave z bolečinami imelo enkrat do dvakrat tedensko, le 7,5 % (n = 9) pa je imelo bolečine trikrat na teden ali več, večina, 65 % (n = 78), pa ni imela težav s spanjem zaradi bolečin. Kar 60,8 % (n = 73) vprašanih bi na splošno ocenili

svojo kakovost spanja kot dobro, 24,2 % (n = 29) bi jo ocenilo kot slabo, 10,8 % (n = 13) kot zelo dobro, 4,2 % (n=5) pa kot zelo slabo. Večina, kar 93,3 % (n = 112) vprašanih v preteklem mesecu ni vzela zdravil za pomoč pri spanju, 3,3 % (n = 4) je takšno zdravilo vzelo manj kot enkrat tedensko, 1,7 % (n = 2) enkrat ali dvakrat tedensko, 1,7 % (n = 2) pa trikrat na teden ali več.

Nekaj več kot polovica anketirancev (n = 64) navaja, da v zadnjem mesecu ni imelo težav s tem, da bi ostali budni med vožnjo avtomobila, med obrokom ali družabno aktivnostjo, 29,2 % (n = 35) pa je imelo takšne težave manj kot enkrat tedensko. Enkrat do dvakrat tedensko je imelo te težave 12,5 % (n = 15) vprašanih, trikrat na teden ali pogosteje pa le 5 % (n = 6) anketirancev. Največ anketirancev je imelo v preteklem mesecu nekolikšno težavo z voljo za dokončanje določenih zadev (40 %, n = 48), 34,2 % (n = 41) je dokončalo določene zadeve brez težav, 20 % (n = 24) je z dokaj manjšo težavo dokončalo določene zadeve, 5,8 % (n = 7) pa z veliko težavo.

Večina anketirancev ima partnerja, ki spi v isti postelji (76,7 %, n = 92), 16,7 % (n = 20) nima partnerja, 5,8 % (n = 7) ima partnerja, ki spi v drugi sobi, 0,8 % (n = 1) pa jih navaja, da partner spi v isti sobi, ampak ne v isti postelji. Na naslednji sklop vprašanj so odgovarjali anketiranci, ki imajo partnerja, s katerim spijo. Nekaj manj kot polovica anketirancev v preteklem mesecu ni glasno smrčala (43,9 %, n = 43), 26,5 % (n = 26) je glasno smrčalo manj kot enkrat na teden, 18,4 % (n = 18) pa enkrat do dvakrat na teden, 11,2 % (n = 11) vprašanih pa je glasno smrčalo trikrat na teden ali pogosteje. Večina anketirancev (86,7 %, n = 85) v preteklem mesecu ni doživljala med spanjem dolgih pavz med dihanjem, 9,2 % (n = 9) se je to dogajalo manj kot enkrat na teden, 2 % (n = 2) enkrat do dvakrat na teden, 2 % (n = 2) pa trikrat na teden ali pogosteje. Velika večina prav tako v zadnjem mesecu ponoči ni imela težav s tem, da so med spanjem tresli ali trzali z nogami (78,6 %, n = 77), 13,3 % (n = 13) je takšne težave imelo manj kot enkrat tedensko, 6,1 % (n = 6) enkrat ali dvakrat na teden, 2 % (n = 2) pa trikrat na teden ali pogosteje. Druge nemirnosti med spanjem kar 94 % (n = 78) anketirancev v preteklem mesecu ni imelo, 1,2 % (n = 1) je imelo druge nemirnosti med spanjem manj kot enkrat na teden, 2,4 % (n = 2) enkrat ali dvakrat na teden, 2,4 % (n = 2) pa trikrat na teden ali več.

Skoraj tretjina (n = 33) anketirancev je v službi približno 45 ur tedensko, 22,5 % (n = 27) jih navaja, da so v službi 50 ur tedensko, 17,5 % (n = 21) 40 ur tedensko, 12,5 % (n = 15) pa 55 ur tedensko. Največ anketirancev ima v mesecu 5 nočnih turnusov (n = 20, 16,7 %), 14,2 % (n = 17) ima 6 nočnih turnusov, prav tako jih ima sedem turnusov 14,2 % (n = 17) anketirancev, 11,7 % (n = 14) osem in 11,7 % (n = 14) 4 nočne izmene na mesec. Več kot osem nočnih turnusov na mesec ima 5,9 % (n = 7) anketirancev. Nočnega turnusa nima 10 % (n = 12) anketirancev, med 1 in 3 nočne izmene pa ima 8,3 % vprašanih. Odgovora na vprašanje ni podalo 7,5 % (n = 9) anketirancev.

Prvo hipotezo, ki pravi, da je kakovost spanja reševalcev statistično pomembno povezana z njihovo starostjo, delovno dobo, delovnim časom in izmenskim delom smo na podlagi analiz ovrgli. Pri preverjanju druge hipoteze smo ugotovili, da je kakovost spanja nekoliko boljša pri anketirancih, ki nimajo nočnih turnusov ($\bar{x} = 6,92$), kot pri tistih, ki opravljajo tudi nočne izmene ($\bar{x} = 7,63$). V nadaljevanju smo na podlagi statistične značilnosti Mann Whitney testa preverili, ali obstaja razlika v kakovosti spanja glede na opravljanje nočnih izmen. Glede na vrednost ($p = 0,517$), lahko rečemo, da je kakovost spanja pri tistih, ki delajo nočne izmene in pri tistih, ki jih ne, skoraj enaka. oz. ne obstaja statistično značilna razlika v kakovosti spanja med enimi in drugimi. Hipotezo 2, ki pravi, da izmensko delo ponoči vpliva na zaznano kakovost življenja, na podlagi analize ovzremo.

4 Razprava

Spanje je pomemben fiziološki proces, milo rečeno biološka nuja, in ima velik vpliv na zdravje ter pomembno vpliva na kakovost delovnega življenja (Peršolja idr., 2018). Rezultati kažejo na pozitiven trend pri kakovosti življenja tistih, katerih delavnik ne vključuje nočnih izmen. Naša raziskava sicer ne pokaže statistično pomembnih razlik v kakovosti spanja in s tem posledično kakovosti življenja med zaposlenimi, ki opravljajo nočne izmene, in tistimi, ki jih ne. Tako je najbrž zaradi slovenskega modela, kjer je med drugim tudi delodajalec odgovoren za varnost zaposlenih na delovnem mestu (ZVZD-1, 2011) (ZDR-1, 2013), zaradi krajših izmen in manjšega ter razpršenega števila mesečnih nočnih izmen. Naša raziskava je tako na primer v nasprotju z raziskavo, ki sta jo opravila Bentley in Levine (2016), kjer ugotavljajo, da se je delež EMT, ki poročajo o »odličnem« zdravju, od leta 1999 (38,5 %) do leta 2008 znatno zmanjšal (32,2 %) in da so se v zadnjem letu pojavile visoke stopnje težav s spanjem (20–27 %), kar pripisujejo 24-urnem delavniku in natrpanem tedenskem urniku ter stresnim situacijam na delovnem mestu. V Sloveniji je kakovost spanja reševalcev v povprečju dobra. Na podlagi rezultatov anketnega vprašalnika, ki ga je izpolnilo 120 reševalk in reševalcev, smo ugotovili, da je kvaliteta spanja v poprečju dobra saj je več kot šestdeset odstotkov reševalcev kakovost spanja v preteklem mesecu ocenila z oceno dobro. Če se osredotočimo na ugotovitve, ki smo jih dobili z našo raziskavo, in upoštevamo, da slovenski reševalci ne opravljajo tako imenovanega klasičnega izmenskega dela, ampak imajo nočno delo enakomerno razporejeno čez cel mesec, ugotavljamo, da kakovost spanja vpliva na zaznano kakovost življenja.

Pomembno je, da se zavedamo, da je spanje nujno in fiziološko potrebno ter da poskušamo ohranjati delovne pogoje takšne, kot so, in stremeti k temu, da se še izboljšujejo. Ker služba v NMP zahteva 24-urno pokritost, torej izmensko delo in je hkrati tudi stresna, bi v prihodnosti veljalo takšne raziskave razširiti tudi v druga podobna delovna okolja na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, z namenom preprečevanja nastanka poklicnih in drugih bolezni, saj z izboljšanjem zdravja in preprečevanjem nastanka bolezni pri zaposlenih v zdravstveni negi, ter z načrtovanjem kadrovskih in materialnih virov glede na potrebe prebivalstva, lahko zagotavljamo večjo kakovost in dostopnost zdravstvene oskrbe, saj je nenazadnje naš skupni cilj ohraniti in krepiti sistem zdravstvenega varstva, ki v ospredje postavlja pacienta.

Za primerjavo bi bilo potrebno raziskavo ponovno izvesti v določenem časovnem zamiku, po preteku nekaj mesecev oz. let. Raziskave bi veljalo razširiti in kontinuirano izvajati tudi na podobnih delovnih mestih v zdravstvenem sistemu, saj gre za področje, ki ima tudi neposreden vpliv ne le na zadovoljstvo z delom, ampak tudi na varnost in izide povezane z zdravljenjem.

LITERATURA

1. Ben Simon, E. in Walker, M. P. (2018). Sleep loss causes social withdrawal and loneliness. *Nature Communications*, 9 (1). Scopus. <https://doi.org/10.1038/s41467-018-05377-0>
2. Bentley, M. A. in Levine, R. (2016). A National Assessment of the Health and Safety of Emergency Medical Services Professionals. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31 (S1), S96–S104. <https://doi.org/10.1017/S1049023X16001102>
3. Bilban, M. (2013). Nočno delo in vpliv na zdravje. Pridobljeno s http://www.zvd.si/media/medialibrary/2013/10/RDV_2013_01_Nocno_delo.pdf.
4. Boivin, D. B. in Boudreau, P. (2014). Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie Biologie*, 62 (5), 292–301. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2014.08.001>
5. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. in Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28 (2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

6. Carley, D. W. in Farabi, S. S. (2016). Physiology of Sleep. *Diabetes Spectrum: A Publication of the American Diabetes Association*, 29 (1), 5–9. <https://doi.org/10.2337/diaspect.29.1.5>
7. Costa, G. (2010). Shift Work and Health: Current Problems and Preventive Actions. *Safety and Health at Work*, 1 (2), 112–123. <https://doi.org/10.5491/SHAW.2010.1.2.112>
8. Dolenc Grošelj, L. (2018). Spanje, motnje spanja in posledice izmenskega in nočnega dela na zdravje delavcev. Pridobljeno s http://www.zbornica-vzd.si/media/5_L_DolencGro%C5%A1elj-varstvo%20delavcev-motnje%20spanja.pdf.
9. Erren, T. C., Falaturi, P., Morfeld, P., Knauth, P., Reiter, R. J. in Piekarski, C. (2010). Shift Work and Cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (38), 657–662. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0657>
10. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi. (2014). Pridobljeno s [pisrs](http://pisrs.si). <http://pisrs.si>.
11. Kolstad, H. A. (2008). Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers—A critical review of the epidemiologic evidence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34 (1), 5–22. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1194>
12. Kushida (Ur.). (2013). *Encyclopedia of sleep*. Elsevier, Acad. Press.
13. Lajoie, P., Aronson, K. J., Day, A. in Tranmer, J. (2015). A cross-sectional study of shift work, sleep quality and cardiometabolic risk in female hospital employees. *BMJ Open*, 5 (3), e007327–e007327. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007327>
14. Maguire, B. J., Hunting, K. L., Smith, G. S. in Levick, N. R. (2002). Occupational fatalities in emergency medical services: A hidden crisis. *Annals of Emergency Medicine*, 40 (6), 625–632. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.128681>
15. McNamara, P. (Ur.). (2019). What Is Sleep? V *The Neuroscience of Sleep and Dreams* (str. 3–27). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316817094.003>
16. Muha, J. (2018). Spalne navade in vzorci spanja med pacienti v ambulantni družinske medicine (Diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju. Pridobljeno s <https://repozitorij.upr.si/IzpisGradiva.php?id=9666&lang=slv>.
17. Ohayon, M., Wickwire, E. M., Hirshkowitz, M., Albert, S. M., Avidan, A., Daly, F. J., Dauvilliers, Y., Ferri, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scheer, F. A., Somers, V. in Vitiello, M. V. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: First report. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 3 (1), 6–19. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.11.006>
18. Peršolja, M., Mišmaš, A. in Jurdana, M. (2018). Povezava med neprespanostjo in delazmožnostjo zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (1), 8–17. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.1.186>
19. Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. in Dinges, D. F. (2004). The Working Hours Of Hospital Staff Nurses And Patient Safety. *Health Affairs*, 23 (4), 202–212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>
20. Rozman, D. (2017, oktober 6). Cirkadiana ura in cirkadiani ritem. Pridobljeno s <https://old.delo.si/znanje/znanost/cirkadiana-ura-in-cirkadiani-ritem.html>
21. Rozman, D. D. (2015). Vpliv svetlobe na biološki ritem in zdravje človeka. 24. Pridobljeno s <https://www.zrss.si/naravoslovje2015/files/cetrtek-plenarno/Vpliv-svetlobe-na-biološki-ritem-in-zdravje.pdf>.
22. Slovenski medicinski slovar. (2012). [Javno]. Thermania. Pridobljeno s <https://www.thermania.net/slovarji/95/slovenski-medicinski-slovar?page=736&Query=n.#>
23. SSKJ. (2020). [Slovarji Inštituta za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU Različica 7.1]. SSKJ. Pridobljeno s https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika/3598620/spanje?FilteredDictionaryIds=130&View=1&Query=*spanje.
24. Stojan, N. (2014). Kakovost spanja medicinskih sesterin pojavnostvarnostnih zapletov v zdravstveni negi. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
25. Studnek, J. R. in Fernandez, A. R. (2008). Characteristics of Emergency Medical Technicians Involved in Ambulance Crashes. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23 (5), 432–437. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00006166>

26. Van der Ploeg, E. in Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60 (1), i40-46. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40
27. Wise, J. (2009). Danish night shift workers with breast cancer awarded compensation. *BMJ (Clinical research ed.)*, 338, b1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1152>
28. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
29. Zakon o delovnih razmerjih, (2013). Pridobljeno s <http://pisrs.si>.
30. Zakon o varnosti in zdravju pri delu, (2011). Pridobljeno s <http://pisrs.si>.

Vloga medicinske sestre pri opolnomočenju pacientov v pediatrični paliativni oskrbi

KLJUČNE BESEDE: *edukacija, prenos znanja, kakovost življenja, paliativna oskrba otroka, starši.*

POVZETEK - Paliativna oskrba v pediatrični dejavnosti je specializirana oskrba otrok z neozdravljivo boleznijo. Obsega celostno oskrbo otrokovih telesnih težav, vključno z zagotavljanjem duševne in duhovne podpore otroku in družini. S študijo primera smo želeli ugotoviti, kaj obsega koncept opolnomočenja pri delu s pacienti v pediatrični paliativni oskrbi. V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, študijo primera. Izvedli smo nestrukturirani intervju s tremi diplomiranimi medicinskimi sestrami. Pri zbiranju in analizi podatkov smo uporabili kombinacijo deduktivnega in induktivnega pristopa ter zbrane podatke povezali v kategorije in podkategorije. Analizo podatkov smo zaključili z oblikovanjem utemeljene teorije. Z analizo intervjujev smo identificirali tri kategorije s pripadajočimi podkategorijami in kodami: preventivno delovanje, kontinuiteta oskrbe in prepoznani dejavniki tveganja. Kategorije se med seboj povezujejo in zelo vplivajo na vlogo medicinske sestre pri opolnomočenju pacientov in svojcev v pediatrični paliativni oskrbi. Najpomembnejši dejavnik pri paliativni oskrbi otroka je edukacija staršev in otrok ter skrb za ohranjanje čim višje stopnje kakovosti življenja. Ključni dejavnik pri tem so znanje in veščine medicinskih sester, saj z njimi medicinske sestre pridobijo večjo kredibilnost in zaupanje staršev ter otrok v paliativni oskrbi.

KEYWORDS: *education, knowledge transfer, quality of life, palliative care of a child, parents.*

ABSTRACT - Palliative care in pediatric activity is a specialized care for children with an incurable disease. It includes comprehensive treatment of the child's physical problems, including the provision of mental and spiritual support to the child and the family. With our case study, we aimed to find out what the concept of empowerment in working with patients in pediatric palliative care encompasses. In our research we used a qualitative research approach, a case study. We conducted an unstructured interview with three registered nurses. In data collection and analysis, we used a combination of deductive and inductive approaches, and combined the collected data into categories and subcategories. We concluded the data analysis by formulating a grounded theory. Through an analysis of the interviews, we identified three categories with the corresponding subcategories and codes: Preventive action, Continuity of care, and Recognized risk factors. The categories are interlinked and have a great impact on the role of nurse in empowering patients and families in pediatric palliative care. We established that the most important factor in pediatric palliative care is the education of parents and children, and the care for maintaining the highest possible level of quality of life of children during palliative care. The knowledge and skills of nurses are one of the key factors in empowerment, as with them the nurses gain greater credibility and trust of parents and children in palliative care.

1 Uvod

Razvoj zdravstva je spremenil odgovornost posameznika do lastnega zdravja (Bravo idr., 2015). Opolnomočenje prispeva k samostojnemu nadzoru zdravja ter spodbuja ljudi, da prevzamejo odgovornost za lastno zdravje, če so tega sami zmožni (Khuntia idr., 2017). Poleg dela z bolnim otrokom je s tem zdravstvenemu delavcu naložena nova naloga z dodatno odgovornostjo. Imeti je treba dovolj znanja o stroki, razvite dobre komunikacijske spretnosti, znati brehibno opravljati postopke zdravstvene nege, ohranjati spoštljive medsebojne odnose,

imeti potrpljenje in dovolj izkušenj za sodelovanje s starši, ki na povsem različne načine izražajo svojo napetost, strah in zaskrbljenost zaradi bolezni svojih otrok. Individualizirana zdravstvena nega velja za sodobno zdravstveno nego, ki dviguje samospoštovanje in samozavest ter spodbuja motivacijo za njeno delovanje. Samostojnost spodbujamo glede na stopnjo razvoja, starost in bolezensko stanje otroka. Posege izvajamo z možnostjo soodločanja in spoštovanjem do otroka (Oštir, 2014).

2 Pediatrska paliativna oskrba

Pediatrska paliativna oskrba je specializirana medicinska oskrba otrok z neozdravljivo boleznijo. Obsega celostno in aktivno oskrbo otrokovih telesnih težav ter tudi duševno in duhovno podporo otroku in družini. Paliativna oskrba je namenjena otrokom z življenje omejujočo boleznijo, pri kateri je ozdravitev sicer mogoča, a se zaradi težkega poteka bolezni lahko konča s prezgodnjo smrtjo. Primerna je za otroke vseh starosti in v vseh fazah bolezni (Bravo idr., 2015). Dobro organizirana pediatrska paliativna oskrba lahko pomaga vsakemu otroku s težko boleznijo. Omogoča, da otrok in njegovi svojci lažje razumejo cilje in možnosti obravnave, jih opogumlja pri soočanju z boleznijo ter jim poskuša lajšati vsakdanje življenje (Benedik Dolničar, 2015). Osnovno načelo pediatrske zdravstvene nege je v družino usmerjena zdravstvena nega, ki temelji na dinamičnem odnosu med zdravstvenimi delavci in družinskimi člani ter ohranja normalno delovanje družine, kadar njihov otrok zbolí (Oštir, 2014).

3 Opolnomočenje v pediatrski paliativni oskrbi

Potrebe otrok se bistveno razlikujejo od potreb odraslih pacientov, kar zahteva dodatno usposobljenost paliativnega tima. Težka bolezen za otroka ni normalno stanje in je poseben izziv za celotno družino. Razlika je tudi v tem, da otroci med boleznijo rastejo, se razvijajo, zato moramo obravnavo prilagoditi njihovim potrebam glede na razvojno stopnjo otroka. Otroci, ki potrebujejo paliativno oskrbo dalj časa, doživljajo tako kot njegovi vrstniki veliko sprememb, ki so povezane s telesnim, čustvenim in kognitivnim razvojem. Sam paliativni tim mora upoštevati spremembe v načinu komunikacije ter razumevanju otrokovega stanja. Zelo pomembno pri vzdrževanju kakovosti življenja otrok je tudi zagotavljanje izraževanja in možnosti za igro. Zaradi bolnega otroka so prizadeti vsi družinski člani, še posebej starši in sorojenci, za katere je pomembno, da so tudi vključeni v program paliativne oskrbe. Tudi starši so izvajalci paliativne oskrbe, saj bolnega otroka negujejo in sprejemajo pomembne odločitve v procesu paliativne oskrbe (Chambers idr., 2009).

Proces opolnomočenja se deli na tri ravni (Williamson idr., 2016):

- individualno ali psihološko opolnomočenje,
- organizacijsko opolnomočenje in
- opolnomočenje skupnosti.

Bistvo opolnomočenja je, da ga ni mogoče podeliti. Pacienti in zdravstveni delavci morajo sodelovati tako, da ustvarijo pogoje, ki bodo na koncu omogočili opolnomočenje. Predpostavlja se, da bodo opolnomočeni starši in otroci sprejeli racionalnejše odločitve glede zdravljenja za izboljšanje zdravja in dobrega počutja, zmanjšali odvisnost od zdravstvenih delavcev ter prispevali k zmanjšanju stroškov zdravstvenih storitev. Prav tako opolnomočenje temelji na znanju, veščinah, nadarjenosti in izkušnjah osebe, ki opolnomoča (Williamson idr., 2016).

V pediatrski paliativni oskrbi ima veliko vlogo medicinska sestra, predvsem pri prepoznavanju in blaženju simptomov, ki spremljajo bolezen (slabo počutje, bolečina, strah ...), ter pri skrbi za celotno družino. Medicinska sestra mora imeti izkušnje z vodenjem družine med

hospitalizacijo in tudi v domačem okolju. Poznati mora možnosti, kako in kje lahko kakovostno pomaga pacientu in družini (Babnik idr., 2013).

Z raziskavo smo želeli preučiti vlogo medicinske sestre pri opolnomočenju pacienta in svojcev v kliničnem okolju ter njihov odziv na opolnomočenje. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Raziskovalno vprašanje 1: Kaj pomeni pojem opolnomočenje?
- Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je vloga medicinske sestre pri opolnomočenju pacienta in svojcev v pediatriji?
- Raziskovalno vprašanje 3: Kako se na opolnomočenje odzovejo pacient in svojci?

4 Raziskovalna metodologija

V nadaljnjih podpoglavjih so opisane metode in tehnike, ki smo jih uporabili v procesu raziskovanja in na podlagi katerih smo prišli do rezultatov.

4.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop, študijo primera. Za pridobivanje podatkov pri empiričnem delu smo zbrali in analizirali primarne in sekundarne vire. Za pridobivanje sekundarnih informacij smo uporabili strokovno literaturo in bibliografske baze podatkov (PubMed, CHINAL in COBISS), pri čemer smo literaturo skrbno pregledali. Uporabili smo literaturo, ki je bila objavljena v zadnjih desetih letih.

4.2 Opis instrumenta

V raziskavi smo uporabili nestrukturirani vprašalnik, katerega izhodiščno vprašanje je bilo »Kako medicinska sestra opolnomoči svojce in otroka?«. Prvo vprašanje je bilo namenjeno spoznavanju intervjuvank, preostala vprašanja pa smo usmerili v pridobivanje podatkov o opolnomočenju in vlogi medicinske sestre pri tem. Pri postavljanju vprašanj smo uporabili strategijo lijaka in od splošnih vprašanj prehajali k bolj specifičnim.

4.3 Opis vzorca

V raziskavi so sodelovale tri diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene na pediatrični kliniki na treh različnih oddelkih. To so izvajalke zdravstvene nege, ki se vsak dan aktivno srečujejo s pacienti v paliativni oskrbi in njihovimi svojci. Imajo izkušnje pri opolnomočenju pacientov in staršev za izvedbo posegov in intervencij, ki jim bodo zagotovile kakovosten nadzor nad boleznijo in olajšale bivanje v domačem okolju. Povprečna starost udeleženk je bila 37 let, povprečna delovna doba na pediatrični kliniki je znašala 11,33 leta. Pri tem smo se zavedali majhnosti vzorca in tega, da rezultati ne omogočajo posploševanja. A vsekakor so nam rezultati dali osnovo za morebitna nadaljnja raziskovanja obravnavane teme.

4.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Intervju je potekal v časovnem intervalu od 16. do 18. novembra 2020. Pri vsakem intervjuvancu je trajal povprečno 20 minut. Pogovor smo snemali s telefonskim snemalnikom. Glede snemanja intervjuvanke niso imele zadržkov. Intervjuvanke so bile pred izvedbo intervjuja seznanjene z raziskovalnim problemom. Z intervjuvankami smo vzpostavili pristen in sproščen odnos. Intervju je potekal brez motenj. Po zaključenem intervjuju sta sledila prepis in urejanje gradiva v parafrazirani obliki v dokumentu Microsoft Office Word 2007. Intervjuvane osebe so preverile transkripcijo besedila in potrdile avtentičnost svojih odgovorov oziroma so jih po potrebi še dopolnile. Transkripcijo smo najprej večkrat prebrali. Nato je

sledilo določanje kod, oblikovanje podkategorij in kategorij. Kategorije smo tudi definirali na podlagi literature in na koncu vse skupaj utemeljili v razpravi. Vse sodelujoče osebe so bile seznanjene s tem, da je sodelovanje prostovoljno, da ga lahko odklonijo ali kadar koli prekinijo. Zagotovljeno je bilo varstvo osebnih podatkov, saj smo zbrane podatke uporabili le za pripravo tega prispevka. Sodelovanje pri intervjuju je bilo prostovoljno in anonimno. V celotnem postopku raziskovanja smo upoštevali načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

5 Metode

Z analizo intervjujev smo določili 13 kod, ki smo jih združili v pet podkategorij, te pa v tri kategorije. Pregled kod, podkategorij in kategorij smo prikazali v tabeli 1. V prvem stolpcu so prikazane kode, v drugem stolpcu so prikazane podkategorije in v tretjem glavne kategorije. V nadaljevanju so kode, podkategorije in kategorije, ki smo jih določili, tudi opisane.

Tabela 1: Pregled kategorij, podkategorij in kod

Zap. št.	Koda	Podkategorija	Kategorija
1.	Informiranje staršev in komunikacija	Edukacija	Preventivno delovanje
2.	Prenos znanja		
3.	Samooskrba in sodelovanje pacienta	Kakovost življenja	
4.	Nadzor nad simptomi	Vloga zdravstvenih delavcev	Kontinuiteta oskrbe
5.	Obvladovanje bolezni		
6.	Poklicne kvalifikacije		
7.	Dostopnost zdravstvenih delavcev	Socialna podpora	
8.	Timski in individualni pristop		
9.	Skrb in podpora družine		
10.	Sodelovanje med institucijami	Tveganje in ogroženost	Prepoznani dejavniki tveganja
11.	Strah in nezaupanje		
12.	Ovire pri nadzoru bolezni		
13.	Ureditev domačega okolja		

Vir: Lastni vir.

V prvo ugotovljeno kategorijo preventivno delovanje smo uvrstili dve podkategoriji: edukacija in kakovost življenja.

V podkategoriji edukacija smo navedli naslednje kode: informiranje in komunikacija ter prenos znanja.

▫ *Koda: Informiranje staršev in komunikacija*

Informiranje staršev je ena ključnih komponent pri opolnomočenju. Informacije, ki so staršem in otroku podane na njim razumljiv način, bodo prispevale k večji učinkovitosti in razumevanju postopkov. Komunikacija je bistvena. Z umirjeno in sproščeno komunikacijo, ki jo seveda podkrepimo z znanjem, dosežemo večjo učinkovitost pri opolnomočenju.

▫ *Koda: Prenos znanja*

Če želimo, da je bivanje otroka in staršev v domačem okolju kakovostno, jih moramo na to seveda na ustrezen način tudi pripraviti. Učenje je proces, ki nam omogoča, da svoje znanje delimo ali ga pridobimo. Če k ustnim navodilom priložimo tudi pisna navodila, damo staršem in otroku neko oporo za lažje izvajanje postopkov v domačem okolju.

V podkategoriji kakovost življenja smo navedli naslednje kode:

▫ *Koda: Samooskrba in sodelovanje pacienta*

Jasno je, da samooskrba in sodelovanje pacienta zelo pripomoreta k boljši kakovosti življenja. Velik poudarek je tudi na učenju pacienta pri opazovanju samega sebe in opozarjanju staršev in zdravstvenih delavcev na slabo počutje. Bolj ko je pacient zainteresiran za svoje zdravstveno stanje, bolj si bo prizadeval za to, da pripomore k obvladovanju bolezni.

▫ *Koda: Nadzor nad simptomi*

Nadzor nad simptomi je zelo pomemben. Če so starši in otroci dosledni pri opazovanju zdravstvenega stanja, lahko velikokrat preprečijo poslabšanje bolezni in se s tem izognejo neželenim dolgotrajnim hospitalizacijam. Predvsem v paliativni oskrbi je nadzor nad simptomi ključen, velikokrat se starši znajdejo v stiski, ko se bolezen poslabša in pojavijo novi simptomi.

▫ *Koda: Obvladovanje bolezni*

Pri obvladovanju bolezni so zelo pomembna tudi zdravila v različnih oblikah. Zato diplomirane medicinske sestre skušamo starše in otroka poučiti o pravilni aplikaciji in o možnih stranskih učinkih podpirne terapije. Veliko otrok ima vstavljene centralne pristope, s tem se izognemo nenehnemu nastavljanju venskih kanalov.

V drugo ugotovljeno kategorijo kontinuiteta oskrbe smo uvrstili dve podkategoriji: vloga zdravstvenih delavcev in socialna podpora.

V podkategoriji vloga zdravstvenih delavcev smo navedli naslednje kode:

▫ *Koda: Poklicne kvalifikacije*

Diplomirane medicinske sestre se pri svojem delu srečujemo s težavami, ki jih rešujemo v skladu s svojimi kompetencami in z visoko ravno znanja. Prav tako je pomemben pristop do pacienta in svojcev.

▫ *Koda: Dostopnost zdravstvenih delavcev*

Dostopnost zdravstvenih delavcev je zelo pomembna, še posebej, ko gre za oskrbo neozdravljivo bolnega otroka ter so starši v stiski, takrat je dobrodošlo, če vedo, kam in na koga se lahko obrnejo.

▫ *Koda: Timski in individualni pristop*

Na ravni tima se je vedno treba odločiti, kdaj bomo svoje in otroka opolnomočili, pri samem opolnomočenju pa pristopamo individualno. Ljudje smo si različni, zato je treba prilagoditi pristop do posameznika.

V podkategoriji socialna podpora smo navedli kode:

▫ *Koda: Skrb in podpora družine*

Zelo pomembna je tudi podpora drugih članov družine. Velikokrat v pediatrični zdravstveni negi vidimo, da sodelovanje in podpora celotne družine privedeta do pozitivnih rezultatov pri obvladovanju bolezni, kar blagodejno vpliva na otrokovo psihično stanje.

▫ *Koda: Sodelovanje med institucijami*

Pri obravnavi otrok sta potrebni celostna obravnava in koordinacija med ustreznimi službami in institucijami.

V tretjo ugotovljeno kategorijo prepoznani dejavniki tveganja smo uvrstili eno podkategorijo: tveganje in ogroženost, v kateri smo navedli naslednje kode:

▫ *Koda: Strah in nezaupanje*

Na nemoč, strah in nezaupanje se svojci in otrok različno odzovejo. Neustrezna pomoč in pogovor lahko pripeljejo do nekatovostne obravnave, kar otroku in svojcem povzroči dodatne stiske.

▫ *Koda: Ovire pri nadzoru bolezni*

Pri obravnavi otroka se vedno soočamo s starostnimi razlikami in z različno stopnjo razmišljanja in dojetanja, kar je lahko včasih tudi težava, predvsem pri opazovanju zdravstvenega stanja, ko so v domači oskrbi. Starše je treba opozoriti na pomembnost doslednega spremljanja otrokovega zdravstvenega stanja.

▫ *Koda: Ureditev domačega okolja*

Ustrezna ureditev domačega okolja olajša otroku bivanje doma, s čimer se lahko izogne nepotrebni hospitalizaciji.

Zaradi tesne povezave diplomiranih medicinskih sester in svojcev ter pacienta med paliativno obravnavo smo v procesu analize večkrat ugotovili podobne izjave oziroma so se izjave ponavljale, kar je narekovalo, da smo lahko podatke združili. Ugotovljene podkategorije in kategorije predstavljajo vlogo zdravstvenih delavcev pri opolnomočenju staršev in otrok (pacienta).

6 Razprava

Ugotovljeno je bilo, da opolnomočenje ni preprost in poenoten pojem, a je pomemben za izvajanje paliativne obravnave otroka. Z opolnomočenjem prehajajo pacienti in njihovi svojci iz pasivne v aktivno vlogo, prevzemajo odgovornost za svoje odločitve in nadzor nad svojim zdravjem. Razvidno je tudi spreminjanje odnosa med medicinsko sestro in pacientom ter njegovimi svojci, ki postaja vedno bolj partnerski. V takšnem odnosu je več sodelovanja in skupnega sprejemanja odločitev. Pri pregledu literature na temo opolnomočenja smo ugotovili, da te v slovenskem jeziku skoraj ni, a tista, ki je, ne ustreza našemu obravnavanemu primeru. Iz navedenih ugotovitev lahko sklepamo, da je koncept opolnomočenja v slovenskem prostoru nov in še precej neraziskan. Več je literature v angleškem jeziku. Ugotovljamo, da je opolnomočenje kompleksen pojem, da ga je težko definirati in uokviriti, zato se pojavljajo odstopanja že pri definicijah.

Intervjuvanci so opolnomočenje enačili z učenjem in prenosom znanja, kar je tudi pravilno, saj opolnomočenje pomeni tudi učenje in prenos znanja na druge. Za opolnomočenje pa zdravstveni delavec potrebuje veliko poklicnih kompetenc, s katerimi bo dosegel kakovosten prenos znanja na druge. V European Network on Patient Empowerment (2012) je opolnomočenje vseh ljudi in pacientov naloga, ki vključuje in spodbuja interakcije različnih skupnosti, zdravstvenih delavcev in vseh deležnikov, ki na različne načine vplivajo na družbo ter posledično na zdravje in dobrobit posameznika. Predstavljeno je tudi, da je v deklaraciji mednarodnih združenj pacientov (IAPO) opisanih pet načel, ki spodbujajo proces opolnomočenja. To so: spoštovanje, možnost izbire, vključenost pacientov v zdravstveno politiko, dostopnost in podpora ter informacije. Opolnomočenje kot koncept lahko povežemo z načinom, kako posamezniki izboljšajo svoje vsakdanje življenje. Povezano je z razvojem razumevanja in nadzora nad različnimi viri (osebni, družbeni, ekonomski in politični) (Filipovič Hrast in Mandič, 2016).

Iz pridobljenih rezultatov v intervjujih smo ugotovili, da je vloga medicinske sestre pri opolnomočenju velika. Pri preventivnem delovanju lahko z zadostno komunikacijo s svojci in pacientom, učenjem in podajanjem informacij opozori na prepoznane dejavnike tveganja, kot so strah in nezaupanje ter različne ovire, ki se pojavijo pri obvladovanju bolezni in tudi ureditvi domačega okolja, tako da je bivanje otroka doma čim varnejše in prijetnejše. Z zagotovitvijo kontinuirane oskrbe pripomore k boljši kakovosti življenja otrok in svojcev med boleznijo in zdravljenjem.

Pri premagovanju težav si vedno pomaga s pridobljenim znanjem, kompetencami, z izkušnjami, dokazi v praksi ter s sodelovanjem v timu in z drugimi institucijami. Velikokrat je prav medicinska sestra tista, na katero se starši in pacient obrnejo, ko imajo vprašanja glede bolezni in zdravljenja. Medicinska sestra mora biti pri svojem delu suverena, znanje, ki ga prenaša na svojce in otroka, mora biti kakovostno. Zelo je pomembna pri preventivnem delovanju, vedno jih mora opozoriti na morebitne posledice ali stranske učinke zdravljenja. Glede na organizirane dejavnosti medicinska sestra usmerja pacienta in njegovo družino, načrtuje zdravstveno nego ter pomaga pri koordinaciji mreže služb in pomoči na domu. Zaradi narave svojega dela so medicinske sestre največkrat tiste, ki prve prepoznajo in izvedo za stisko pacientov in svojcev. Vzpostavitev stikov zahteva spretno komunikacijo skozi terapevtski odnos, vztrajnost, potrpljenje in empatijo (Maček idr., 2015). Postavljanje pacienta v središče zdravstvene obravnave vključuje tudi večje sodelovanje z njim. Od medicinskih sester se pričakuje, da poslušajo ljudi in se odzovejo na njihove želje ter potrebe. V zadnjem času je opaziti spremembe v odnosu med medicinsko sestro in pacientom, pri čemer njun odnos prehaja iz pokroviteljskega v vedno bolj partnerski odnos. Vedno bolj se izpostavlja avtonomnost posameznika (Griffith, 2016). Čeprav pristop opolnomočenja ni močno uveljavljen, je to ena najpomembnejših nalog, ki bi jih morala medicinska sestra izvajati. Tu pride v ospredje motivacija medicinskih sester ter njihova stopnja dovzetnosti za zavestno opolnomočenje otrok (pacientov). Murphy in sodelavci (2015) in Rasjö Wrååk in sodelavci (2015) pa opozarjajo na ugotovitve, da vsi pacienti ne želijo biti opolnomočeni in zato ne želijo prevzeti odgovornosti za svoje zdravje oziroma za življenje z boleznijo. Dolžnost zdravstvenega delavca pa je, da to odločitev pacienta spoštuje.

Z raziskavo smo ugotovili, da se starši in otroci pozitivno odzovejo na opolnomočenje. Kljub temu je še vedno prisoten strah, saj v domačem okolju nimajo pomoči in nadzora zdravstvenih delavcev, kot je to zagotovljeno v bolnišnici. Opolnomočenje prispeva k samostojnemu nadzoru zdravja ter spodbuja paciente, da prevzamejo odgovornost za lastno zdravje, če so tega zmožni. Medicinske sestre morajo sprejeti pacientovo voljo glede zdravstvene obravnave, ali sploh želi zdravljenje in obravnavo ter na kakšen način. Potrebne je veliko vložene energije in znanja, da bi opolnomočenje na pravi način prenesli na posameznika. Pomembno je posameznika obravnavati kot del družine in zdravstvene intervencije usmeriti tudi v pacientovo družino ter tako doseči boljše rezultate zdravstvene obravnave. Zdravstvene intervencije, osredotočene na družino, ji dajejo možnost sodelovanja pri dejavnostih zdravstvene oskrbe. Zdravstvene intervencije, usmerjene v pacienta in družino, lahko tema prinašajo predvsem koristi. Vpliv intervencij na družinske člane se kaže v zmanjšanju stresa, strahu in depresij. Poveča se zadovoljstvo in izboljšajo odnosi z zdravstvenimi delavci (Park idr., 2018).

7 Sklep

Način opolnomočenja je treba prilagoditi potrebam vsakega posameznika. Glede na to, da medicinske sestre s pacientom preživijo največ časa, sta zelo pomembna način komunikacije ter pristop k pacientu. V pediatrični zdravstveni negi imajo veliko vlogo tudi svojci, ki so zakoniti zastopniki pacientov. Vloga medicinske sestre je zagotoviti kontinuirano zdravstveno oskrbo pacienta, ko ta prehaja iz bolnišnične obravnave v oskrbo na domu. Še zlasti je pomembna kontinuirana obravnava pacienta v paliativni oskrbi. Ločitev otroka od njegovih najbližjih je stresno dejanje, kar ni cilj paliativne oskrbe. Zaradi hitrega napredovanja in poslabšanja bolezni želimo otroku in svojcem omogočiti kakovostno življenje v domačem okolju z njihovimi najdražjimi.

LITERATURA

1. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. in Bratuš, A. (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*: 47 (1), 62–73.
2. Benedik Dolničar, M. (2015). *Slovenska Pediatrija* 22, 89–96. Pediatrična paliativna oskrba.
3. Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G. in McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 15 (1), 252–269. Pridobljeno 12. 11. 2020 z DOI: 10.1186/s12913-015-0907-z.
4. Chambers, L., Dodd, W., McCulloch, R. idr. (2009). A guide to the development of children's palliative care services. In: Johnson M. (ur), ACT/RCPH. 3rd edition. London.
5. European Network on Patient Empowerment, (2012). Patient empowerment-living with chronic disease (pdf). Pridobljeno 19. 11. 2020, s <https://www.careum.ch/documents/20181/68311/Paper+Patient+Empowerment+Enope+Congress+2012/13764448-46d3-442e-ad13-5b6f9e1ef8ca>.
6. Filipovič Hrast, M. in Mandič, S. (2016). Opolnomočenje in kakovost življenja. *Teorija in Praksa*, 53 (2), 409–419.
7. Griffith, R. (2016). The changing nature of the district nurse patient relationship. *Br J Community Nurs* 21 (6), 311–313.
8. Khuntia, J., Yim, D., Tanniru, M. in Lim, S. (2017). Patient empowerment and engagement with health infomediary. *Health Policy and Technology*, 6 (1), 40–50.
9. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2014). Uradni list RS, št. 4/02 (18. 1. 2002). Pridobljeno 20. 11. 2020, s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NEZN196#>.
10. Maček, B., Dernovšek, M. in Kobentar, R. (2015). Trajne osebnostne spremembe pri pacientih v domačem okolju in izzivi za patronažno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 49 (4), 281.
11. Murphy, M., Hollinghurst, S., Turner, K. in Salisbury, C. (2015). Patient and practitioners' views on the most important outcomes arising from primary care consultations: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 16(1), 108–124. Pridobljeno 12. 11. 2020, s DOI: 614.2:616-083(082).
12. Oštir, M. (2014). Netravmatska obravnava otrok in mladostnikov. V M. Oštir (ur), *Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci – skrb za druge in skrb zase* (str. 63–69). Ljubljana, 30. maj 2014. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije, zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
13. Park, M., Giap, TTT., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M. in Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud* 87, 69–83. Pridobljeno 22. 11. 2020, s DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006
14. Rasjö Wrååk, G., Törnkvist, L., Hasselström, J., Wändell, P. E. in Josefsson, K. (2015). Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: a questionnaire survey. *Int Nurs Rev* 62 (2), 187–195. Pridobljeno 10. 11. 2020, s DOI: 10.1111/inr.12174.
15. Williamson, K. M. (2016). Home health care nurses' perceptions of empowerment. *J Community Health Nurs* 24 (3), 133–153.

Koristi zdravstveno vzgojnih programov za ženske v menopavzi – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: menopavza, zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, izobraževanje

POVZETEK - Uvod: Za ženske v menopavzi je pomembno, da imajo na voljo dovolj programov, ki pripomorejo h kakovostnemu življenju v tem obdobju življenja. Metode: Uporabljen je bil pregled literature dostopne v bibliografskih bazah Cobiss, Google Učenjak, EBSCO, PubMed, ProQuest in Obzorniku zdravstvene nege. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje od leta 2010 do 2019, celotno besedilo članka ter jezik besedila slovenščina in angleščina. Rezultati: V končni pregled je bilo vključenih 13 člankov. Največji delež strokovne in znanstvene literature je bil hierarhično uvrščen v nivo 1. Identificirali smo 20 kod in oblikovali dve kategoriji: koristi zdravstveno-vzgojnih programov in vloga medicinske sestre v zdravstveno-vzgojnem delu za ženske v menopavzi. Razprava: Ugotavljamo manjše število domačih raziskav, pomanjkanje informacij in potrebo po več programih, predvsem s področja socialnega zdravja. V prihodnje bi bilo smiselno več pozornosti nameniti razvoju programov z vidika celostnega zdravja, prav tako pa tudi izobraževanju medicinskih sester.

KEY WORDS: menopause, nursing care, education, health education

ABSTRACT - Introduction: For women in menopause it is important to have sufficient programmes that will contribute to quality life during this life period. Methods: A review of literature was used in databases: Cobiss, Google Scholar, EBSCO, PubMed, ProQuest and Obzornik zdravstvene nege. Restrictive criteria was: search from 2010 to 2019, full text on English and Slovenian language. Results: 13 sources were included in final analysis. Of these, hierarchically the highest on the scale were on level 1. We identified 20 codes that were formatted according to content in 2 categories: benefits of health education programs in menopause and role of nurses in healthcare for women in menopause. Discussion: We identify lack of information, deficit of domestic research and the need for more programmes, especially from the social health. In the future, more attention should be given to the development of programmes from the holistic aspect of health and also on nurses education.

1 Teoretična izhodišča

Naravno menopavzo prepoznamo po dvanajstih mesecih amenoreje, ki nastopi brez drugih patoloških ali psiholoških vzrokov (Abernethy, 2008, v Marn Radoš in Ščepanović, 2014). Zaradi številnih sprememb na mnogih življenjskih področjih je lahko v tem obdobju bolj občutljivo fizično in duševno zdravje žensk (Liu idr., 2014). Pomembno je poudariti, da je menopavza fiziološki proces, da pa so ženskam za lajšanje težav lahko v pomoč tako nefarmakološki kot tudi farmakološki ukrepi (Kangau, 2017). Preventivni programi za varovanje reproduktivnega zdravja se v Sloveniji izvajajo na primarni ravni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva. Zdravstvena vzgoja za varovanje reproduktivnega zdravja poteka v oblikah individualnega in skupinskega svetovanja (Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni – neuradno prečiščeno besedilo, 2018). Med ciljne skupine spadajo tudi ženske v perimenopavzi in menopavzi. Za opravljanje tega dela je usposobljen kader dolžan uporabljati sodobne zdravstvene vzgojne metode.

2 Empirični del

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen prispevka je s pregledom literature raziskati koristi zdravstveno vzgojnih programov, ki so namenjeni ženskam za ohranjanje in krepitev zdravja v obdobju menopavze in s tem prispevati h kakovostnem delu medicinskih sester, ki obravnavajo ženske v tem obdobju življenja. Postavili smo si naslednja cilja: preučiti pomen programov, ki se izvajajo za krepitev in ohranitev zdravja žensk v obdobju menopavze in raziskati vlogo medicinske sestre v izvajanju zdravstveno – vzgojnega dela za ženske v menopavzi. Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji:

1. Kakšne so koristi zdravstveno - vzgojnih programov za ženske v času menopavze?
2. Kakšna je vloga medicinske sestre v izvajanju zdravstveno – vzgojnega dela za ženske v menopavzi?

3 Raziskovalna metodologija

3.1 Metode pregleda literature

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače in tuje znanstvene literature. Dostopne v podatkovnih bazah: PubMed, EBSCO, ProQuest in Obzornik zdravstvene nege. Uporabili smo ključne besede: menopavza, zdravstveno varstvo v menopavzi, zdravstveno – vzgojni programi v menopavzi, medicinska sestra. V podatkovni bazi EBSCO smo uporabili Boolov operator »AND« s katerim smo povezali »menopause« AND »health education« in »menopause« AND »workshops« AND »health education«. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje objav od leta 2010 do 2019, celotno besedilo članka, recenzirani članki ter jezik besedila slovenščina in angleščina.

3.2 Rezultati pregleda

S pregledom literature smo dobili 27.362 zadetkov. Po upoštevanju omejitvenih kriterijev smo v polnem besedilu pregledali 76 zadetkov. 63 smo jih izključili in tako dobili za končno analizo 13 člankov.

3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Dobljene zadetke smo pregledali in jih ovrednotili s pomočjo hierarhije dokazov po Polit in Beck (2018), ki razvrščata literaturo v osem nivojev. V nivo 1 spada osem raziskav, v nivo 3 spada ena raziskava, tri raziskave spadajo v nivo 7, v nivo 8 spada ena raziskava. Raziskovalni dizajni v raziskavo vključenih raziskav so razvidni iz tabele 1. Vsebino člankov smo analizirali in oblikovali kode in kategorije.

4 Rezultati

V tabeli 1 so predstavljeni rezultati pregleda literature (podatki o avtorjih, letnice objav, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja raziskovalcev), ki smo jih vključili v raziskavo.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Bostock - Cox	2015	Sistematični pregled opisnih raziskav	10 raziskav, Velika Britanija	Medicinske sestre imajo mizjemno pomembno vlogo v informiranju in svetovanju o vprašanjih, povezanih z menopavzo; pogosto so prvi vir informacij. Za kakovostno informiranje je ključno razumevanje in poznavanje simptomov.
Cooper	2016	Pregled literature in kvantitativna raziskava	Ženske med 35-55 let, ki so doživele "naravno" menopavzo	Ugotovljajo, da so ženske večino informacij pridobile preko interneta. Ženske menijo, da bi potrebovale več informacij s strani zdravstvenih delavcev
Friedrich in Goluch-Koniuszy	2017	Kvantitativna vsebinska analiza	Vključenih 37 žensk, Univerze Third Age v Szczecinu, v starostnem obdobju od 60-85, s povprečnim indeksom telesne mase 31,8 kg/ m2.	Raziskava je pokazala, da je praktcirana edukacija o prehrani vodila do sprememb v počutju žensk. 4-mesečni izobraževalni program je zajemal različne teme: osnovne informacije o prebavnem sistemu, spremembe tekom staranja in dietna priporočila za starejše osebe, prehranska priporočila in dopolnila.
Gregorin in Ramšak Pajk	2016	Kvantitativni in kvalitativni pristop. Tehnika zbiranja podatkov –intervju, delno strukturirani vprašalnik	120 žensk, od 45-60 let, z izbranim zdravnikom /zasebnikom. Dejavnost - zdravstveno varstvo odraslih, ki obsega preventivo, zgodnje odkrivanje, zdravljenje bolezni ali poškodb. Slovenija.	Večina anketirank svoje zdravje ocenjuje kot dobro ali zelo dobro. Imajo pozitiven odnos do zdravja, saj večina za svoje zdravje dobro skrbi in imajo zdrav življenjski slog. Zavedajo se, da za svoje zdravje veliko lahko storijo same. Anketiranke so večkrat izrazile potrebo po več informacijah. Navajajo zlasti pomanjkanje informacij s strani zdravstvenih delavcev
Kangau	2017	Pregled literature	54 raziskav.	Iz rezultatov pregleda raziskav je razviden pomen strategij promocije zdravja, vloga izobraževanja in rutinskih obiskov v sklopu zdravstvenega varstva. Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri nudenju informacij za lažje obvladovanje sprememb in težav žensk v menopavzi.
Kopčavar Guček	2015	Pregled literature	25 raziskav, Slovenija	Potrebna individualna in multidisciplinarna obravnava. Edukacija in svetovanje glede življenjskega sloga lahko bistveno izboljša kvaliteto življenja.

Kržišnik	2013	Kvantitativna raziskava	83 udeležencev (65 žensk) šol zdravega hujšanja v zdravstvenih domovih Osnovnega zdravstva Gorenjske in Zdravstvenem domu Ljubljana – Polje. Slovenija.	Ciljno zmanjšanje telesne teže je doseglo 59,1% anketiranih. Tedenska gibalna aktivnost udeležencev je ob zaključku šole hujšanja pogostejša kot ob začetku. Več kot polovica udeležencev je spremenila tako gibalne kot prehranske navade.
Liu, idr.	2014	Kvalitativna raziskava	1.351 žensk, starih 40–59, Kitajska	Med intervjuvanimi ženskami so ugotovili, da so imele po menopavzi več težav z mobilnostjo, običajno dejavnostjo in težave s samopomočjo. Pozitivne učinke na izboljševanje simptomov kaže telesna aktivnost oz. telovadba.
Ljubič	2013	Pregled literature	42 raziskav, Slovenija.	Medicinska sestra lahko uporabi prilagoditveni model Calliste Roy in ga vključi v delo z ženskami v menopavzi, saj je doživljanje menopavze povezano s percepcijo lastnih telesnih sprememb in predstavami o menopavzi. Te so rezultat socialnih, političnih in kulturnih navad, izročila ter vplivov okolja.
Marn Radoš in Ščepanović	2014	Pregled literature	33 raziskav, Slovenija.	Pokazal se je pozitiven vpliv redne telesne dejavnosti na izraznost simptomov, ki so posledica pomanjkanja estrogena v telesu žensk v pomenopavzi. Redna telesna dejavnost ima najboljši vpliv na kardiovaskularni sistem, mentalno zdravje, urinsko inkontinenco in osteoporozo.
Pepić	2012	Kvalitativna raziskava	120 anketirank iz Zdravstvenega doma Ljubljana –Vič in Bolnišnice za ginekologijo in porodništvo Kranj, Slovenija	V prihodnosti bi bilo potrebno več pozornosti usmeriti v boljše in kvalitetnejše izobraževanje (poučevanje) žensk. V raziskavi so ugotovili primanjkljaj zdravstveno vzgojnega delovanja predvsem na področju menopavze in klimakterija ter raka na materničnem vratu in dojkah.
Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni	2011	/	Slovenija.	Podana so navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Opisana je vsebina programov, oblike in metode dela in vloga medicinske sestre.

Sprague	2010	Mnenje avtorja	Avstralija	Medicinske sestre predstavljajo pomembno vlogo v nujenju informacij ženskam v obdobju menopavze. Program »menopause and beyond« je deležen veliko pozitivnih kritik. Razvili so ga z namenom, da nudijo ženskam potrebne informacije o težavah in načinih kako le-te preprečiti.
Senba in Matsuo	2016	Nerandomizirana kvalitativna raziskava	22 žensk v menopavzi, starih od 45-65 let, ki so se udeležile šestih seminarjev in 30 žensk, ki so izvajale "nadzor". Japonska	S pomočjo programa se je spremenil kognitivni vidik funkcioniranja žensk v menopavzi, kar se je pomembno odražalo v stalnem izboljšanju simptomov menopavze, kakovosti življenja in aktivnostih avtonomnega živčnega sistema.

Skupno smo identificirali 20 kod, ki smo jih glede na njihovo vsebino in lastnosti razvrstili v dve kategoriji: koristi zdravstveno-vzgojnih programov in vloga medicinske sestre v zdravstveno-vzgojnem delu za ženske v menopavzi. V spodnji tabeli 2 so prikazane kategorije, kode in avtorji.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Koristi zdravstveno vzgojnih programov v menopavzi	Izboljšanje kakovosti življenja-zmanjševanje simptomov-razumevanje dogajanja- pridobivanje izkušenj-aktivnost avtonomnega živčnega sistema-telesno zdravje-obvladovanje somatskih (vročinski oblivi, srčno žilne bolezni, osteoporoza, urogenitalni trakt.), psihično zdravje-(tesnoba, stres, depresija, obvladovanje kriz)-spolnost Število kod = 8	Cooper (2016); Gregorin in Ramšak Pajk (2016); Friedrich in Goluch-Koniuszy (2017); Kangau (2017); Kopčavar Guček (2015); Kržišnik (2013); Liu idr. (2014); Ljubič (2013); Marn Radoš in Ščepanović, (2014); Senba in Matsuo, (2010).
Vloga medicinske sestre pri zdravstveno vzgojnem delu za ženske v menopavzi	Primarno zdravstveno varstvo-zdravstvena nega-zdravstvena vzgoja-pomembnost vloge-kompetence-motivacija-podpora-vzpodbude-informiranje-izobraževanje-pomanjkanje znanj-lastno izobraževanje Število kod =12	Bostock - Cox (2015); Cooper (2016); Gregorin in Ramšak Pajk (2016); Kangau (2017); Ljubič (2013); Pepić (2012); Senba in Matsuo (2010); Sprague (2011); Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (2018)

5 Razprava

Pri pregledu koristi zdravstveno – vzgojnih programov za zdravje žensk v obdobju menopavze smo prišli do različnih ugotovitev. The Women's Health Information Centre že od leta 2003 izvaja izobraževalni program 'Menopause & Beyond'. S pomočjo raziskav in intervjujev so ugotovili, da so ženske zelo zadovoljne s programom, saj so dobile veliko koristnih znanj, imajo možnost spregovoriti o izkušnjah in jih med seboj deliti in tako pridobiti nove informacije za lažje premagovanje težav ter tako bolj kakovostno življenje (Sprague, 2011, str. 41). Tudi

raziskava, ki sta jo izvedla Friedrich in Goluch - Koniuszy (2017, str. 253–260), je prinesla pozitivne rezultate štirimesečnega izobraževalnega programa o zdravem načinu življenja in prehrani. Potek programa in s tem sprememba v načinu prehranjevanja je pomembno vplivala na antropološke meritve tako kot tudi na nivo lipidov v krvi, kar tudi zniža možnost za srčno-žilne bolezni. Kopčavar Guček (2015) ugotavlja, da sta se edukacija in predvsem skupinska terapija izkazali za zelo uspešni orodji pri soočanju z menopavzo. Ker so z udeležbo na skupinskih terapijah in edukacijah ženske lahko pridobile več informacij in s tem boljše razumevanje sprememb povezanih z menopavzo, se zmanjša strah pred tem življenjskim obdobjem. Zato so bili pozitivni učinki merljivi ne samo neposredno po terapiji ampak tudi leto dni po njej.

Senba in Matsuo (2010, str. 561–569) sta opravila raziskavo z ženskami v obdobju menopavze, ki so bile deležne izobraževalno zdravstveno – vzgojnega programa, zasnovanega tako, da spodbuja lažje in boljše razumevanje psiholoških ter fizičnih sprememb, ki se dogajajo v obdobju menopavze. Cilj je bil, da bi bile ženske zmožne skrbeti za svoje zdravje, ga nadzorovati in/ali odpravljati ali izboljševati menopavzalne simptome. Ugotovili so pozitivne učinke programa, ki je dolgoročno olajšal simptome menopavze med ženskami, ki so v »normalnem« psihološkem stanju. Simptomi menopavze so se nenehno izboljševali, ko so ženske obogatile svoje kognitivno delovanje z razumevanjem psihosomatskih značilnosti menopavze in pridobivanjem novih spretnosti v krepitvi zdravja. Posledično oz. obenem pa se je zaradi olajšanja simptomov menopavze izboljšala tudi kakovost življenja.

V drugi kategoriji smo opredelili vlogo medicinske sestre pri zdravstveno – vzgojnem delu za ženske v menopavzi. Zdravstveno – vzgojni programi so pomembni, saj posameznici pomagajo oblikovati znanja, stališča in vedenja za zdrav način življenja ter spreminjati njen življenjski slog. Da pa bi začeli aktivno skrbeti za svoje zdravje, je torej glavni namen zdravstvene vzgoje spodbuditi posameznike (individualni pristop) ali skupine (skupinski pristop) k spremembam življenjskega sloga (Luznar, 2002, v Kržišnik, 2013). Kompetenca medicinske sestre je, da ima razvito razumevanje vpliva menopavze na žensko (Kangau, 2017). Sama vloga medicinske sestre je pri zdravstveni vzgoji ključnega pomena, saj mora izvajati promocijo zdravja in z zdravstveno – vzgojnim delom poskrbeti, da so ženske ozaveščene in da imajo kar se da odgovoren odnos do lastnega zdravja. Pomembno je, da medicinska sestra obdobje menopavze ženskam predstavi kot realnost in kot čas novih možnosti z novimi prednostmi in potrebami. Ker je medicinska sestra glavna nosilka zdravstveno – vzgojnega dela, mora skupaj z žensko ugotoviti njene potrebe, da najdeta pravo pot, kako bi simptome omilili oz. odpravili (Pepić, 2012; Ljubič, 2013). Bostock - Cox (2015, str. 10–14) in Ljubič (2013) pravita, da je naloga medicinske sestre spodbujati ženske k izboljševanju življenjskega sloga (zdrava prehrana, telesna dejavnost, prenehanje kajenja ter pitja alkohola). Medicinska sestra je prva v zdravstvenem timu, ki pride v stik z žensko, zato mora poskrbeti za lastno izobraževanje, da lahko ženskam nudi kakovostne strokovne informacije podprte z dokazi (knjige, pisma, videoposnetki). Le tako jih lahko pravilno usmerja (Ljubič, 2013). Pomembno je tudi sprotno preverjanje, kako ženske te informacije razumejo: razumevanje je pogoj, da jih bodo znale prav in koristno uporabiti in preišljeno sprejemati odločitve za zdrav način življenja. Zdravstveni delavci morajo ženski znati razložiti, kaj se dogaja z njenim telesom in ji tudi pomagati pri lajšanju težav oz. ji znati svetovati, kako naj to sama stori. Svetovanje obsega vsebine o zdravem načinu življenja, ki vključuje npr. primerno in pravilno prehrano, dovolj gibanja in drugo (Petkovič, 2007, v Gregorin in Ramšak Pajk, 2016). Zdravstvena vzgoja, svetovanje in izobraževanja so pomembna za ženske, ki kažejo pomanjkanje znanja o menopavzi, saj na ta način lahko pridobijo pozitivno izkušnjo menopavze (Cooper, 2016).

5.1 Omejitve raziskave

Izkazalo se je, da je tema koristi zdravstveno vzgojnih programov za ženske v menopavzi v slovenskem prostoru manj raziskana, kar utemeljujemo z nižjim številom dobljenih zadetkov. Ob tem pa omejitev predstavljal tudi omejen dostop do plačljivih člankov. Zaradi tega smo vključili nekaj virov, ki so nizko na lestvici hierarhije dokazov.

5.2 Doprinos k praksi ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pregled literature pomeni prispevek za kakovostno izvajanje preventivne prakse in aktivnosti povezanih z menopavzo. Ugotavljamo, da je potrebnih predvsem več raziskav na temo kompetenc in vloge medicinskih sester v izobraževanju žensk v tem obdobju življenja v povezavi z raziskavami o zdravstveno vzgojnimi programi, ki se izvajajo za ženske v obdobju menopavze. Potrebno bi bilo pridobiti informacije o izobraževalnih potrebah žensk s celostnega vidika zdravja in medicinskih sester s področja menopavze. Rezultati bi pomembno prispevali h kakovostnemu načrtovanju in pripravi edukacijskih programov za ženske v menopavzi kot tudi v načrtovanju izobraževalnih vsebin za medicinske sestre. Nenazadnje bi bilo z vidika kakovosti programov in poenotenja prakse smiselno razmišljati tudi o pripravi nacionalnih smernic oziroma priporočil za edukacijske programe in intervencije v tem življenjskem obdobju.

Menimo in predlagamo, da bi bile potrebne. S tem bi storili korak v smeri izboljšanja zdravja žensk v tem starostnem obdobju.

6 Sklep

Ustrezna edukacija žensk v obdobju menopavze pripomore k lažjemu in boljšemu razumevanju ter obvladovanju težav in s tem h kakovostnemu življenju. Zastavlja se vprašanje, koliko je populaciji žensk v tem starostnem obdobju resnično posvečene pozornosti. Glede na raziskave kaže, da je drugim obdobjem življenja npr. rodno obdobje – nosečnost (programi priprave na porod in starševstvo) v zdravstveno vzgojnem smislu posvečeno več pozornosti. Svetovanja in izobraževalni zdravstveno-vzgojni programi predstavljajo ženskam v menopavzi vir podpore in pomoči. Z ustreznimi oblikami in metodami dela spodbujajo ženske k zdravemu načinu življenja. Večina zdravstveno-vzgojnih programov je vsebinsko usmerjena na varovanje telesnega zdravja (zdrava prehrana, gibanje), nekoliko manjša pozornost je namenjena duševnemu zdravju (obvladovanje stresa, tesnobe, depresija), socialno zdravje predstavlja dokaj ali povsem zanemarjeno področje. V prihodnosti je pomembna naloga stroke zdravstvene nege raziskovanje in skrb za razvoj raznovrstnih in celostnih oblik in programov, ki bodo namenjeni ženskam v obdobju menopavze. Ob tem pa je zagotovo ena od pomembnih prioritet tudi ustrezna izobrazba oz. izobraževanje medicinskih sester.

LITERATURA

1. Bostock - Cox, B. (2015). Focus on women's health: The menopause. *Practice Nurse*, 45 (5), 10–14.
2. Cooper, J. J. (2016). *The Self-directed Learning Actions of Women Regarding the Menopause Transition* (Doktorska disertacija). Tampa: University of South Florida.
3. Friedrich, M. in Goluch - Koniuszy, Z. (2017). The effectiveness of nutritional education among women aged 60-85 on the basis of anthropometric parameters and lipid profiles. *Rocz Pantsw Zakl Hig*, 68 (3), 253–260.
4. Gregorin, J. in Ramšak Pajk, J. (2016). Stališča in izkušnje žensk z menopavzalnim obdobjem in njihov odnos do zdravja: opisna raziskava. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 50 (4). Pridobljeno s <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.119>.

5. Kangau, H. (2017). Menopause: Health promotion strategies from a nursing perspective (Diplomsko delo). S.l.: Arcada.
6. Kopčavar Guček, N. (2015). Klimakterične težave in možnosti zdravljenja. V K. Geršak (ur.), Menopavzna šola 2015: zbornik prispevkov strokovnega izobraževanja. Ljubljana: Slovensko menopavzno društvo.
7. Kržišnik, S. (2013). Uspešnost šole zdravega hujšanja z vidika spremembe prehranskih in gibalnih navad (Diplomsko delo). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Liu, K., Liu, H., Tang, X., Wang, J., Li, N., Wu, Y., Marshall, R., Li, J., Zhang, Z., Liu, J., Xu, H., Yu, L. in Hu, Y. (2014). Relationship between menopause and health-related quality of life in middle-aged Chinese women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 14, 7.
9. Ljubič, J. (2013). Uporabnost prilagoditvenega modela Calliste Roy pri ženskah v menopavzi (Diplomska naloga). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
10. Marn Radoš, M., in Ščepanović, D. (2014). Telesna dejavnost in zdravje žensk v pomenopavzi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 48 (4).
11. Pepić, J. (2012). Zdravstveno vzgojno delo v ginekološkem dispanzerju (Diplomsko delo). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
12. Polit, D. F. in Beck, T. C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nurse Practice*. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
13. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, (2018). Uradni list Republike Slovenije, št. 57 (24. 8. 2018). Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?sop=2018-01-2826>.
14. Senba, N. in Matsuo, H. (2010). Effect of a health education program on climacteric women. *Climacteric*, 13, 561–569.
15. Sprague, G. (2011). Menopause and beyond. *Australian Nursing Journal*, 18 (9), 41.

Potencialne negovalne diagnoze pri otroku, vključenem v dializno zdravljenje

KLJUČNE BESEDE: kronična ledvična bolezen, potencialne negovalne diagnoze, NANDA-I, pomen prehrane, pomen vnosa tekočin, medicinska sestra

POVZETEK - Kronična ledvična bolezen je pri otrocih manj pogosta kot pri odraslih. Zanj je značilno kopičenje kalija v krvi, prisotnost beljakovin v urinu, zaostanek v rasti, motnje presnove mineralov in izgubljanje elektrolitov. Prehrana in vnos tekočine pri otroku predstavljata večplasten problem. Za reševanje negovalnih problemov je odgovorna usposobljena medicinska sestra s strokovnim znanjem. Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja in deskriptivni metodi dela. Na podlagi pregledane zdravstveno-negovalne dokumentacije otroka s kronično ledvično boleznijo za obdobje 2002–2019 smo naredili študijo primera. Z uporabo NANDA-I smo opredelili potencialne negovalne diagnoze, s katerimi bi se lahko naš pacient glede na bolezen soočil. Ugotovili smo, da se pacient s kronično ledvično boleznijo srečuje s številnimi potencialnimi negovalnimi diagnozami, ki so ga pripeljale do negovalnih diagnoz, usmerjenih v problem. Ugotavljamo, da diplomirana medicinska sestra z načrtovanjem zdravstvene nege vpliva tudi na razvoj negovalnih diagnoz in pripomore h kakovostnejšemu življenju pacienta v času zdravljenja bolezni. Skupaj s pacientom smo na koncu pregledali vse potencialne negovalne diagnoze in ugotovili, katere med njimi so se kasneje zgodile in bile zavedene kot negovalne diagnoze, usmerjene v problem. Da pa bi pacientu s kronično ledvično boleznijo ob upoštevanju priporočil in navodil zagotovili kar najbolj kakovostno življenje, je potrebno k temu pristopati celostno, negovalne probleme pa reševati po procesni metodi dela na podlagi individualnega načrta zdravstvene nege.

KEYWORDS: Chronic kidney disease, potential nursing diagnoses, NANDA-I, importance of diet, importance of fluid intake, nurse

ABSTRACT - Chronic kidney disease is less common in children than in adults. It is characterized by accumulation of potassium in the blood, the presence of protein in the urine, stunted growth, disorders of mineral metabolism and loss of electrolytes. Nutrition and fluid intake in a child is a multifaceted problem. A trained nurse with expertise is responsible for solving nursing problems. The research was based on a qualitative research method and a descriptive method of work. Based on a review of the nursing records of a child with chronic kidney disease for the period 2002-2019, we conducted a case study. Using NANDA-I, we identified potential nursing diagnoses that our patient might face depending on the disease. We found that a patient with chronic kidney disease encounters a number of potential nursing diagnoses that have led to problem-oriented nursing diagnoses. We find that a graduate nurse, by planning nursing care, also influences the development of nursing diagnoses and contributes to a better quality of life for the patient during the treatment of the disease. Together with the patient, we finally reviewed all potential nursing diagnoses and identified which ones occurred later and were misled as problem-oriented nursing diagnoses. However, in order to avoid this and ensure the best possible quality of life for the patient, taking into account the recommendations and instructions, a patient with chronic kidney disease needs to be approached holistically and nursing problems solved according to the process method based on an individual nursing plan.

1 Kronična ledvična bolezen in proces zdravstvene nege

Ledvična bolezen je nema in poteka skoraj brez kliničnih simptomov, še posebej v začetnih fazah, vendar pa je jasno, da lahko v primeru nepravočasnega odkritja napreduje do končne ledvične odpovedi in se tako konča s smrtjo. Če jo odkrijemo zgodaj, lahko z ustreznim zdravljenjem preprečimo zaplete kronične ledvične odpovedi (KLB) ali pa jih vsaj omilimo in

upočasnim napredovanjem do končne ledvične odpovedi (KLO). Pacienti s KLB imajo kar nekaj negovalnih problemov, ki jih lahko pripeljejo do potencialnih negovalnih diagnoz, zato smo nekatere od njih v raziskavi predstavili po posameznih fazah procesa zdravstvene nege. Diplomirana medicinska sestra ima v procesu zdravstvene nege otroka z obolenjem ledvic pomembno nalogo, saj z opravljenimi zdravstveno-negovalnimi intervencijami otroku zagotovi udobje, pri tem pa spoštuje njegove čustvene in fizične sposobnosti. Pomembno vlogo ima tudi pri zdravstveno-vzgojnem delu staršev.

1.1 Okvara ledvic in nadomestna zdravljenja

Ko prizadetost ledvic napreduje, se pojavijo simptomi zaradi zapletov, ki nastanejo ob zmanjšani glomerulni filtraciji, kot so povišan krvni tlak, slabokrvnost, proteinurija, zaostanek v rasti, motnje presnove mineralov in kosti, metabolna acidoza, izgubljanje elektrolitov in hiperkaliemija (Meglič in Novljan, 2013, str. 467).

KLB je pri otrocih izrazito manj pogosta, vsi vzroki so drugačni kot pri odraslih, vendar je kljub vsemu pomemben zdravstveni problem otrok in mladostnikov. Ledvična okvara vse življenje napreduje in pogosto pripelje do KLO. Način in hitrost napredovanja sta odvisna od vzroka KLB, torej od osnovne bolezni. Najpogostejši vzroki KLO pri otrocih so podedovane nepravilnosti sečil, ki so kar v 50–60 % vzrok KLB, kar velja predvsem za otroke do 5. leta starosti. Vzroki KLB se s starostjo spreminjajo, v adolescenci se tako poveča pogostost vnetja drobnih ledvičnih filtrirnih enot (glomerulonefritis) (Battelino, 2015, str. 267–268).

Pri KLB je pogost zaplet zaostanek v razvoju in rasti otroka in se z napredovanjem bolezni še stopnjuje. 30–50 % otrok ima zaostanek v rasti že pred dializnim zdravljenjem (Meglič in Novljan, 2013, str. 468). Pri 4. in 5. stopnji kronične ledvične bolezni upade izločanje urina, s čimer se zniža filtracija natrija z urinom, presežek natrija pa občutimo kot žejo. To je lahko nevarno, saj lahko pacient hitro zaužije preveč tekočine, kar pa lahko vodi do povišanja krvnega tlaka in pljučnega edema (Simunič, 2013, str. 10).

Dializni bolniki naj bi dnevno zaužili do 1000 ml tekočine s hrano in 200 ml tekočine s pijačo, temu pa se lahko doda še količino dnevne diureze, če imajo funkcijo diureze še nekoliko ohranjeno. Dializnemu bolniku moramo določiti telesno težo, ki je ne sme preseči, prav tako se ta naj ne bi med dvema dializnima postopkoma povečala za več kot 3 % (Rabuzza in Mesojedec, 2013, str. 20). Nadomestno zdravljenje potrebujejo otroci, pri katerih je glomerulna filtracija (GRF) nižja od 10 ml/min/1,73m², in otroci z neobvladljivo hiperkaliemijo, zvišanim krvnim tlakom, acidozo in slabo prehranjenostjo.

Metode nadomestnega zdravljenja KLO pa so (Meglič in Novljan, 2013, str. 469):

- Hemodializa: da lahko otroka zdravimo s hemodializo, moramo še pred končno odpovedjo ledvic pripraviti ustrezen žilni pristop. Žilna pristopa sta lahko dializni osrednji kateter (OVK) ali arteriovenska fistula (AV fistula), ki omogoča združitev vene in arterije in za katero je zaželeno, da je pripravljena še pred končno odpovedjo ledvic. V hemodializatorju poteka izmenjava snovi med krvjo in dializno tekočino z difuzijo in ultrafiltracijo, pri tem pa poteka izločanje odpadnih in dodajanje koristnih snovi iz in v telesne tekočine. Vzdržuje ravnotežje vode in elektrolitov, uravnava kislinsko-bazično ravnovesje (Železnik idr., 2012, str. 12).
- Peritonealna dializa: gre za izločanje odpadnih in dodajanje koristnih snovi iz in v telesne tekočine preko peritoneja. Že od leta 1978 je to uspešen način, predvsem pri otrocih, starih do pet let in s telesno maso < 15 kg, izvaja pa se tudi takrat, ko je vzpostavitev trajnega žilnega dostopa onemogočena (Bremec, Djurić, Travnikar Pouh, Hostnik in Drozdek, 2018, str. 44).

- Presaditev ledvice: to ni dokončna rešitev, saj se pri otrocih pogosteje povrne osnovna bolezen na presadku kot pri odrasli populaciji, medtem ko kombinacija z imunosupresivnim zdravljenjem zmanjša morebitne zavrnitvene reakcije in s tem omogoča boljše preživetje presadka (Batelino, 2015, str. 272–273).

1.2 Proces zdravstvene nege, vloga diplomirane medicinske sestre in negovalne diagnoze pri otrocih s kronično ledvično odpovedjo

Zdravstvena nega predstavlja osnovno obravnavo pacienta s fizičnimi, psihičnimi, socialnimi in duhovnimi potrebami ter vrednotami. Spodbuja ga k aktivnemu sodelovanju pri zdravstveni negi, pri tem pa spoštuje njegove želje in odločitve, ki ga lahko privedejo do samostojnosti pri njegovih življenjskih aktivnostih (Železnik, 2010, str. 18).

Proces zdravstvene nege (PZN) je načrt razvrstitve negovalnih ukrepov, ki omogočajo posamezno oskrbo bolnika z določeno boleznijo. Proces zdravstvene nege je fazni proces, pri katerem lahko diplomirana medicinska sestra prehaja med fazami naprej in nazaj, ker lahko faze potekajo zaporedno ali pa se prepletajo, zajema pa šest faz, in sicer: ocenjevanje, negovalne diagnoze, postavljanje ciljev, načrtovanje zdravstvene nege, izvajanje zdravstvene nege in vrednotenje (Heather Herdman, 2019, str. 46).

Temelj PZN je dosleden, razumljiv in razsoden način dela za iskanje in reševanje težav pacienta, za katerega je pooblaščen medicinska sestra. Namen procesa zdravstvene nege je celostna in individualna obravnavo pacienta. Procesna metoda dela nam omogoča sistematično, organizirano in kontinuirano zdravstveno nego, zagotavlja kakovostno zdravstveno nego, obvezno je dokumentiranje, ki omogoča vidnost in razpoznavnost aktivnosti zdravstvene nege vsem članom tima, vpliva na izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester, doprinaša k profesionalizaciji zdravstvene nege, omogoča individualno in celovito obravnavo človeka, izboljšuje komunikacijo vseh udeležencev v procesu zdravstvene nege, spodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju, kar mu daje občutek upoštevanja njegove individualnosti, pomembnosti in odgovornosti (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 70).

1.3 Negovalne diagnoze v procesu zdravstvene nege pri otroku s kronično ledvično boleznijo in uporaba NANDA-I

Negovalna diagnoza predstavlja strokovno oceno odziva posameznika, družine ali skupnosti na dejanske ali potencialne probleme pri bolnikovem življenjskem procesu. Negovalna diagnoza je presoja ali rezultat ocenjevanja medicinske sestre in je avtonomni del zdravstvene nege (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 138–139).

NANDA-I taksonomija omogoča metodo klasificiranja in kategorizacijo aktivnosti v zdravstveni negi. V NANDA-I taksonomiji je 244 negovalnih diagnoz, ki so razvrščene v 13 domen in 47 razredov. Domene so npr. aktivnost, počitek, toleranca na stres, izločanje in prehrana idr., te pa so razdeljene še na razrede, ki združujejo skupine negovalnih diagnoz s podobnimi značilnostmi. Poznamo štiri vrste negovalnih diagnoz, in sicer:

- Negovalna diagnoza, usmerjena v problem: klinična presoja neželenih človeških odzivov na življenjski proces posameznika, skupine ali družine (Gallagher Lepak, 2019, str. 35).
- Potencialna negovalna diagnoza: označuje nevarnost in vplivajoče dejavnike, ki lahko povzročijo negovalni problem pri posamezniku (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 148).
- Sindromska negovalna diagnoza: govori o skupini problemov ali težav kot posledici nekega stanja pri posamezniku, družini ali skupini (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 149).
- Diagnoza promocije zdravja: je klinična presoja motivacije in hotenja po večjem blagostanju in aktualizaciji zdravstvenega potenciala posameznika, ki je izražena s pripravljenostjo na sprejetje zdravstvenega vedenja in jo lahko uporabimo tudi, ko bolnik

ne more izraziti lastne pripravljenosti za izboljšanje zdravstvenega stanja (Gallagher Lepak, 2019, str. 35).

1.4 Vloga diplomirane medicinske sestre v procesu zdravstvene nege

Vloga diplomirane medicinske sestre je, da v proces zdravstvene nege aktivno vključuje pacienta in njegovo družino, kar izvede s pomočjo modelov, teorij in konceptov zdravstvene nege. Medicinska sestra izvaja in vodi zdravstveno nego pri promociji zdravja, pri zdravljenju in rehabilitaciji posameznika, družin ali skupin. Naloge diplomirane medicinske sestre v procesu zdravljenja so: ocenjevanje potreb po zdravstveni negi in iskanje potencialnih virov pomoči, prepoznavanje pacientovih potreb, ki jih lahko odpravimo z zdravstveno nego in s pomočjo drugih strokovnjakov (zdravnik, fizioterapevt, psihiater itd.), razvrščanje potreb po prioritetnem zaporedju, načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege, aktivno vključevanje pacienta v zdravstveno nego, dokumentiranje opravljenega dela po vsaki fazi procesa zdravstvene nege, uporaba informacij za vrednotenje, kako uspešno smo opravili zdravstveno nego, prilagajanje spremenljivim in obzirnim kulturnim, etičnim in profesionalnim standardom (Železnik, 2010, str. 12).

2 Metode

Namen raziskave je opredeliti najpogostejše potencialne negovalne diagnoze pri otroku, vključenem v dializno zdravljenje, cilj raziskave pa predstaviti pomen in vlogo diplomirane medicinske sestre pri obravnavi otroka s kronično ledvično boleznijo ter ugotoviti najpogostejše potencialne negovalne diagnoze pri otroku s kronično ledvično boleznijo.

Za potrebe raziskave smo si oblikovali še dve raziskovalni vprašanji, in sicer:

- Katere so najpogostejše potencialne negovalne diagnoze pri otroku s kroničnim obolenjem ledvic?
- Kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre pri obravnavi otroka s kronično ledvično boleznijo?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvalitativni metodi raziskovanja in deskriptivni metodi dela. Primarne podatke za raziskavo smo pridobili s študijo primera, torej s preučitvijo negovalne dokumentacije zdaj polnoletne osebe, ki je kot triletni otrok zbolela s kroničnim obolenjem ledvic. Sekundarne podatke smo pridobili s pregledom domače in tuje strokovne literature, dostopne v podatkovnih bazah CINAHL, MEDLINE, PubMed in Google Učenjak ter knjižnicah. Danes polnoletni pacient se je z raziskavo strinjal in tudi osebno dovolil vpogled in obdelavo podatkov iz njegove zdravstveno-negovalne dokumentacije. Zaradi zagotavljanja zasebnosti v prispevku ni omenjena dejanska starost pacienta danes niti klinike, kjer se danes zdravi. Pridobljeni podatki so bili uporabljeni za namen raziskave, vključene v diplomsko delo prve avtorice, in pripravo tega prispevka.

2.2 Opis vzorca

Vzorec raziskave je negovalna dokumentacija takrat triletnega pacienta s kronično ledvično boleznijo.

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pregledali smo negovalno dokumentacijo, pridobljene podatke preučili in analizirali, nato pa s pomočjo NANDA International predstavili dve najpogostejši potencialni diagnozi, s katerima bi se glede na potek bolezni pri otrocih s kronično ledvično odpovedjo lahko soočili.

3 Rezultati

Ob pregledu zdravstveno-negovalne dokumentacije omenjenega pacienta ugotavljamo, da se skozi celotno zdravljenje pacienta velikokrat ponavljajo enaki negovalni problemi, zato v nadaljevanju izpostavljamo med vsemi možnimi potencialnimi diagnozami dve, ki se vse prevečkrat razvijeta v negovalno diagnozo, usmerjeno v problem, v nadaljevanju pa ju predstavljamo po posameznih fazah skozi proces zdravstvene nege.

Prvo in drugo fazo smo opisali v tabeli, ki smo jo povzeli po dokumentaciji Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede in jo uporabljajo njihovi študentje ob izpolnjevanju dokumentacije po končanem kliničnem usposabljanju, torej za pripravo procesa zdravstvene nege za izbranega pacienta, ostale faze pa v alinejah pod obema tabelama.

Tabela 1: Upoštevanje vnosa tekočin v telo

<i>Ocena stanja</i>	<i>Pacient pove, da ni dosleden pri količini zaužite tekočine. Največkrat tekočine zaužije več, kot je priporočen dnevni vnos.</i>					
<i>Koda - Negovalna diagnoza</i>	00025	<i>Nevarnost za neuravnotežen volumen tekočine</i>				
<i>Definicija</i>	Dovzetnost za znižanje, povišanje ali hitre spremembe volumna od nizkega k visokemu ali obratno v intravaskularni, intersticijski in/ali intracelularni tekočini, kar bi lahko ogrozilo zdravje. Nanaša se na izgubo ali vnos telesne tekočine ali obojega.					
<i>Odzivi/ odstopanja</i>	<i>Diagnostični kazalci – dejavniki tveganja</i>	<i>Pridružena obolenja/ stanja</i>	<i>Fokus</i>	<i>Domena</i>	<i>Razred</i>	<i>Stran</i>
nedosledno upoštevanje navodil oziroma priporočil glede zaužite tekočine	povišanje telesne teže v kratkem časovnem obdobju	terapevtski režim travma afereza	vnos tekočine	prehrana	hidracija	183

Vir: Negovalna dokumentacija pacienta, 2020.

- Cilj zdravstvene nege: do neuravnoteženega volumna tekočin pri pacientu ne bo prišlo.
- Načrtovanje zdravstvene nege: DMS bo pri pacientu ob vsaki kontroli ali obisku ambulante oziroma predializne šole izvajala zdravstveno-vzgojno delo o pomenu pravilnega vnosa tekočin v telo, vsebnosti tekočin v posameznih živilih in o okvirnem preračunavanju tekočin ob vnosu/zaužitju posameznega živila. DMS bo pacientu razložila, koliko tekočine lahko največ zaužije na dan, in mu svetovala vsakodnevno beleženje zaužite in izločene tekočine. Ob tem bo DMS pacienta poučila o posledicah prevelikega vnosa tekočin in o pomenu rednega tehtanja telesne teže. DMS bo pacientu priporočila obisk predializne šole.
- Izvajanje zdravstvene nege: DMS je pri pacientu ob vsaki kontroli in obisku ambulante izvajala zdravstveno-vzgojno delo o pomenu pravilnega vnosa tekočin v telo, vsebnosti tekočin v posameznih živilih in o okvirnem preračunavanju tekočin ob vnosu/zaužitju posameznega živila. DMS je pacientu razložila, koliko tekočine lahko največ zaužije na dan, in mu svetovala vsakodnevno beleženje zaužite in izločene tekočine. Ob tem je DMS

pacienta poučila o posledicah prevelikega vnosa tekočin in o pomenu rednega tehtanja telesne teže. DMS je pacientu priporočila obisk preddializne šole.

- Vrednotenje zdravstvene nege: do prekomernega vnosa tekočin in s tem neuravnoveženega volumna tekočin v telesu pri pacientu, ko je bil še otrok, ni prihajalo več.

Opomba: do prekomernega vnosa tekočin je prihajalo spet v letih, ko ni več živel doma. Ta potencialna negovalna diagnoza je ena od tistih, ki so občasno prehajale tudi v negovalne diagnoze, usmerjene v problem, ki pa niso predmet naše raziskave.

Druga najpogostejša »potencialna negovalna diagnoza«, ki se tudi pri mladostnikih s KLO in odraslih dializnih pacientih najpogosteje razvije v »negovalno diagnozo, usmerjeno v problem«, pa je »nevarnost za elektrolitsko neravnovesje«.

Tabela 2: Upoštevanje vnosa elektrolitov v telo

<i>Ocena stanja</i>	Pacient pove, da ni dosleden pri izbiri prehrane. Zaužije tudi odsvetovana živila.					
<i>Koda – Negovalna diagnoza</i>	00195	Nevarnost za elektrolitsko neravnovesje				
<i>Definicija</i>	Dovzetnost za spremembe vrednosti elektrolitov v serumu, kar bi lahko ogrozilo zdravje.					
<i>Odzivi/odstopanja</i>	<i>Diagnostični kazalci – dejavniki tveganja</i>	<i>Pridružena obolenja/ stanja</i>	<i>Fokus</i>	<i>Domena</i>	<i>Razred</i>	<i>Stran</i>
utrujenost mravljinčenje v okončinah	nezadostno znanje o spremenljivih dejavniki prekomeren volumen tekočine	ledvična disfunkcija	hidracija telesa	prehrana	hidracija	182

Vir: Negovalna dokumentacija pacienta, 2020.

- Cilj zdravstvene nege: pri pacientu ne bo prihajalo do elektrolitskega neravnovesja.
- Načrtovanje zdravstvene nege: DMS bo pacienta poučila o pomenu elektrolitskega neravnovesja in kaj lahko povzroči elektrolitsko neravnovesje. Zdravnik bo predpisal zdravila in prehranske dodatke za vzdrževanje elektrolitskega ravnovesja. DMS bo pacienta seznanila, kako bo s prehrano zadostil potrebe po elektrolitih, kot so natrij, kalij, magnezij, kalcij in fosfor.
- Izvajanje zdravstvene nege: DMS je pacienta seznanila s pomenom elektrolitskega ravnovesja in kaj neravnovesje lahko povzroči pri njegovi bolezni. Zdravnik je pacientu predpisal prehransko dopolnilo in zdravila za vzdrževanje elektrolitskega ravnovesja, ki mu jih DMS aplicira v obliki infuzijske tekočine med dializnim zdravljenjem. DMS je podučila pacienta, da elektrolitsko neravnovesje lahko povzročijo diareja, bruhanje, čezmerno potenje, neustrezna prehrana in pacientova bolezen, prav tako ga je seznanila, katera živila so bogat vir elektrolitov, in mu svetovala uživanje doma pridelanega sadja in zelenjave.
- Vrednotenje zdravstvene nege: pri pacientu je kljub zdravstveno-vzgojnem delu prihajalo do občasnih elektrolitskih neravnovesij.

Opomba: Čeprav je pacient redno prejemal zdravila in prehranska dopolnila, se je elektrolitsko ravnovesje občasno porušilo zaradi pacientovega neupoštevanja navodil o prehrani, ponovno in najpogosteje spet v obdobju, ko ni več živel doma.

4 Razprava

Hajdinjak in Meglič (2012, str. 138) predstavljata negovalne diagnoze kot temelj za izbiro intervencij in doseganje zelenih ciljev, potencialne negovalne diagnoze pa po njunem mnenju označujejo nevarnosti, ki lahko pri pacientu povzročijo problem.

Heather Herdman (2019, str. 46) pa navaja, da s procesom zdravstvene nege omogočimo pacientu zdravstveno oskrbo, s katero ga pripeljemo do bolj kakovostnega življenja. Zajema naslednje faze: ocenjevanje, negovalne diagnoze, postavljanje ciljev, načrtovanje intervencij, izvajanje intervencij, vrednotenje.

Če povzamemo navedbe omenjenih avtorjev, ugotovitev pregleda negovalne dokumentacije in pogovor s pacientom, lahko kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje zapišemo, da se pri pacientu s kronično ledvično boleznijo najpogosteje pojavljajo naslednje potencialne negovalne diagnoze: nevarnost za neuravnovešen volumen tekočine, nevarnost za elektrolitsko neravnovesje, nevarnost za zaostanek v razvoju, nevarnost za nestabilen krvni tlak, nevarnost za osamljenost, nevarnost za alergijsko reakcijo, nevarnost za prizadeto integriteto ustne sluznice, kar se je iz pregledane dokumentacije potrdilo tudi v našem primeru.

Bremec idr. (2018, str. 42–43) navajajo, da medicinska sestra zagotavlja: zdravstveno nego, upošteva potrebe otroka in družine, poskrbi za aktivno sodelovanje staršev pri negi, podaja jasne informacije o učenju in vzgoji, ocenjuje in vrednoti odzive pacienta na zdravljenje. Knap in Lavrinec (2016, str. 40) menita, da ima diplomirana medicinska sestra veliko znanja o vodenju tekočinske, energijske in elektrolitske bilance, pri čemer postane tudi učiteljica in svetovalka, medtem ko Rep (2011, str. 17) trdi, da ima diplomirana medicinska sestra specialna znanja s področja prehrane in dietetike in tako lahko otroke in starše pouči o ustrezni prehrani. Avtorica še poudarja (Rep, 2011, str. 26), da je pomembno, da diplomirana medicinska sestra pridobi pacientovo zaupanje in prepozna strahove in simptome, s katerimi se pacient srečuje. Istenič (2013, str. 252) pa navaja, da mora biti medicinska sestra osredotočena na pacienta in njegove telesne, duševne, duhovne in sociološke potrebe ter da mora poudarjati čim prejšnje pacientovo okrevanje in neodvisnost od drugih. Železnik (2010, str. 12) pravi, da diplomirana medicinska sestra v procesu zdravstvene nege vodi, izvaja in načrtuje zdravstveno nego, pri kateri oceni in prepozna potrebe pacienta ter dokumentira opravljeno delo. Hajdinjak in Meglič (2012, str. 16) pa dodajata, da se od medicinske sestre pričakuje, da pacientu pomaga pri vseh življenjskih aktivnostih, ki jih ne zmore sam, pri tem pa sodeluje z zdravnikom, dietetikom, fizioterapevtom, psihologom in drugimi zdravstvenimi izvajalci, ki jih pacient potrebuje.

Kot odgovor na drugo raziskovalno vprašanje lahko torej zapišemo, da je vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta/otroka s KLO zelo pomembna v vseh fazah pred vključitvijo v zdravljenje, med zdravljenjem in pri dokumentiranju ter po eventualnem zaključku zdravljenja po presaditvi ledvice. Pomembna je tako pri zdravstveno-vzgojnem delu z otrokom in njegovo družino kot tudi kot podpora mladostniku v obdobju, ko ta odrašča in se osamosvaja.

5 Sklep

Kronična ledvična bolezen je neozdravljiva, imamo pa na voljo nekaj vrst nadomestnega zdravljenja: hemodializa, peritonealna dializa in presaditev ledvic. Bolezen lahko upočasnimo z ustrežno prehrano in pravilnim vnosom tekočin v telo. Pri neupoštevanju navodil o prehrani in vnosu tekočin lahko hitro zaidemo v podhranjenost, kar še pospeši napredovanje bolezni. Pacienti s kronično ledvično boleznijo imajo kar nekaj potencialnih negovalnih diagnoz, ki se lahko razvijejo v negovalne probleme. Namen procesa zdravstvene nege je individualna in celostna obravnava pacienta, ki temelji na doslednem, razumljivem in razsodnem načinu dela

za iskanje in reševanje pacientovih težav. Diplomirana medicinska sestra, ki je pri svojem delu samostojna in ima strokovno znanje, ima v procesu zdravstvene nege otroka z obolenjem ledvic pomembno nalogo, saj z natančnim načrtovanjem in izvajanjem zdravstvene nege veliko pripomore k temu, da se negovalni problemi ugodno razrešijo, s čimer pacientu omogoči kakovostnejše življenje. Otroci s kronično ledvično odpovedjo potrebujejo obsežnejše in zahtevnejše zdravstvene intervencije, ki od medicinskih sester zahtevajo dodatna znanja in usposabljanja za delo z njimi. Z opravljenimi zdravstveno-negovalnimi intervencijami otroku zagotovi udobje, pri tem pa spoštuje njegove čustvene in fizične sposobnosti. Pomembno vlogo ima tudi pri zdravstveno-vzgojnem delu s starši. Zdravstveno vzgojno delo z otroki in starši v mladosti je pomembno tudi zato, da se mladostnik, ko denimo v času šolanja ne živi več doma, zaveda posledic neupoštevanja priporočil in jih zato v svojo korist upošteva tudi takrat.

LITERATURA

1. Battelino, N. (2015). Zdravljenje kronične odpovedi zaradi prirojenih in dednih bolezni sečil. *Slovenska pediatrija*, 22 (4), 266–282.
2. Bremec, M., Djurić, D., Travnikar Pouh, P., Hostnik, A. in Drozdek, S. (2018). Zdravstvena nega otrok z nefrološkimi boleznimi. *Slovenska pediatrija*, 25 (1–2), 40–47.
3. Gallaberher Lepak, S. (2019). Osnove negovalnih diagnoz. V T. Heather Herdman in S. Kamitsuru (ur.), *Negovalne diagnoze NANDA - International: definicije in klasifikacija 2018–2020* (str. 34–44). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
4. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
5. Heather Herdman, T. (2019). Mednarodne opombe glede uporabe NANDA-I negovalnih diagnoz. V T. Heather Herdman in S. Kamitsuru (ur.), *Negovalne diagnoze NANDA-International: definicije in klasifikacija 2018–2020* (str. 25–32). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
6. Ištanič, A. (2013). Model medosebnih odnosov Hildegard Peplau – implementacija v onkološko zdravstveno nego. V B. Skela Savič in S. Hvalič Touzery (ur.), *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: Teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje* (str. 247–253). Jesenice: College of Nursing Jesenice, Slovenia / Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Slovenija.
7. Knap, B. in Lavrinec, J. (2016). Praktični napotki za prehrano pri kronični ledvični bolezni. V J. Buturovič Ponikvar in M. Arnol (ur.), *Prehrana in telesna vadba pri kronični ledvični bolezni* (str. 15–41). Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije.
8. Meglič, A. in Novljan, G. (2013). Bolezni sečil. V C. Kržišnik (ur.), *Pediatrija* (str. 446–476). Ljubljana: DZS, založništvo in trgovina, d. d.
9. Rabuza, B. in Mesojedec, M. (2013). Prehrana pri dializnih bolnikih. V M. Rep (ur.), *Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic* (str. 15–30). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacije.
10. Rep, M. (2011). Predstavitev predializnega poučevanja bolnikov v splošni bolnišnici Celje. V D. Plank in A. Vrenko (ur.), *Z uvajanjem novosti do boljših rezultatov v zdravstveni negi* (str. 26–35). Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje.
11. Simunič, N. (2013). Pomen prehranskega svetovanja v predializnem obdobju. V M. Rep (ur.), *Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic* (str. 6–14). Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na področju nefrologije, dialize in transplantacije.
12. Železnik, D. (2010). Vloga medicinske sestre pri starostnikih s kroničnimi obolenji. V E. Kavaš (ur.), *Medicinske sestre zagotavljajo varnost in uvajajo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji* (str. 6–14). Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurje.
13. Železnik, D. (2010). Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji z vidika etike. V T. Štemberger Kolnik in S. Majcen Dvoršak (ur.), *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri*

obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji (str. 17–23). Portorož: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

14. Železnik, D., Buček Hajdarević, I., Prestor, J., Rep, M., Čalić, M. in Parapot, M. (2012). Opredelitev delovnih področij. V J. Prestor (ur.), Aktivnosti zdravstvene nege na področju nefrologije, dialize in transplantacije (str. 10–14). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Koncept naprednih znanj v zdravstveni negi – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: medicinska sestra, napredna znanja, k pacientu osredotočena zdravstvena nega, učinkovitost, celostna obravnava

POVZETEK - Medicinska sestra z naprednimi znanji okrepi kakovostno izvajanje zdravstvene nege z naborom kompetenc ter z oblikovanjem in izgradnjo drugačne identitete zdravstvene nege, napredne zdravstvene nege. Uporabljena je bila metoda pregleda znanstvene in strokovne literature z upoštevanjem naslednjih vključitvenih meril pri izboru prispevkov: dostopnost, vsebinska ustreznost in aktualnost. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo. Z vsebinsko analizo 21 strokovnih in znanstvenih besedil je bilo identificiranih pet vsebinskih kategorij: (1) vloga in pomen napredne zdravstvene nege v kliničnem okolju, (2) izobraževanje in raziskovanje, (3) kakovost in varnost obravnave pacientov, (4) medpoklicno sodelovanje in (5) ovire za implementacijo naprednih znanj v klinično okolje. Ustrezno usposobljena medicinska sestra z naprednimi znanji lahko zagotavlja in izvaja učinkovito, kakovostno, varno, holistično in k pacientu osredotočeno zdravstveno nego, ki je tudi stroškovno učinkovita. Napredna znanja v zdravstveni negi so potrebna za zagotavljanje stroškovno učinkovite in k pacientu osredotočene zdravstvene nege.

KEYWORDS: nurse, advanced knowledge, patient-oriented nursing care, efficiency, integrated treatment

ABSTRACT - A nurse practitioner strengthens the high-quality implementation of nursing care through a set of competencies and by creating and building a different identity of nursing care – advanced nursing care. In our research, we used the method of scientific and professional literature review. The selection of articles was made according to the following inclusion criteria: accessibility, contextual relevance and topicality. After the selection, the data were analysed by means of qualitative content analysis. Through content analysis of 21 professional and scientific texts, we identified five content categories: role and importance of advanced nursing care in clinical setting (1), education and research (2), quality and safety in patient treatment (3), interprofessional cooperation (4) and barriers to the implementation of advanced knowledge into clinical setting (5). A suitably qualified nurse practitioner with advanced knowledge is able to provide and implement effective, high-quality, safe, holistic and patient-oriented nursing care that is also cost-effective. Advanced knowledge in nursing care is important in order to ensure cost-effective and patient-oriented nursing care

1 Napredna znanja v zdravstveni negi

Dinamičen družbeni razvoj, napredek znanosti in tehnologije, populacija, ki se intenzivno stara, in večanje zahtev po zdravstvenih storitvah so za stroko zdravstvene nege nov izziv (Skela - Savič, 2016; Poplas Susič, 2017; Heale, James, Wenghofer in Garceau, 2018; Ažman, 2019), kar pomeni, da morajo biti medicinske sestre izobražene in opolnomočene z naprednimi znanji, usposobljene morajo biti za delo ob pacientu in biti obenem tudi kritične do kakovosti dela v zdravstveni negi (Nsemo, John, Etifit, Mgbeke in Oyira, 2013; Skela - Savič, 2016).

Medicinske sestre z naprednimi znanji so postale temelj obeh, bolnišničnega in ambulantnega okolja (Moran in Hays, 2019), čeprav so s svojim delovanjem usmerjene predvsem k reševanju problemov na primarni ravni (Skela - Savič, 2020). Ob začetku uveljavljanja naprednih znanj v zdravstveni negi pred približno 40 leti v Združenih državah Amerike so bile medicinske sestre z naprednimi znanji prepoznane kot odziv na nezadovoljene potrebe po zdravstveni oskrbi v

različnih okoljih, sprva kot odgovor na pomanjkanje zdravnikov primarne zdravstvene nege. To praznino so zapolnjevale in jo zapolnjujejo s svojimi naprednimi znanji tako, da s širjenjem obsega svojega delovanja in kompetenc zagotavljajo dostop do osnovnih zdravstvenih storitev, kjer jih sicer ni (ni bilo) (Taylor in Staruchowicz, 2013; Kinchen, 2019; Li, Liu, Davidson, Reynolds in Buerhaus, 2020).

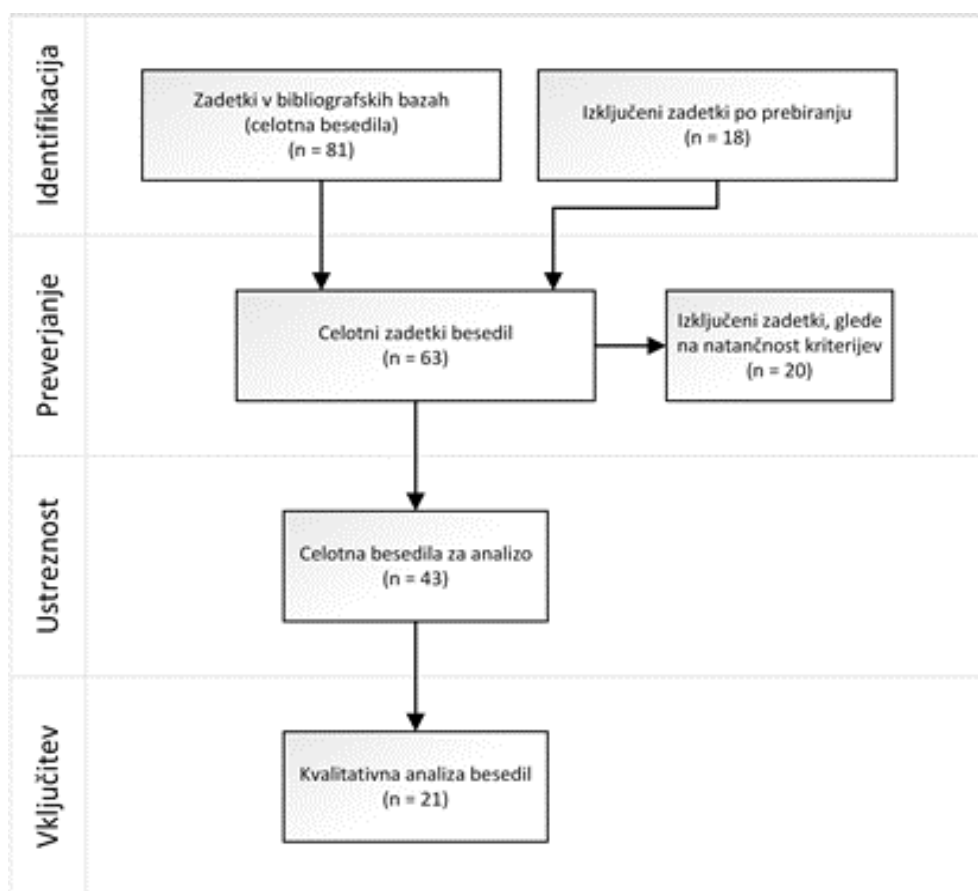
S pregledom literature smo se želeli seznaniti s konceptom naprednih znanj medicinske sestre v Sloveniji in širše. Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo si zastavili raziskovalno vprašanje: Kakšna sta vloga in pomen medicinske sestre z naprednimi znanji v kliničnem okolju?

2 Metode

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda – pregled znanstvene in strokovne literature iz napredne zdravstvene nege. Pri iskanju ustrezne literature smo upoštevali tipologijo COBISS (izvirni in pregledni znanstveni članki, strokovni članki, objavljeni strokovni prispevki na konferenci, samostojni strokovni sestavki ali poglavja v monografski publikaciji). Uporabili smo slovensko vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov COBIB.SI ter mednarodne baze PubMed (Public Medline), Medline in Google Scholar. Pri iskanju literature smo upoštevali jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v slovenskem in angleškem jeziku, ter časovno obdobje 2012–2020. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: medicinska sestra, napredna znanja, k pacientu osredotočena zdravstvena nega, učinkovitost, celostna obravnava in v angleškem jeziku: nurse, advanced knowledge, patient centered care, efficiency, holistic approach to patient care. Uporabljene ključne besede smo z Boolovimi logičnimi operatorji (AND, OR, NOT) povezali v različne kombinacije. Iskanje literature je potekalo od 1. 1. 2000 do 5. 2. 2021. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Z različnimi kombinacijami ključnih besed in upoštevanjem časovnega obdobja je bilo iz bibliografskih baz pridobljenih 81 člankov v slovenskem in angleškem jeziku. Pregled teh člankov je število pregledane literature omejil na 63 enot, od tega jih je bilo na podlagi vključitvenih kriterijev za namen pisanja prispevka vključenih 43, v vsebinsko analizo in sintezo pa 21 enot literature. Potek pridobivanja člankov, pomembnih za prikaz vloge in pomena medicinskih sester z naprednimi znanji, je prikazan na sliki 1.

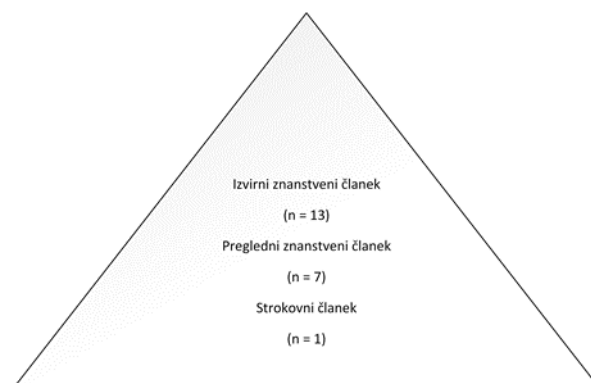
Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA



Vir: Sak - Dankosky, N., Adruszkiewicz, P., Sherwood, R. P. in Kvist, T. (2014).

Izbor literature je temeljil na dostopnosti, znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti člankov. Hierarhija iskanja dokazov, kot jo opisuje tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Institut informacijskih znanosti, 2016), je v končni analizi prikazala: izvirni znanstveni članek tip 1.01 (n = 13), pregledni znanstveni članek tip 1.02 (n = 7) in strokovni članek tip 1.04 (n = 1).

Slika 2: Ocena kakovosti dokazov izbranih virov



Vir: Polit in Beck (2008).

Slika 2 prikazuje oceno kakovosti dokazov izbranih virov, iz katere je razvidno, da smo skupaj pregledali in analizirali 21 enot literature glede na opredeljena vključitvena merila. Po hierarhiji iskanja dokazov, kot jo opisujeta Polit in Beck (2008), je najvišje na hierarhični lestvici trinajst

člankov, ki so opredeljeni kot izvorni znanstveni članek, sledi jim sedem člankov, ki so opredeljeni kot pregledni znanstveni članek, in en članek kot strokovni članek.

Članki, ki opisujejo medicinske sestre z naprednimi znanji, so obdelani s kvalitativno metodo analize, kompilacije in sinteze besedil. Uporabljena je bila metaanaliza.

3 Rezultati

V vsebinsko kvalitativno analizo je bilo vključenih 21 člankov in prispevkov (Begley, Elliott, Lalor, Coyne, Higgins in Comiskey, 2013; Kilpatrick, 2013; Begley, Murphy, Higgins in Cooney, 2014; Comiskey, Coyne, Lalor in Begley, 2014; Kilpatrick, Jabbour in Fortin, 2016; Heale idr., 2018; Boeijen, Jeroen, Peters in Van Vught, 2017; Cooper, McDowell, Raeside in ANP–CNS GROUP, 2019; Ervin, Reid, Moran, Opie in Haines, 2019; Goemaes idr., 2019; Gysin, Sottas, Odermatt in Essig, 2019; Kinchen, 2019; Kippenbrock, Emory, Lee, Odell, Buron in Morrison, 2019; Kleinpell, Grabenkort, Kapu, Constantine in Sicoutris, 2019; Masters, Weston, Chisholm in Soanes, 2019; O'Toole idr., 2019; Park, Han in Pittman, 2019; Ruggiero, Pratt in Antonelli, 2019; Torrens idr., 2019; Van den Brink, Kouwen, Hooker, Vermeulen in Laurant, 2019; Woo, Zhou, Lim in Tam, 2020), podala je pet temeljnih vsebinskih kategorij, pomembnih za prikaz vloge in pomena medicinske sestre z naprednimi znanji. Te so: (1) vloga in pomen naprednih znanj v kliničnem okolju, (2) izobraževanje in raziskovanje, (3) kakovost in varnost, (4) medpoklicno sodelovanje in (5) ovire za implementacijo naprednih znanj v zdravstveno nego. Podrobneje bomo izpostavili prvo kategorijo, vloga in pomen naprednih znanj v kliničnem okolju.

Tabela 1: Sinteza znanstvene literature po kategorijah

<i>Kategorija</i>	<i>Opis</i>	<i>Avtorji</i>
Vloga in pomen naprednih znanj v kliničnem okolju	Pomeni zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege in oskrbe.	Kilpatrick, 2013; Begley idr., 2013; Boeijen idr., 2019; Cooper idr., 2019; Kleinpell idr., 2019
	Boljše klinično in strokovno vodstvo.	Begley idr., 2013
	Pomeni zagotavljanje holistične in k pacientu osredotočene zdravstvene nege in oskrbe.	Kilpatrick, 2013; Kinchen, 2019; Masters idr., 2019; Woo idr., 2020
	Pomeni jasno strukturo upravljanja in vodenja zdravstvene nege.	Begley idr., 2013
	Medicinske sestre z naprednimi znanji več kot dve tretjini svojega delovnega časa porabijo za neposredno zdravstveno nego in oskrbo pacienta.	Van den Brink idr., 2019
	Pomeni pozitiven prispevek pri odpravljanju pacientove tesnobe, zadovoljstvu z oskrbo, dostojanstvu in spoštovanju, pravičnosti, skrajšanju čakalnih dob, zaupanju v izvajalca zdravstvene nege in oskrbe.	Comiskey idr., 2014; Kippenbrock idr., 2019; Woo idr., 2020
	Profil medicinske sestre z naprednimi znanji vsebuje komponente zdravstvene nege, raziskovanja, izobraževanja in vodenja.	Boeijen idr., 2019; Cooper idr., 2019
	Povečan dostop pacientov do celovitih storitev primarne zdravstvene nege in oskrbe ter posledično boljših zdravstvenih izidov.	Heale idr., 2018; Kleinpell idr., 2019; Masters idr., 2019; O'Toole idr., 2019; Ruggiero idr., 2019

<i>Kategorija</i>	<i>Opis</i>	<i>Avtorji</i>
	Prisotne so pozitivne izkušnje glede zdravstvenih izidov, varnega predpisovanja zdravil v državah, kjer imajo za to ustrezne kompetence, večje osredotočenosti na paciente, holistične obravnave in vpliva na zdravstveno nego.	Kilpatrick, 2013; Masters idr., 2019; Woo idr., 2020
	Pomeni večjo učinkovitost, stroškovno učinkovitost in nižje stroške zdravstvenega varstva.	Woo idr., 2020
	Pomeni boljše poučevanje pacientov in aktivno sodelovanje pacientov in njihovih družin pri odločanju o oskrbi.	Kilpatrick, 2013; Kleinpell idr., 2019

Vir: Lastni vir.

4 Razprava

Po definiciji Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN) je medicinska sestra z naprednimi znanji diplomirana medicinska sestra, ki ima določena napredna znanja, sposobnosti kompleksnega odločanja ter klinične kompetence za razširjeno klinično prakso na višji ravni (EFN, 2016). Glede na podatke o medicinskih sestrah z naprednimi znanji, ki so na voljo v šestih državah (Avstralija, Kanada, Irska, Nizozemska, Nova Zelandija in Združene države Amerike), se število, vloga, pomen in obseg dela medicinskih sester z naprednimi znanji med seboj razlikujejo (Directorate for employment, labour and social affairs, 2017), kar posredno ugotavljamo tudi z raziskavo. V večini držav, kjer je poklic voden in reguliran, je profil medicinske sestre z naprednimi znanji jasno opredeljen s predpisano izobrazbo in zahtevanimi kompetencami (Cooper idr., 2019).

Profil medicinske sestre z naprednimi znanji vsebuje komponente zdravstvene nege, raziskovanja, izobraževanja in vodenja (Boeijen idr., 2019; Cooper idr., 2019), vendar ugotavljamo, da medicinske sestre z naprednimi znanji še vedno kljub vsem drugim nalogam, ki jih opravljajo, več kot dve tretjini svojega delovnega časa porabijo za neposredno zdravstveno nego in oskrbo pacienta. Raziskave kažejo tudi, da medicinske sestre z naprednimi znanji izvajajo varno, kakovostno, kontinuirano in učinkovito zdravstveno nego, kar potrjujejo številni dokazi (Shum idr., 2000; Buchan in Dal Poz, 2002; Donald, 2010; Kilpatrick, 2013; Begley idr., 2013; Begley idr., 2014; Kilpatrick idr., 2016; DesRoches, Clarke, Perloff, O'Reilly-Jacob in Buerhaus, 2017; Boeijen idr., 2019; Cooper idr., 2019; Kleinpell idr., 2019; Van den Brink idr., 2019; Woo idr., 2020), oziroma primerljivo kakovost oskrbe kot splošni zdravniki (Shum idr., 2000; Buchan in Dal Poz, 2002; Dowling, Beauchesne, Farrelly in Murphy, 2013; DesRoches idr., 2017). Medicinska sestra z naprednimi znanji je stroškovno učinkovita (Shum idr., 2000; Buchan in Dal Poz, 2002; Begley idr., 2014; Perloff, DesRoches, in Buerhaus, 2016; DesRoches idr., 2017; Woo idr., 2020;), kar posledično pomeni nižje stroške zdravstvenega varstva (Woo idr., 2020), njenemu širokemu obsegu v delovanju pripisujejo krajšanje čakalnih dob in čakalnih vrst, povečan dostop pacientov do celovitih storitev primarne zdravstvene nege in oskrbe ter boljše zdravstvene izide (Begley idr., 2013; Dowling idr., 2013; Kilpatrick, 2013; Masters idr., 2019; Woo idr., 2020), ugotavljamo skozi pregled literature. Ugotavljamo tudi, da imajo medicinske sestre z naprednimi znanji pomembno vlogo pri boljšem poučevanju in aktivnem vključevanju pacientov in njihovih družin pri odločanju o zdravstveni negi in oskrbi, kot navajajo tudi nekateri avtorji (Kilpatrick, 2013; Kleinpell idr., 2019). V Sloveniji delovno mesto medicinskih sester z naprednimi znanji še ni popolnoma natančno definirano, opredeljeno in uradno sistematizirano (Krnal, 2019). Kot odziv na potrebe

sodobne družbe je Visoka zdravstvena šola v Celju oblikovala magistrski študijski program Paliativna oskrba, ki spada na področje napredne prakse. V pripravi je nov magistrski študijski program Zdravstvena nega, ki bo pokrival integrirano zdravstveno in socialno obravnavo starejših, integrirano obravnavo pacientov s kroničnimi obolenji, urgentna stanja in temelje intenzivnega zdravljenja ter paliativno oskrbo.

5 Sklep

S podaljševanjem življenjske dobe in povečano pojavnostjo kroničnih nenalezljivih bolezni se posledično povečujejo tudi potrebe po holistični in na pacienta osredotočeni zdravstveni negi, ki jo bodo izvajale medicinske sestre z naprednimi znanji.

Ugotavljamo, da potrebujemo jasne zakonske predpise glede izobraževanja, obsega dela, odgovornosti in kompetenc medicinskih sester z naprednimi znanji, ki jih je treba skrbno načrtovati in uresničiti skupaj z vsemi ustreznimi deležniki: politikom, sistemom izobraževanja, zdravstvenimi delavci in zavarovalnicami. Obenem se zavedamo pomena izobraževanja za doseganje naprednih znanj v zdravstveni negi, ki mora biti dobro načrtovano in kontinuirano ter mora vsebovati tudi aktivne, sodobne in napredne tehnike poučevanja. Ugotavljamo, da bi bilo treba področje izobraževanja za zagotavljanje kakovostne in napredne zdravstvene nege v prihodnje sistemsko urediti in regulirati.

Šele ko bo področje napredne zdravstvene nege sistemsko urejeno in regulirano, bo mogoče v kliničnem okolju/ob pacientu uresničiti in vzpostaviti koncept naprednih znanj medicinske sestre, ki bo ustrezno usposobljena in kompetentna.

Področje naprednih znanj v zdravstveni negi je v Sloveniji v razvoju in slabo raziskano, kar se kaže z zelo omejenim številom raziskav, ki se nanašajo na slovenski prostor. Naša raziskava je dobro izhodišče za razvoj naprednih znanj v zdravstveni negi ter poziva k sledenju in podpiranju smernic za razvoj zdravstvene nege kot poklica in kot znanstvene discipline, hkrati pa osvetli problem neenotnega sistema izobraževanja in sistemske neurejenosti napredne zdravstvene nege, kar je lahko tudi temelj za prihodnje raziskovanje. Verjamemo, da bi bilo v prihodnje smiselno izvesti bolj poglobljeno raziskavo, pri čemer bi za pridobitev podatkov uporabili sistematičen pregled literature, s katerim bi dobili bolj poglobljene rezultate. Raziskave tudi ne moremo posploševati za Slovenijo.

LITERATURA

1. Ažman, M. (2019). Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53 (4), 264–268.
2. Begley, C., Elliott, N., Lalor, J., Coyne, I., Higgins, A. in Comiskey, C. M. (2013). Differences between clinical specialist and advanced practitioner clinical practice, leadership, and research roles, responsibilities, and perceived outcomes (the SCAPE study). *Journal of Advanced Nurses*, 69 (6), 1323–1337. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06124.x
3. Begley, C., Murphy, K., Higgins, A. in Cooney, A. (2014). Policy-makers' views on impact of specialist and advanced practitioner roles in Ireland: the SCAPE study. *Journal of Nursing Management*, 22 (4), 410–422. doi: 10.1111/jonm.12018
4. Boeijen, E. R. K., Jeroen, W. B., Peters, J. W. B. in Van Vught, A. J. A. H. (2017). Nurse practitioners leading the way: An exploratory qualitative study on the added value of nurse practitioners in outpatient care in the Netherlands. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, (2019), str. 1–9, doi: 10.1097/JXX.0000000000000307
5. Buchan, J. in Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (7), 575–580.

6. Comiskey, C., Coyne, I., Lalor, J. in Begley, C. (2014). A national cross-sectional study measuring predictors for improved service user outcomes across clinical nurse or midwife specialist, advanced nurse practitioner and control sites. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (5), 1128–1137. doi: 10.1111/jan.12273.
7. Cooper, M. A., McDowell, J., Raeside, L. in ANP–CNS GROUP (2019). The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *British Journal of Nursing*, 28 (20), 1308–1314. doi: 10.12968/bjon.2019.28.20.1308
8. DesRoches, C. M., Clarke, S., Perloff, J., O'Reilly - Jacob, M. in Buerhaus, P. (2017). The quality of primary care provided by nurse practitioners to vulnerable Medicare beneficiaries. *Nursing Outlook*, 65 (6), 679–688. doi: 10.1016/j.outlook.2017.06.007
9. Directorate for employment, labour and social affairs (2017). OECD Health working papers. Pridobljeno 10. 1. 2020, s https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en
10. Donald, F., Bryant - Lukosius, D., Martin - Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., idr. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 23 (sp), 189–201. doi: 10.12927/ cjn.2010.22276
11. Dowling, M., Beauchesne, M., Farrelly, F. in Murphy, K. (2013). Advanced practice nursing: a concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 19 (2), 131–140. doi: 1111/ijn.12050
12. EFN workforce committee. (2015). EFN workforce matrix 3+1. Pridobljeno 10. 3. 2021, s <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-3-1-Executive-Summary-09-11-2016.pdf>.
13. Ervin, K., Reid, C., Moran, A., Opie, C. in Haines, H. (2019). Implementation of an older person's nurse practitioner in rural aged care in Victoria, Australia: a qualitative study. *Human Resources for Health*, 17(1). doi: 10.1186/s12960-019-0415-z
14. Goemaes, R., Lernout, E., Decoene, E., Verhaeghe, S., Beeckman, D. in Van Hecke, A. (2019). Time use of advanced practice nurses in hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 75 (12). doi: 10.1111/jan.14198
15. Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M. in Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 20 (1), 163–173. doi: 10.1186/s12875-019-1055-z
16. Heale, R., James, S., Wenghofer, E. in Garceau, M. L. (2018). Nurse practitioner's perceptions of the impact of the nurse practitioner-led clinic model on the quality of care of complex patients. *Primary Health Care Research & Development*, 19 (6), 553–560. doi: 10.1017/S1463423617000913
17. Institut informacijskih znanosti (2016). Tipologija dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS. Pridobljeno 10. 1. 2020, s http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf
18. Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, 22 (17–18), 2636–2647. doi: 10.1111/jocn.12198.
19. Kilpatrick, K., Jabbour, M. in Fortin, C. (2016). Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective? *Journal of Clinical Nursing*, 25 (5–6), 619–630. doi: 10.1111/jocn.13085
20. Kinchen, E., 2019. Holistic Nursing Values in Nurse Practitioner Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 16 (1). doi: 10.1515/ijnes-2018-0082
21. Kippenbrock, T., Emory, J., Lee, P., Odell, E., Buron, B. in Morrison, B. (2019). A national survey of nurse practitioners' patient satisfaction outcomes. *Nursing Outlook*, 67 (6), 707–712. doi: 10.1016/j.outlook.2019.04.010
22. Kleinpell, R. M., Grabenkort, W. R., Kapu, A. N., Constantine, C. in Sicoutris, C. (2019). Nurse Practitioners and Physician Assistants in Acute and Critical Care: A Concise Review of the Literature and Data 2008–2018. *Critical Care Medicine*, 47 (10), 1442–1449. doi: 10.1097/CCM.0000000000003925
23. Krnel, T. T. (2019). Vloga medicinske sestre z naprednimi znanji pri zdravstveni obravnavi mladostnikov s samopoškodovanim vedenjem brez samomorilnega namena: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53 (1), 57–69. doi: 10.14528/snr.2019.53.1.220

24. Li, Q., Liu, M., Davidson, P. M., Reynolds, N. R. in Buerhaus, I. P. (2020). A tale of two countries: Nurse practitioners in the United States and China. *Journal of Advanced Nursing*, (2020). doi: 10.1111/jan.14292.
25. Masters, E., Weston, C., Chisholm, J. in Soanes, L. (2019). Role of the Advanced Nurse Practitioner Within Teenage and Young Adult Oncology. What is the Impact on Patient and Staff Experience of a New Nurse Practitioner Role to a Teenage and Young Adult Service? *Journal of adolescent and young adult oncology*, 8 (6), 668–673. doi: 10.1089/jayao.2019.0020
26. Moran, A. in Hays, K. (2019). Incorporating a nurse practitioner into a vascular medicine program. *Vascular Medicine*, 24 (6), 571–574. doi: 10.1177/1358863X19881196
27. Nsemo, A. D., John, M. E., Etifit, R. E., Mgbekem, M. A. in Oyira, E. J. (2013). Clinical nurses' perception of continuing professional education as a tool for quality service delivery in public hospitals Calabar, Cross River State, Nigeria. *Nurse education in practice*, 13 (4), 328–334.
28. O'Toole, J., Ingram, S., Kelly, N., Quirke, M. B., Roberts, A. in O'Brien, F. (2019). Patient Satisfaction With Innovative Nurse Practitioner Cardiology Services. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15 (4), 311–315. doi: 10.1016/j.nurpra.2018.12.013
29. Park, J., Han, X. in Pittman, P. (2019). Does expanded state scope of practice for nurse practitioners and physician assistants increase primary care utilization in community health centers? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 00 (2019), 1–12. doi: 10.1097/JXX.0000000000000263
30. Perloff, J., DesRoches, C. M. in Buerhaus, P. (2016). Comparing the cost of care provided to Medicare beneficiaries assigned to primary care nurse practitioners and physicians. *Health Services Research*, 51 (4), 1407–1423. doi: 10.1111/1475-6773.12425
31. Polit, D. F. in Beck, T. C. (2008). *Nursing research: principles and methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 3–167.
32. Poplas Susič, T. (2017). The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration. *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (2), 112–115. doi: 10.14528/snr.2017.51.2.179
33. Ruggiero, K., Pratt, P. in Antonelli, R. (2019). Improving outcomes through care coordination: Measuring care coordination of nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31 (8), 476–481. doi: 10.1097/JXX.0000000000000276
34. Sak-Dankosky, N., Adruszkiewicz, P., Sherwood, R. P. in Kvist, T. (2014). Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatients-witnessed resuscitation of an adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (5), 957–974. doi: 10.1111/jan.12276
35. Shum, C., Humphreys, A., Wheeler, D., Cochrane, M., Skoda, S. in Clement, S. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: a multi centre randomised control trial. *BMJ*, 320 (7241), 1038–1043. doi: 10.1136/bmj.320.7241.1038
36. Skela - Savič, B. (2016). Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege*, 50 (1), 4–9. doi: 10.14528/snr.2016.50.1.94
37. 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), 4–11. doi: 10.14528/snr.2020.54.1.3023
38. Taylor, A. in Staruchowicz, L. (2012). The Experience and Effectiveness of Nurse Practitioners in Orthopaedic Settings: A Comprehensive Systematic Review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10 (42), 1–22. doi: 10.11124/jbisrir-2012-249
39. Torrens, C., Campbell, P., Hoskins, G., Strachan, H., Wells, M., Cunningham, M., Bottone, H., Polson, R. in Maxwell, M. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of the advanced nurse practitioner role in primary care settings: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, (2019), doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103443
40. Van den Brink, G. T. W. J., Kouwen, A. J., Hooker, R. S., Vermeulen, H. in Laurant, M. G. H. (2019). An activity analysis of Dutch hospital-based physician assistants and nurse practitioners. *Human Resources for Health*, 17 (78), 1–8. doi: 10.1186/s12960-019-0423-z
41. Woo B. F. Y., Zhou, W., Lim, T. W. in Tam, W. S. W. (2020). Registered nurses' perceptions towards advanced practice nursing: A nationwide cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28 (1), 82–93. doi: 10.1111/jonm.12893

Celostni pristop k izboljšanju transporta pacientov na radiološke preiskave

KLJUČNE BESEDE: transport, ergonomija, optimizacija, dostojanstvo, bolnišnica

POVZETEK - *Uvod:* Obstoječa organizacija naročanja in transporta pacientov na radiološke preiskave v Splošni bolnišnici Celje ni optimalna. Namen projekta je bil pripraviti predlog optimizacije transporta pacientov z logističnega, kadrovskega, ergonomskega, psihološkega in ekonomskega vidika. *Metode:* Študentje so z mentorji pregledali literaturo na temo rešitev transporta pacientov v bolnišnicah. Izdelan je bil posnetek stanja, pri čemer so bili analizirani vrste in način transportov, klicanje na preiskave, spremstvo, premeščanje ter kakovost in obseg komunikacije s pacientom ob transportu. *Rezultati:* Koordinacija med posameznimi diagnostikami in oddelki ni popolnoma usklajena, zato pacienti čakajo in nastanejo zamude. Zaznane so bile nepravilne tehnike premeščanja pacientov in nezadostna komunikacija zaposlenih s pacienti. *Razprava:* Oblikovan je bil model optimizacije transporta pacientov, ki bo poenostavil klicanje pacientov na preiskavo in zmanjšal izgubo časa. Pripravljeni sta vsebini dveh delavnic na temo pravilnega načina premeščanja pacientov in komunikacije s pacientom med transportom.

KEYWORDS: transportation, ergonomics, optimization, dignity, hospital

ABSTRACT - *Introduction:* The existing organizational structure of scheduling patient appointments and transportation to radiological examinations at the General Hospital Celje is not optimal. The purpose of this project was to prepare a proposal for optimizing the transportation of patients from the logistics, personnel, ergonomic, psychological and economic point of view. *Methods:* The students together with mentors reviewed the literature on the topic of patient transportation solutions in hospitals. A snapshot of the current state was made, whereby different types and modes of transportation were analysed, including the invitations to attend examinations, accompanying a patient, patient relocation and the quality and scope of communication with the patient during transportation. *Results:* The coordination between respective medical diagnostics and hospital wards is not fully harmonised, hence the occurrence of long waiting times and delays. Improper patient relocation techniques and insufficient communication of the employees with the patients were detected. *Discussion:* A model for the optimization of patient transportation has been developed, which will simplify the scheduling of patients for examinations, and reduce the amount of time wasted. We have prepared the contents of two workshops on the topic of the correct manner of patient relocation and communication with the patient during transportation.

1 Uvod

Splošna bolnišnica Celje (v nadaljevanju SBC) je s 709 posteljami tretja največja bolnišnica v Sloveniji in gravitacijsko pokriva od 180.000 do 280.000 prebivalcev Savinjske (statistične) regije. Pacienti v SBC so pri bolnišnični obravnavi vsak dan napoteni na diagnostične preiskave na Radiološki oddelek z 20 bolnišničnih oddelkov, ki so od njega bolj ali manj oddaljeni. Staranje populacije pacientov in njihova polimorbidnost vodita v stalno večanje števila diagnostičnih preiskav. Sedanja organizacija naročanja in transporta pacientov povzroči čakanje pacientov s spremljevalci na preiskavo pred vrati posamezne diagnostike. Čakanje je neprijetno za paciente, prav tako vodi v neoptimalno rabo kadra. V zadnjih letih se namreč SBC

sooča s pomanjkanjem kadra zdravstvene nege, ki je posledica povečanih potreb in tudi odhodov zaposlenih iz bolnišnice zaradi neugodnih delovnih razmer.

Visoka zdravstvena šola v Celju se je v sodelovanju s SBC kot partnerjem prijavila na razpis Javnega študentskega, razvojnega invalidskega in preživninskega sklada Republike Slovenije »Projektno delo z gospodarskim in negospodarskim sektorjem: Študentski inovativni projekti za družbeno korist« s projektom »Optimizacija transporta pacientov na diagnostične preiskave v Splošni bolnišnici Celje«. S projektom smo želeli pripraviti predlog optimizacije transporta pacientov z različnih vidikov: logističnega in kadrovskega, ergonomskega vidika transporta pacientov in njihovega premeščanja, psihološkega ter ekonomskega vidika.

Pri projektu so sodelovali učitelji in študenti Visoke zdravstvene šole v Celju, Fakultete za logistiko Univerze v Mariboru, strokovna mentorica iz SBC ter študentka Mednarodne fakultete za družbene in poslovne vede, študentka fizioterapije z Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani in študentka psihologije s Filozofske fakultete Univerze v Mariboru.

Bolnišnice so izredno dinamičen in živ sistem, znotraj njih kar 46 odstotkov vseh stroškov izhaja iz aktivnosti, povezanih z logistiko. Znotrajbolnišnični transport je potreben za zagotavljanje diagnostičnih storitev v procesu zdravstvene obravnave, ki jih ni mogoče opraviti na bolnišničnem oddelku. V večini bolnišnic je transport slabo upravljan in koordiniran. To viša stroške bolnišnične oskrbe, ker pacient na primer ni prišel pravočasno na preiskavo, pri čemer ne smemo pozabiti na nelagodje pacienta (Hanne, Melo in Nickel, 2009).

Ergonomija je veda, ki se ukvarja z oblikovanjem delovnega mesta z namenom zagotoviti pogoje za varovanje zdravja delavcev. Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov pri izvajanju negovalnih aktivnosti jih varuje pred različnimi obremenitvami, ki škodljivo vplivajo na hrbtenico, spodnje in zgornje okončine, glavo itd. (Spasovski, 2019). Zaposleni v zdravstveni negi imajo več težav z mišično-kostnimi obolenji kot drugi poklici. Veliko aktivnosti, ki jih zaposleni izvajajo med svojim delom, namreč poteka v obremenjujočih položajih za telo in zahteva kar nekaj fizične moči (Stričević, 2018, cited in Spasovski 2019).

Splošna deklaracija o človekovih pravicah, ki je bila sprejeta pri Organizaciji združenih narodov (1948), v prvem členu navaja: »Vsi ljudje se rodijo svobodni, imajo enako dostojanstvo in enake pravice. Dana sta jim razum in vest in bi morali drug z drugim ravnati z duhom bratstva.«

Bolezen zmanjša človekovo sposobnost vzdrževanja dostojanstva in zasebnosti, čeprav si to želijo imeti prav v času, ko so nemočni in bolni. Pacient naj bi bil samostojen razsodnik zadovoljevanja svojih potreb, kar pomeni, da naj bi medicinske sestre v procesu zdravstvene obravnave zadovoljile njegove izražene potrebe (Maze, 2017).

2 Metode

2.1 Namen in cilj raziskave

Namen projekta v SBC je bil ugotoviti trenutno stanje pri izvedbi transporta na radiološke diagnostike z ekonomskega, ergonomskega in psihičnega vidika tako s strani pacientov kot kadra.

Cilji projekta so bili:

- S teoretičnega vidika preučiti možne rešitve za optimalen transport pacientov.
- Na podlagi posnetka stanja odpraviti odklone od trenutnega procesa, povečati učinkovitost in kakovost ob znižanju stroškov, odpraviti nekoristne in nepotrebne aktivnosti, ki niso ključne za izvajanje procesa ali pomenijo ozko grlo.

- Z ergonomskega vidika povečati varnost pri delu in posledično zmanjšati bolečine in poškodbe pri zaposlenih.
- Ugotoviti, katera sredstva je mogoče uporabiti za premeščanje in transport pacientov.
- Oblikovati učni delavnici na temo dostojanstvo pacientov ter strukturne delavnice na temo ergonomskih vidikov pri premeščanju pacientov.

2.2 Raziskovalna metodologija

Pri izvedbi projekta smo uporabili več raziskovalnih metod. Študentje so v sodelovanju z mentorji z deskriptivno metodo pregledali literaturo na temo rešitev transporta pacientov v bolnišnicah. Za izdelavo posnetka stanja smo uporabili metode opazovanja in merjenja na podlagi predpripravljenih opazovalnih list. Študenta logistike sta za opazovanje pripravila procesno karto, ki omogoča beleženje aktivnosti, njihovega trajanja, opravljene razdalje ter koristnosti vsake opravljene aktivnosti (koristna in potrebna, nekoristna in potrebna, nekoristna in nepotrebna). Analizirali smo vrste in način transporta, klicanje na preiskave, spremstvo, urejenost pacienta, premeščanje ter kakovost in obseg komunikacije s pacientom ob transportu. Za dopolnitev tako pridobljenih podatkov smo uporabili še tehniko analize dokumentarnega gradiva in tehniko intervjuja.

Najprej smo preučili teoretična izhodišča transporta pacientov v bolnišnicah. Študenti so svoje ugotovitve predstavili na sestanku, ki je tako kot vsi naslednji potekal na daljavo, saj zaradi epidemioloških razmer nismo mogli organizirati srečanj na Visoki zdravstveni šoli v Celju. Med 15. in 19. 6. 2020 smo v bolnišnici opazovali transport pacientov. Opazovanje je bilo vnaprej napovedano. Del študentov se je priključil transportni ekipi, del je ostal na oddelkih, kjer je opazoval pripravo pacientov na transport. Študenti so vse ugotovitve zapisali. Zatem so pozneje posamično še nekajkrat prišli v bolnišnico, saj se je bilo pred pripravo končnega modela o vseh idejah in predlogih treba dogovoriti z zaposlenimi, vključenimi v proces.

3 Rezultati

Študenti so spremljali Transporte s šestih oddelkov na različne diagnostike. Problem je priprava pacienta na transport, ki je v domeni oddelčnih medicinskih sester. Dogaja se, da transporter pride na oddelek, na katerem ne vedo, katerega pacienta in kam ga je treba peljati oziroma pacienti še niso pripravljeni. Transporterji niso vedno obveščeni o tem, v kakšnem stanju je pacient in katero transportno sredstvo bodo uporabili. To pomeni, da se mora transporter vrniti v prostore Centralne transportne ekipe po sedeči voziček. Pacienta ni bilo na oddelku, ker je medtem odšel na drugo preiskavo, ali so pacienta odpeljali na napačno diagnostiko, ker transporter ni dobil ustreznih navodil. Transport do napačne diagnostike pomeni tri- do desetminutno zamudo, kar pomeni 18 odstotkov trajanja enega transporta. Zaznано je bilo čakanje pred dvigalom in dolga vožnja z njim, saj se je ustavilo v vsakem nadstropju, čeprav tam nihče ni čakal. Pri samem transportu ni bilo zaznanih odstopanj. Pred ultrazvokom so čakali povprečno deset minut, pred rentgenom tri minute in pred računalniško tomografijo štiri minute.

Pri transportu pacientov se uporabljajo navadni in električni sedeči vozički ter postelje (navadne, mehanske in električne). Transport s sedečim vozičkom je potekal brez večjih težav. Zaznani je bilo, da se pri transportu s posteljo zaposleni precej naprezajo, še zlasti na ovinkih. Pri transportu s posteljo vedno sodelujeta dva zaposlena, medicinska sestra z oddelka in transporter.

Študentka psihologije je na vzorcu 15 pacientov opazovala, koliko je pri transportu zagotovljeno dostojanstvo. Ugotovila je, da v polovici primerov ni bilo komunikacije s pacienti,

čprav je bilo njihovo psihično stanje oziroma čustvovanje stabilno. V enem primeru je medicinska sestra med transportom ves čas zasebno telefonirala, zaradi česar se je pacient počutil nelagodno in je moral dolgo čakati, da je lahko nekaj vprašal, nato je bil njen odgovor odrezav, in ne informativen. Vsi pacienti so bili primerno oblečeni in urejeni. Po njenem mnenju bi za poglobljeno oceno potrebovala večji vzorec pacientov. Zaposleni so opozorili, da je bilo med opazovanjem čakanje pred vrati diagnostike izredno kratko in da je običajno dosti daljše. Vzrok čakanja je klicanje več pacientov istočasno. Prav tako pa je bilo zaznati spremenjeno vedenje pri zaposlenih, saj je bilo opazovanje napovedano.

Študentka fizioterapije je opazovala upoštevanje ergonomskih načel pri premeščanju in transportu pacientov. V bolniških sobah je prostora za premeščanje premalo. Ob tem ni vedno poskrbljeno za varnost, ker zavore na vozičku niso bile fiksirane oziroma si niso prilagodili delovne višine postelje. Ob premeščanju so bili preveč oddaljeni od pacienta, kar je povzročilo stegovanje in neustrezen oprijem. V vseh primerih niso bili uporabljeni pripomočki za premeščanje (deska ali pas za transfer), kljub temu da so oddelku na razpolago.

4 Razprava

Oblikovali smo model optimizacije transporta pacientov, ki bo poenostavil klicanje pacientov na preiskavo ter zmanjšal izgubo časa. Pripravljeni sta vsebini dveh delavnic na temo pravilnega načina premeščanja pacientov in komunikacije s pacientom med transportom.

Preiskavo za pacienta naroči zdravnik v informacijskem sistemu BIRPIS. Z nadgradnjo sistema bi zdravnik pred dokončanjem naročila z enim klikom označil način transporta (peš, voziček, postelja). Zaključeno naročilo pacienta tako postane vidno radiološkemu inženirju, ki ga uvrsti na urnik. S tem določi po posameznih aparataturah vrstni red pacienta in uro preiskave. V prenovljenem procesu bo ta urnik viden oddelčni odgovorni medicinski sestri na TV-zaslону. Pri prenovi sistema je treba dodati še telefonsko številko oddelka, da jih lahko radiološki inženir pravočasno obvesti v primeru drugih nujnih primerov. Nekateri oddelki imajo namreč več fizično ločenih enot in s tem več telefonskih števil. Radiološki inženirji so predlagali še vidnost podatka o koloniziranosti pacienta, saj takšen pacient zahteva prilagajanje urnika.

Pri pripravi pacienta bi v popolnem oziroma idealnem procesu veliko vlogo odigrala medicinska sestra, ki bi bila odgovorna za pripravo pacientov ali bi delegirala to nalogo drugim medicinskim sestram, da se pacientov ne pozabi pripraviti. Na oddelku bi v prostoru za medicinske sestre ali za preglede postavili TV-zaslone, na katerih bi pisalo kdo (inicialke ali celo ime?), kam, ob kateri uri in kako gre na preiskavo. Pacient pripravljen počaka v bolniški sobi, da pride transportna ekipa, ki ga samo odpelje. Ena od idej za informiranje medicinskih sester, kateri pacient gre na kakšno diagnostiko, je bila »piši, briši tabla«, ki se je z vidika širjenja informacij izkazala kot najcenejša možnost. Ugotovili smo, da ne bi bila dobra izbira, saj bi morala ena medicinska sestra nenehno spremljati obvestila, ta ročno vpisovati, kar bi bilo zamudno. Na TV-zaslону se podatki izpišejo takoj, ko radiološki inženir pacienta vnese na urnik za preiskavo.

Centralna transportna enota oziroma njen dispečer mora imeti po umestitvi pacienta na urnik preiskav vpogled v naslednje podatke za namen proženja transporta:

- ime in priimek pacienta,
- datum in čas trajanja preiskave (časovno okno od–do),
- vrsto transporta,
- oddelek pacienta,
- ambulanto preiskave,
- telefonsko številko delovne enote,

- lokacijo transporterja (dolgoročni cilj).

Ti podatki se centralni transportni enoti oziroma njenemu dispečerju izpišejo v sistemu BIRPIS. Na podlagi teh podatkov dispečer razporeja Transporte med transporterje. Razporejanje je optimalno, če ima dispečer vpogled v lokacije transporterjev. Podatke o lokacijah transporterjev bi zagotavljali z aplikacijo, povezano s sistemom BIRPIS. Ko bo dispečer v Centralni transportni enoti v informacijskem sistemu BIRPIS dobil nov zahtevek za transport, bo s pomožno aplikacijo poslal »poziv« oziroma dodelil nalogo najbližjemu transporterju na njegovo klicno napravo. Transporter bo imel nekaj minut časa, da na svojem pametnem mobilnem telefonu »sprejme« dodeljeno nalogo. S potrditvijo sprejema naloge se bo transporter zavezal, da bo opravil dodeljen transport. Potrditvi sprejema naloge bi sledil prejem podatkov za izvršitev transporta pacienta, in sicer: ime in priimek, čas začetka preiskave pacienta, trajanje preiskave, vrsta transporta, oddelek in številka diagnostike. Transporter se po prejemu teh podatkov lahko pravočasno glede na uro preiskave (upoštevajoč čas hoje do oddelka in čas transporta od oddelka do ambulante preiskave) z ustreznim transportnim sredstvom odpravi na oddelek, na katerem je pacient. Na podlagi imena in priimka na njegovi zapestnici se prepriča, da je res pravi pacient. Nato na svojem mobilnem telefonu v aplikaciji označi, da je pacient »prevzet« na oddelku. To je pomembna informacija za radiološkega inženirja, ki na svojem računalniku (aplikacija za sledenje, povezana z Birpisom) vidi, da bo pacient zagotovo prišel na preiskavo. Pacienta nato transporter odpelje na diagnostiko, ki mu jo je sporočil dispečer, zato ne bi smelo priti do napake, da bi pacienta peljali na napačno diagnostiko.

Z nadgradnjo informacijskega sistema BIRPIS bi se izognili uporabi mobilnega telefona med pričakovanim potekom procesa. Uporabili bi ga zgolj v primeru odklonov. Urnik in potrebni podatki bodo vidni v sistemu. S transporterji bo komuniciral zgolj dispečer po klicnih napravah. Odpade torej klic radiološkega inženirja na oddelek, naj pripeljejo pacienta, in klic medicinske sestre dispečerju, naj pošljejo transporterja. Med opazovanjem smo ugotovili, da nepotrebne aktivnosti zajemajo kar 14 odstotkov časa trajanja procesa. Če transporter na dan opravi na primer deset transportov, v povprečju pred diagnostikami čaka 45 minut. Če ima mesec 20 delovnih dni, pomeni, da se zaradi čakanja izgubi skoraj dva delovna dneva.

Če bi želeli optimizirati transport z bolniškimi posteljami, bi lahko uporabili robotsko potiskalo postelj (ang. robotic bed mover). Namen pripomočka ni pospešiti transporta, temveč zmanjšati fizični napor zaposlenih. Zato vpliva na njihovo zdravje. Namesto sedanjih dveh oseb bi transport, seveda odvisno od zdravstvenega stanja pacienta, lahko izvedla zgolj ena oseba. Pri opazovanih transportih pacientov smo zaznali, da je njihovo zdravstveno stanje omogočalo, da bi jih na diagnostiko odpeljal zgolj transporter. V takšnem primeru bi lahko medicinske sestre ostale na oddelku in poskrbele za potrebe drugih pacientov. Strošek nakupa pripomočka je okvirno 22.000 evrov, kar je skoraj enako kot povprečni bruto osebni dohodek ene srednje medicinske sestre.

Za izboljšanje zagotavljanja dostojanstva pacientov smo pripravili predlog za izvedbo učne delavnice, ki bi bila organizirana za osebje, ki skrbi za transport pacientov, in za medicinske sestre, ki transport izvajajo oziroma skrbijo za pripravo pacienta za transport. Glede na epidemiološke razmere predlagamo izvedbo spletne delavnice, ki bi se je udeležilo do 25 posameznikov in bi trajala eno šolsko uro. Takšna skupina omogoča sodelovanje udeležencev in pridobivanje povratnih informacij. Udeleženci bi se počutili vključeni in bi tako zmanjšali verjetnost negativnega razpoloženja, ki bi lahko nastalo kot posledica občutka neslišnosti in zgolj naštevanja vseh napak brez prepoznavanja močnih in dobrih točk. S tem, ko bo zdravstveno osebje seznanjeno z vidiki dostojanstva, bo prepoznalo svoj prispevek k ohranjanju ali rušenju dostojanstva pacientov ter ozaveščanju o mogočih ovirah, ki se lahko pojavijo zaradi

raznih hevristik zaznavanja ali predhodnih predsodkov. Na delavnici bi se lahko obravnavale tudi možne težave, ki se lahko pojavijo pri upoštevanju teoretičnih smernic v praksi.

Pri obravnavi ergonomskega vidika izvajanja procesa transporta smo posneli filma, ki nazorno pokažeta napake pri premeščanju ter njihov vpliv na zdravje zaposlenih in prikažeta pravilen postopek premeščanja. Predlagali smo izvedbo učne delavnice, na kateri bi zaposlene na podlagi nepravilnih praks, prikazanih v filmu, učili pravih pristopov. Poseben poudarek bomo pri tem namenili uporabi orodij za premeščanje pacientov.

Proces je mogoče implementirati v kakršnemkoli okolju, kjer so prisotni pacienti. Strošek prenove procesa je razviden iz tabele 1.

Tabela 1: Stroški nadgradnje sistema

	<i>strošek</i>
naročanje pacienta	približno 500 evrov (nadgradnja sistema – vnos podatka o transportu)
izdelava urnika	/
priprava pacienta	približno 500 evrov (zasloni)
transport pacienta	približno 1000 evrov (nadgradnja sistema – vidni podatki transportu)
skupaj	približno 2000 evrov

Vir: Projekt ŠIPK, 2020.

Najprej bi TV-zaslone namestili na pet bolnišničnih oddelkov. Izbrali smo zaslone manjših premerov, ker za prikaz teh podatkov ne potrebujemo veliko prostora.

Ko bo predlagan model optimizacije uveden v prakso (po koncu izrednih razmer v bolnišnici zaradi epidemije koronavirusa), bodo doseženi naslednji učinki:

- skrajšanje časa transporta s pravočasno pripravo pacientov na posameznem bolnišničnem oddelku;
- večja učinkovitost transporterjev zaradi izboljšane komunikacije med deležniki z uvedbo klicnih naprav;
- kadrovske in finančne prihranke z uvedbo novih transportnih sredstev in pripomočkov;
- povečanje varnosti pri delu, ohranjanje delovne sposobnosti zaposlenih, manj bolečin in poškodb, izboljšanje kakovosti življenja zaposlenih, izboljšanje odnosov med zaposlenimi z uvedbo ergonomskih načel pri transportu in premeščanju pacientov;
- zagotavljanje dostojanstva pacientov.

Delo v projektni skupini je pokazalo, kako pomembno je sodelovanje med izobraževalnimi institucijami in bolnišnico. Študenti imajo veliko teoretičnega znanja, ki ga lahko s pomočjo mentorjev iz kliničnega okolja zelo koristno prenesejo v prakso. Edina težava, ki se je pokazala, je povezana z omejitvami, ki so izhajale iz epidemiološke situacije, in s tem težjo dostopnostjo do bolnišnice in onemogočenjem izvedbe pilotnega projekta.

5 Sklep

Predlagani model optimizacije transporta je mogoče prenesti tudi v druge zdravstvene ustanove in socialnovarstvene zavode (domovi starejših, posebni socialnovarstveni zavodi ipd.), v katerih je potreben transport pacientov. Rezultati projekta so plod predanega dela in odličnega sodelovanja študentov različnih študijskih smeri visokošolskega in javnega zavoda. S projekti ŠIPK študenti pridobijo dodatna znanja, praktične izkušnje ter sposobnost sodelovanja s študenti drugih študijskih smeri, navezujejo stike v lokalnem okolju in si tako izboljšujejo zaposlitvene možnosti. Največjo korist takšnega projekta ima zagotovo bolnišnica. Po eni strani bo poskrbljeno za optimalno uporabo kadra, pri čemer upoštevamo tudi ergonomski vidik, po

študenti drugih študijskih smeri, navezujejo stike v lokalnem okolju in si tako izboljšujejo zaposlitvene možnosti. Največjo korist takšnega projekta ima zagotovo bolnišnica. Po eni strani bo poskrbljeno za optimalno uporabo kadra, pri čemer upoštevamo tudi ergonomski vidik, po drugi strani pa bomo povečali kakovost in varnost zdravstvene obravnave ter zadovoljstvo pacientov.

LITERATURA

1. Hanne, T., Melo, T. in Nickel, S. (2009). Bringing robustness to patient flow management through optimized patient transports in hospitals. *Interfaces* 39 (3), 241–255.
2. Maze, H. (2017). Dostojanstvo pacientov v bolnišnici. V D. Plank (ur), *Aktivna vloga pacienta in medicinske sestre v procesu zdravstvene obravnave*, 18. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 6. oktober 2017 (str. 6–15). Celje: Splošna bolnišnica Celje in Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje.
3. Projekt ŠIPK, (2020). *Optimizacija transporta pacientov na radiološke preiskave*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
4. Organizacija združenih narodov, (1948). Splošna deklaracija o človekovih pravicah, Resolucija št. 217A (III). Pridobljeno s <http://Splošna deklaracija človekovih pravic | Amnesty Slovenija>.
5. Spasovski, N. (2019). *Uporaba ergonomsko-tehničnih pripomočkov v obravnavi pacientov na kliniki za kirurgijo (Diplomska naloga)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Paliativna oskrba v Sloveniji in tujini

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, organizacija, paliativni tim

POVZETEK - Paliativna oskrba je aktivna holistična obravnava bolnikov z neozdravljivo boleznijo in podpora njihovim bližnjim, ki se osredotoča na obvladovanje problemov (telesnih, psiholoških, duhovnih in socialnih), ter strokovna oskrba v zadnjem obdobju življenja in med žalovanjem. Namen prispevka je bil analizirati raven razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji v primerjavi s tujino. Uporabili smo deskriptivno metodo dela in meta-asintezo pregleda znanstvene in strokovne literature iz podatkovnih baz COBISS, DIKUL, Google Učenjak, Medline in PubMed. Literaturo smo iskali po ključnih besedah v enakem vrstnem redu v slovenščini in angleščini. Ob upoštevanju proste dostopnosti članka v celotnem obsegu in starosti največ 10 let smo za končno obdelavo izbrali 13 člankov. Ugotovili smo, da paliativna oskrba v Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni ni urejena v skladu z načeli paliativne oskrbe, sistemsko urejeno pa ni niti financiranje. V Sloveniji ni določenih standardov storitev in kadrovskega normativov, imamo pa tudi velik primanjkljaj pri izobraženih zdravstvenih delavcih na področju paliativne oskrbe, medtem ko je paliativna oskrba v razvitih državah sveta že desetletja vključena v nacionalne zdravstvene sisteme. Za dvig ravni paliativne oskrbe v Sloveniji bi bilo potrebno narediti še veliko, vendar bo treba najprej poskrbeti za zadostno število primerno izobraženih in usposobljenih zdravstvenih delavcev za to tako pomembno področje.

KEYWORDS: Palliative care, organization, palliative team

ABSTRACT - Palliative care is active holistic treatment of patients with incurable disease and support to their loved ones, focusing on coping with problems (physical, psychological, spiritual and social) and professional care in the last period of life and during mourning. The purpose of this paper was to analyze the level of development of palliative care in Slovenia compared to abroad. We used a descriptive method of work and metasynthesis of a review of scientific literature and professional literature from the databases COBISS, DIKUL, Google Scholar, Medline and PubMed. We searched for literature by keywords in Slovene and English in the same order. Taking into account the free availability of the article in its entirety and with a maximum age of 10 years, we selected 13 articles for final processing. We found that palliative care in Slovenia at the secondary and tertiary levels is not regulated in accordance with the principles of palliative care, and funding is not systematically regulated. There are no set standards of services and staffing norms in Slovenia, but we also have a large shortage of educated health workers in the field of palliative care, while palliative care in developed countries has been included in national health systems for decades. Much remains to be done to raise the level of palliative care in Slovenia, but it will first be necessary to ensure a sufficient number of suitably educated and trained health professionals for this important field.

1 Paliativna oskrba

Najbolj zanesljiva stvar v življenju je smrt, pa kljub temu o njej neradi govorimo. Celo med zdravstvenimi delavci ostaja neke vrste tabu tema, kajti z njo enačimo morda nezadostno znanje v okviru stroke in da morda nismo naredili dovolj na tem področju. Izguba vere v Boga in izguba prepričanja v večno življenje nas je oddaljila od same smrti. O smrti neradi razmišljamo, o njej neradi govorimo. Zdi se nam tako oddaljena od življenja, da jo lahko celo zanikamo, pa vendar pride in dobro je, da smo na njo vsak dan pripravljeni. Kot je smrt del našega življenja,

pa če to hočemo ali ne, je tudi paliativna oskrba del medicine, del zdravstva, osnovna človekova pravica in pravica pacienta, ki je nešteto krat kršena.

Oskrba pacientov v bolnišnicah je nagnjena k zdravljenju in podaljševanju življenja. Velik problem zdravljenja pacientov ob koncu življenja je ta, da zdravniki ne prepoznajo ali prepoznajo, da pacient potrebuje paliativno oskrbo. Za izvajanje paliativne oskrbe imajo zdravstveni delavci premalo znanja. Tako se v zadnjem obdobju življenja na pacientu nemalokrat izvajajo zahtevne in agresivne diagnostične preiskave, ki pa ne pripomorejo k podaljševanju življenja, ampak le bistveno zmanjšajo kakovost življenja. V paliativni oskrbi so zatorej pomembni sledeči dejavniki: pravočasna identifikacija pacientov, ki potrebujejo paliativno oskrbo, pravočasna napotitev k strokovnjakom paliativne oskrbe, sodelovanje med pacienti, njihovimi svojci in zdravstvenimi delavci, uporaba smernic in primeren delovni proces ter znanje na področju paliativne oskrbe v bolnišnicah (Witkamp idr., 2013, str. 514).

Vpliv smrti in umiranja na odnose v zdravstvu in v celotni družbi podcenjujemo. Medicinsko stališče do umiranja in smrti je še danes večinoma odklonilno oziroma smrt obravnavamo z odporom. Velikokrat se zgodi, da so potrebe pacienta ob koncu življenja zanemarjene ali spregledane. Pacienti so prepuščeni svojcem na svojem domu, ki so pogosto nemočni in prizadeti. Zdravstveni delavci na različnih ravneh med seboj niso učinkovito povezani, tudi ne različne ravni zdravstva (zdravstveni dom – osebni zdravnik in patronažna medicinska sestra, bolnišnica in po potrebi tudi terciarni nivo – onkološki inštitut ali druge klinike). Takšna povezava bi bila v podporo pacientom in svojcem v domačem okolju. Ker te podpore ni oz. je omejena le na določene predele v Sloveniji, so pacienti ob odstopanjih (poslabšanju zdravstvenega stanja) prisiljeni na bolnišnično obravnavo, kjer pa je obravnava ravno nasprotna njihovim potrebam: pretirana zdravstvena obravnava, tako rekoč kurativno zdravljenje z agresivnimi preiskavami vse do konca življenja (Lunder, 2006, str. 14).

Verjetno najbolj izpopolnjeno definicijo paliativne nege je leta 2002 izdala Svetovna zdravstvena organizacija. Paliativno oskrbo opredeljuje kot oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih bližnjih, katere namen je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da se omogoči zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav (Državni program paliativne oskrbe – DPPO, 2002, str. 4).

1.1 Primerjava Slovenije s tujino

V Državnem programu paliativne oskrbe (Državni program paliativne oskrbe – DPPO, 2010, str. 7) je zapisano, da paliativno oskrbo lahko dobijo osebe s katero koli neozdravljivo boleznijo in osebe, ki takšno oskrbo sprejmejo. Paliativna oskrba se lahko začne že zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se nadaljuje v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Namenjena je bolnikom vseh starosti, torej tudi otrokom (pediatrija) in starostnikom (geriatrija).

Prvi programi za paliativno bolnišnično oskrbo so bili v ZDA uvedeni v nekaterih ustanovah leta 1980, kot sta Cleveland Clinic in Medical College of Wisconsin. Od takrat je prišlo do dramatičnega povečanja programov paliativne oskrbe, ki jih je sedaj skupaj že več kot 1200. Programi paliativne oskrbe so sedaj prisotni že v več kot 55 % bolnišnic v ZDA. V okviru programov paliativne oskrbe po bolnišnicah delujejo t. i. interdisciplinarni timi, ki aktivno pomagajo obolelemu in njegovim svojcem. Na afriškem kontinentu je razvoj paliativne oskrbe povezan izključno s prizadevanji posameznikov – prostovoljcev in ni prisoten kot strategija nacionalnih zdravstvenih sistemov. V letu 2008 45 % držav ni imelo organizirane nikakršne paliativne oskrbe. Samo Uganda, Tanzanija in Republika Južna Afrika imajo paliativno oskrbo vključeno v svoj nacionalni zdravstveni sistem. Takšna stopnja dostopnosti in organiziranosti paliativne oskrbe ne zadosti potrebam, še posebej ne prebivalcem podsaharskega dela Afrike,

za katerega je značilna visoka obolelost za virusom HIV, in sicer je bilo leta 2009 kar 22,5 milijona obolelih, kar predstavlja kar 67 % obolelih na globalni ravni (Vrščaj, 2015, str. 10–11).

V Aziji so paliativno oskrbo začeli najprej uvajati na Japonskem, in sicer leta 1975 v Osaki. Dandanes paliativno oskrbo izvajajo pretežno v bolnišnicah. Izvaja jo visoko strokovno usposobljeni tim za paliativno oskrbo, ki je še posebej usposobljen na področju oskrbe pacientov, ki so oboleli za rakom. Paliativno oskrbo izvajajo tudi v Hospicevih domovih, po letu 2006 pa se je zelo razširila tudi paliativna oskrba na domu. Sistem paliativne oskrbe je financiran s strani zdravstvene zavarovalnice (Goh, 2007, str. 19).

V evropskem prostoru je paliativna oskrba različno urejena. Vzorčna primera ureditve sta Velika Britanija in Španija, še posebej Katalonija, kjer izvajajo trenutno enega izmed najuspešnejših modelov paliativne oskrbe. V večini držav Evropske unije že deluje organizirana paliativna oskrba, v vzhodnoevropskih državah in državah v tranziciji se pospešeno razvijajo in izvajajo programi za organizirano izvajanje paliativne oskrbe. S pridružitvijo Evropski uniji se je tudi naša država zavezala k izpolnitvi pravice prebivalcev do paliativne oskrbe. Kot je navedeno v Državnem planu paliativne oskrbe, imamo v Sloveniji organizirano primarno, sekundarno in terciarno zdravstveno varstvo, zato je smiselno organizirati paliativne time na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Tim za paliativno oskrbo ali paliativni tim je izvajalec osnovne paliativne oskrbe in koordinator vseh drugih dejavnosti, ki jih pacient v paliativni oskrbi potrebuje in jih izvajajo izvajalci institucionalnega varstva v dnevni in celodnevni oblikah in drugih ustanovah (Državni program paliativne oskrbe – DPPO, 2010, str. 5 in 7).

Vse države članice Evropske unije so zavezane k zagotavljanju splošne dostopnosti visokokakovostne in finančno dostopne dolgotrajne oskrbe za svoje državljane. Zaradi naraščajočega števila starejše populacije prebivalstva je vse težje premagovati finančne in logistične izzive, ki vključujejo izpolnjevanje navedene zaveze do obolelih in njihovih svojcev (Evropska komisija, 2008, str. 10).

Evropsko združenje za paliativno oskrbo, Mednarodno združenje za Hospic in paliativno oskrbo, Svetovna zveza za paliativno oskrbo in Organizacija za človekove pravice (Human Rights Watch) zagovarjajo, da se mora dostop pacientov do paliativne oskrbe prepoznati kot osnovna človekova pravica. Kot opredeljuje Praška listina, je paliativna oskrba zakonita pravica vsakega posameznika in jo številna mednarodna združenja zagovarjajo kot pravico posameznika do najboljšega možnega fizičnega in psihičnega zdravja. Paliativna oskrba učinkovito lajša in preprečuje trpljenje, zato neučinkovitost glede dostopnosti predstavlja nečloveško in ponižujoče zdravljenje (Praška listina – Paliativa, 2013).

Namen prispevka je bil analizirati raven razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji v primerjavi s tujino.

2 Metode

Namen raziskave je z uporabo pregleda literature in obstoječih raziskav primerjati in ugotoviti razliko v organiziranosti paliativne oskrbe med Slovenijo in Evropo.

Cilji raziskave so:

- raziskati stanje organiziranosti paliativne oskrbe v Evropi,
- prikazati trenutno stanje organiziranosti paliativne oskrbe v Sloveniji,
- ugotoviti razlike v organiziranosti paliativne oskrbe med Evropo in Slovenijo,
- predstaviti pomen in vpliv trenutne organiziranosti paliativne oskrbe v Sloveniji na paciente, ki tako oskrbo potrebujejo, in njihove svojce.

Za potrebe raziskovalnega dela prispevka smo si postavili še dve raziskovalni vprašanji, in sicer:

- Kakšne so razlike v organiziranosti paliativne oskrbe med Evropo in Slovenijo?
- Kako trenutna organiziranost paliativne oskrbe v Sloveniji vpliva na paciente in njihove svojce, ki tovrstno pomoč potrebujejo?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, izvedli pa sistematični pregled strokovne in znanstvene literature ter analizirali pridobljene vire.

2.1.1 Metoda pregleda literature

Podatke smo pridobili s sistematičnim pregledom in analizo izbrane strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo domačo in tujo literaturo s področja organiziranosti paliativne oskrbe pri nas in v Evropi. V bibliografskih bazah smo izvedli iskanje po ključnih besedah najprej v slovenščini (»paliativna oskrba«, »organizacija« in »paliativni tim«) in nato še angleščini (»palliative care«, »organization« in »palliative care team«), ki smo jih vpisovali po enakem vrstnem redu. Da smo izbor še nekoliko zmanjšali, smo dodali še izključitvena faktorja, ki sta odprti dostop članka v celotnem obsegu in objava med letoma 2015 in 2020, ter faktor jezika, torej objava v slovenskem ali angleškem jeziku. Zbiranje podatkov je potekalo 28. 8. 2020.

2.1.2 Strategija pregleda zadetkov

Med 40 članki, ki so ustrezali našim kriterijem, smo po pregledu za končno analizo izbrali 13 člankov. Pot izločevanja zadetkov je natančno prikazana v PRIZMA diagramu, članke pa smo analizirali po metodi metaanalize.

Tabela 1: Prikaz postopka iskanja prispevkov po bibliografskih bazah

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS	paliativna oskrba, organizacija, paliativni tim	632, 31, 6	1
COBISS	palliative care, organization, palliative care team	268, 16, 1	1
DIKUL	palliative care, organization, palliative care team	49, 8, 5	4
Google Scholar	palliative care, organization, palliative care team	16800, 52, 5	2
MEDLINE	palliative care, organization, palliative care team	2653, 12, 6	3
PubMed	palliative care, organization, palliative care team	9701, 996, 31	2

Vir: Lastni vir, 2020.

V slovenskem pregledovalniku oziroma v virtualni knjižnici Slovenije in bazah preko 500 knjižnic (COBISS) smo iskali po ključnih besedah v slovenščini. Ob upoštevanju kriterijev, ki smo jih opisali v prejšnjem odstavku, smo ob vpisu ključnih besed v slovenščini dobili šest zadetkov, ob vpisu angleških pa 1 zadenek. V vseh ostalih bibliografskih bazah pri iskanju člankov ob vpisovanju slovenskih ključnih besed ni bilo zadetkov. V podatkovnih bazah DIKUL in Google Scholar smo na podlagi kriterijev dobili po pet člankov, v MEDLINE šest, v bibliografski bazi PubMed pa smo na podlagi kriterijev našli kar 31 zadetkov. Ob pregledu posameznih prispevkov smo tako za končno analizo iz bibliografske baze COBISS pridobili dva, iz baze DIKUL štiri, Google Scholar dva, MEDLINE tri in PubMed dva članka. Po pregledu zadetkov smo izvedli še vsebinsko analizo spoznanj vključenih raziskav v pregled,

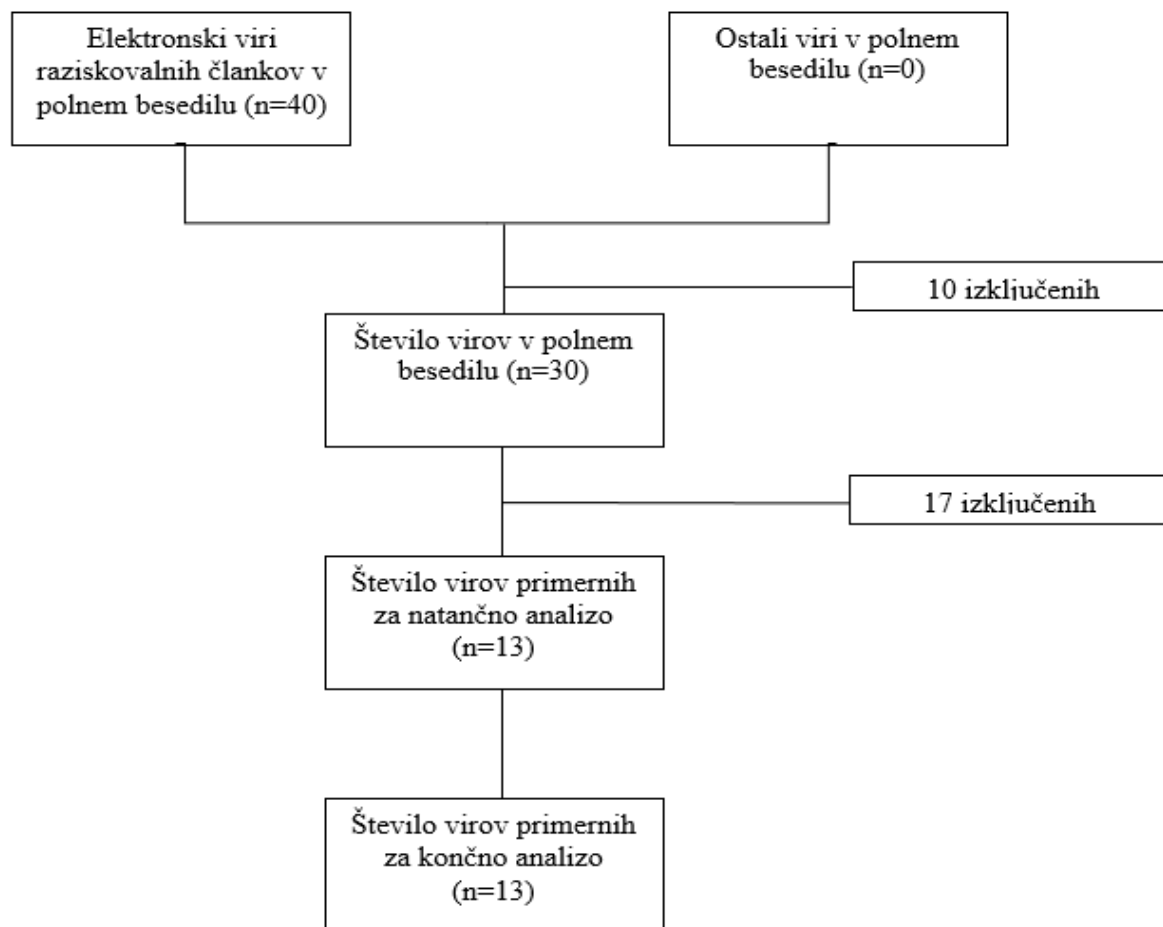
uporabili tehniko kodiranja in oblikovanja vsebinskih kategorij, kar pa je podrobneje predstavljeno v diplomskem delu prve avtorice.

3 Rezultati

3.1 PRIZMA diagram

V PRIZMA diagramu (slika 1) prikazujemo pot, po kateri smo z izključevanjem posameznih enot prišli do končnega števila člankov, ki smo jih nato pregledali v celotnem obsegu.

Shema 1: PRIZMA diagram



Vir: Lastni vir, 2020.

4 Razprava

Na osnovi trinajstih zadetkov, ki smo jih izbrali za končno analizo, ugotavljamo, da je paliativna oskrba v razvitih državah sveta že desetletja vključena v nacionalne zdravstvene sisteme. Ugotavljamo še, da je potreba po organiziranosti paliativne oskrbe družbeni problem, s katerim se sooča celotni svet. Za potrebe naše raziskave smo si zato postavili tudi dve raziskovalni vprašanji, na kateri v nadaljevanju odgovarjamo oziroma z odgovori podajamo naše ključne ugotovitve.

Države, ki imajo paliativno oskrbo dobro urejeno in umeščeno v svoj zdravstveni sistem, imajo v osnovi urejeno formalno izobraževanje na več ravneh in tudi financiranje storitev paliativne oskrbe. Avtorica Lunder (2002) navaja, da je španski model paliativne oskrbe tako uspešen

zaradi učinkovite finančne državne podpore in prizadevanja vrhunskih strokovnjakov na področju paliativne oskrbe. Glede na pridobljene podatke v slovenskem prostoru nimamo obveznega izobraževanja za zdravnike, ki so ključni pri izvajanju paliativne oskrbe. Če zdravnik ne prepozna pravočasno pacienta, ki potrebuje paliativno oskrbo, so vsa prizadevanja ostalih strokovnjakov (medicinskih sester, socialnih delavcev idr.) zaman. Drugi problem v Sloveniji je neurejenost financiranja storitev paliativne oskrbe, vključno s kadrovskimi normativi, na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Če želimo izvajati kakovostno paliativno oskrbo, moramo postaviti zakonske, finančne in organizacijske temelje za organizirano izvajanje paliativne oskrbe. Plank (2016, str. 74) pravi, da Slovenija sodi med države, ki tega področja še nimajo niti sistemsko urejenega niti umeščenega v ustrezne dokumente. Ministrstvo za zdravje je sicer leta 2010 potrdilo Državni program paliativne oskrbe, ki predvideva sicer dobro in sistemsko ureditev izvajanja paliativne oskrbe na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva v državi, vendar ni realiziran v skladu z akcijskim načrtom. V organiziranosti paliativne oskrbe v javnem zdravstvu močno zaostajamo za vsemi zahodnoevropskimi in celo nekaterimi vzhodnoevropskimi državami. Država bi morala skladno s sprejetjem Državnega programa paliativne oskrbe imenovati strokovno usposobljene osebe (koordinatorje), ki bi se profesionalno in sistematično lotile uvajanja paliativne oskrbe v prakso.

Plank (2016, str. 75) in Vrščaj (2015, str. 27) navajata, da smo v Sloveniji na področju izvajanja paliativne oskrbe na repu med evropskimi državami. Precej pred nami v razvoju so vsaj Španija, Velika Britanija, Irska, Danska, Nizozemska, Avstrija, Francija, Švedska, Romunija, Nemčija in tudi druge države. Ker v Sloveniji nimamo urejenih osnovnih temeljev za izvajanje kakovostne celostne paliativne oskrbe (strokovno izobražen kader in urejeno financiranje), seveda tudi nimamo zagotovljenih ostalih pogojev za njeno izvajanje (paliativni oddelki in/ali paliativne postelje, paliativni timi, klinične poti, enotna dokumentacija, dostopnost ambulante za zdravljenje bolečine in ostalih simptomov). Tudi Lunder (2006, str. 16) navaja, da je primerjava izvajanja paliativne oskrbe v Sloveniji z ostalimi državami v mnogih vidikih nemogoča. Predvsem odstopamo po tem, da nimamo dovolj izobraženega kadra s področja paliativne oskrbe in da nimamo paliativnih oddelkov vsaj v večjih bolnišnicah. Glede na ugotovitve raziskave imamo v Sloveniji do danes vzpostavljen en mobilni paliativni tim (Nacionalni program za paliativno oskrbo, 2010; Furman in Lapuh, 2017, str. 8), ki je po sestavi in načinu delovanja podoben sestavi mobilnih paliativnih timov, kot jih imajo v Švici, Avstriji in Združenih državah Amerike (Braithe idr., 2007, str. 9; Ministrstvo za zdravje, 2010; Schur idr., 2016, str. 16; Furman in Lopuh, 2017, str. 23).

Na podlagi analize naših člankov lahko kot odgovor na prvo raziskovalno vprašanje »Kakšne so razlike v organiziranosti paliativne oskrbe med Slovenijo in Evropo?« zapišemo, da največjo oviro predstavlja organizacija paliativne oskrbe, saj so modeli organizacije paliativne oskrbe držav članic Evropske unije različni. Veliko oviro predstavlja tudi dostop do storitev paliativne oskrbe na podeželju ter skromno vedenje prebivalstva o storitvah paliativne oskrbe. Ugotavljamo, da je ureditev na področja paliativne oskrbe najboljše organizirana in dostopna v Angliji in Španiji.

N. Beganović (2015, str. 31) je v svoji raziskavi ugotovila, da oskrbovanci v večini menijo, da je paliativna oskrba le oskrba pacientov z neozdravljivo boleznijo, nekateri oskrbovanci pa izraza sploh ne poznajo. Glede načel paliativne oskrbe menijo, da je glavno načelo lajšanje bolečin in drugih spremljajočih simptomov, za ostala načela so se odločili v zelo majhnem številu. Kljub temu da izraza paliativna oskrba ne poznajo, je anketa pokazala, da pomislekov glede paliativne oskrbe nimajo in da z vlogo paliativnega tima v Obalnem domu upokojencev Koper niso seznanjeni. Sami niso poiskali informacij o paliativni oskrbi, kar se opazi tudi pri odgovoru, ki so ga največkrat obkrožili, in sicer da paliativni tim sestavljata samo zdravnik in medicinska sestra. O komunikaciji z umirajočim menijo, da je dobra oziroma zadovoljiva, se

pa večinoma strinjajo, da ne bi smeli vzdrževati življenjske funkcije oziroma ukrepe intenzivnega zdravljenja pri umirajočem za vsako ceno. S tem, da je etično, da drugi odločajo namesto njih, se ne strinjajo. Se jim pa najpogosteje ob soočanju z umirajočim porajajo vprašanja o tem, ali jih boli oziroma ali jih sliši in ali bi lahko naredili še kaj za njih, preden se poslovijo. Vrščaj (2015, str. 48) navaja tudi, da si velika večina pacientov želi umreti doma v domačem okolju med bližnjimi. Še vedno pa premalo naredimo, da se uresničijo želje posameznega bolnika. To lahko dosežemo samo z ustrezno organizacijo paliativne oskrbe, izobraževanjem, dobro komunikacijo, timskim pristopom ter povezovanjem različnih inštitucij in služb.

Na podlagi analize naših člankov lahko kot odgovor na drugo raziskovalno vprašanje »Kako trenutna organiziranost paliativne oskrbe v Sloveniji vpliva na paciente in njihove svojce, ki tovrstno pomoč potrebujejo?« zapišemo, da si večina umirajočih želi umreti doma, da pa žal v Sloveniji še nimamo tako dobro razvite in organizirane paliativne oskrbe, da bi lahko vsem omogočili dostojno in neboleče umiranje v krogu domačih, na domači postelji. Na naše četrto vprašanje bi tako lahko odgovorili, da je najpomembnejše mnenje umirajočega in njegova želja v zadnjih trenutkih njegovega življenja in da ima vsak človek pravico umreti dostojno v krogu domačih.

5 Sklep

Res je, da je paliativna oskrba v zadnjih petih desetletjih prešla pot od samih začetkov v Angliji do organiziranih oblik paliativne oskrbe tako znotraj nacionalnih zdravstvenih sistemov kot tudi izven njih. Najnovejša spoznanja na področju paliativne oskrbe narekujejo ustanavljanje paliativnih oddelkov v bolnišnicah in domovih za starejše občane ter konzultacijskih paliativnih timov na vseh ravneh zdravstva. Hkrati pa je potrebno urediti tudi organiziranost in financiranje dobrodelnih nevladnih organizacij hospicev, ki ostajajo vir dobre klinične prakse, profesionalnih in filozofskih temeljev za oskrbo ob koncu življenja, saj so oni sami začetki paliative. Paliativna oskrba v Sloveniji se razvija, jo imamo, vendar se razvija zelo počasi, imamo načrte in plane, vendar nimamo dovolj izobraženega kadra. Bilo bi krivično, če bi rekli, da se ne izvaja, saj smo lahko videli, da akcijski načrt poteka in se odvija, vendar počasi, imamo paliativne time, paliativa se izvaja tako na Kliniki Golnik kot na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, vendar bo potrebnega še veliko časa in veliko sprememb, da bomo lahko govorili o kakovostnem umiranju in holistični ter dobri paliativni oskrbi.

Paliativna oskrba mora potekati neprekinjeno in koordinirano ne glede na to, kje je bolnik obravnavan. Oskrba mora zagotavljati celostno obravnavo tako fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb bolnika. Za zagotavljanje ustrezne mreže paliativnih timov potrebujemo več zdravstvenega kadra (zdravnikov, medicinskih sester, socialnih delavcev, psihologov z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe) in poenoteno mrežo paliativne oskrbe po državi, saj je le-ta trenutno neenakomerno razvejana in različno organizirana glede na regije (Furman in Lopuh, 2017, str. 148).

Prav tako so potrebne spremembe v šolskem sistemu, saj med izobraževanjem pridobimo zelo malo znanja s področja umiranja, smrti in paliativne oskrbe. Res pa je, da je na voljo možnost podiplomskega študija paliativne oskrbe in 60-urni tečaj paliativne oskrbe, ki se izvaja mesečno (če je dovolj prijav, kar pa jih žal ni, krivec za to je tudi zanikanje in tabuizacija smrti).

Za zagotavljanje holistične paliativne oskrbe so potrebna napredna znanja s področja paliativne oskrbe. Zavedamo se pomena izobraževanja vseh zdravstvenih delavcev in preostalih članov, ki sodelujejo v paliativnem timu ali mobilnem paliativnem timu. Le-to bi moralo biti dobro načrtovano in kontinuirano. Vzpostaviti je treba mrežo mobilnih paliativnih timov glede na

potrebe po paliativni oskrbi v posameznih regijah ter zagotoviti finančna sredstva za njihovo delovanje in razvoj (Razlag Kolar, Filej, Kavčič, 2019, str. 13).

Skrb vzbujajoče je dejstvo, da v Sloveniji od sprejetja Nacionalnega programa paliativne oskrbe leta 2010 (Ministrstvo za zdravje, 2010) deluje samo en mobilni paliativni tim, kar kaže na nedosledno izvajanje akcijskega načrta v okviru sprejetega nacionalnega programa. Področje bi bilo treba sistemsko urediti in organizirati vzpostavitev mobilnih paliativnih timov v okviru Direktorata za dolgotrajno in paliativno oskrbo. Šele ko bo področje sistemsko urejeno, bo mogoče realizirati in vzpostaviti načrtovano mrežo mobilnih paliativnih timov, ki bo zadoščala potrebam prebivalcev glede na dejansko stanje v posameznih regijah države.

Smrt zagotovo pride in tako kot v mladosti delamo cilje za popolno življenje, popolno službo in družino, je prav, da si naredimo cilje tudi za zadnji del življenja, za popolno paliativno oskrbo s popolnim finančnim planom in popolno organizirano paliativno oskrbo na vseh treh zdravstvenih ravneh.

LITERATURA

1. Beganović, N. (2015). Mnenje oskrbovancev, svojcev in zaposlenih o paliativni oskrbi (Diplomska naloga). Izola: Fakulteta za vede o zdravju.
2. Državni program paliativne oskrbe. (2010). Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno 4. 9. 2020, s http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/zakonodaja/Paliativa/Dr%C5%BEavni_program_paliativne_oskrbe_190410.doc.
3. Evropska komisija. (2008). Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji (Raziskovalno poročilo). Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
4. Furman, M. in Lopuh, M. (2017). Paliativna oskrba – kaj to je? V P. Strnad, Š. Baznik in G. Prosen (ur.), Šola urgence (str. 146–150). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
5. Goh, C. (2007). Palliative care development in the Asia-Pacific region. *Supportive and Palliative Care*, 7 (1), 1–13.
6. Lunder, U. (2002). Nekateri uspešni modeli paliativne oskrbe v svetu. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Seminar o bolečini (str. 185–193). Maribor: Splošna bolnišnica Maribor.
7. Lunder, U. (2006). Možnost organizacije paliativne oskrbe v Sloveniji. V M. Cesar Komar in N. Krčevski - Škvarč (ur.), Seminar o bolečini z mednarodno udeležbo (str. 17–20). Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine.
8. Plank, D. (2016). Izvajanje paliativne oskrbe v slovenskih bolnišnicah (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Razlag Kolar, T., Filej, B. in Kavčič, B. M. (2019). Razvoj mobilnih paliativnih timov za obvladanje potreb po paliativni oskrbi v domačem okolju (Raziskovalno poročilo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Schur, S., Weixler, D., Gabe, C., Kreye, G., Likav. R., Masel, E. idr. (2016). Sedation at the end of life a nation wide study in palliative care units in Austria, 77 (15), 1623–1643.
11. Vrščaj, R. (2015). Ureditev paliativne oskrbe bolnika v Evropski uniji in Sloveniji (Magistrsko delo). Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
12. Witkamp, F. E., Van Zuyen, L., Van der Mass, P. J., Van Dijk, H., Van der Rijt, C. in Van der Heide, A. (2013). Improving the Quality of Palliative and Terminal Care in the Hospital by a Network of Palliative Care Nurse 100 Champions: The Study Protocol of the palTeC-H Project. *BMC Health Services Research* 13 (115), 1472–1963.

Znanje medicinskih sester o uporabi opioidov za obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi – pregled literature

KLJUČNE BESEDE: *opioidi, obvladovanje bolečine, znanje medicinskih sester, paliativna oskrba*

POVZETEK - Kronična bolečina je večinoma zmerne do hude intenzitete. Če ni ustrezno nadzorovana, vpliva na kakovost življenja bolnika v paliativni oskrbi. Opioidi so izbirna sredstva za lajšanje srednje hude in hude bolečine. Medicinske sestre so v položaju, ko morajo zagotavljati oceno bolečine in zagovarjati potrebe bolnika. V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda – pregled znanstvene literature s področja znanja medicinskih sester o uporabi opioidov v paliativni oskrbi v angleškem jeziku od leta 2015 do leta 2020. Izbor člankov je bil opravljen glede na vključitvene kriterije: dostopnost, znanstvenost, vsebinska ustreznost in aktualnost. Po izboru so bili podatki analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo. Šestnajst virov smo vključili v vsebinsko analizo ter predstavili temeljna izhodišča problema pri paliativni oskrbi, pri čemer je pomemben dejavnik pomanjkanje znanja medicinskih sester o uporabi opioidov. Pregled dokazov pokaže, da imajo medicinske sestre največji primanjkljaj znanja že v obdobju formalnega izobraževanja pred vstopom v delovni proces ali v procesu dela.

KEYWORDS: *opioids, pain management, nurses' knowledge, palliative care*

ABSTRACT - Chronic pain is usually of moderate to severe intensity. If it is not properly controlled, it affects the quality of life of a patient in palliative care. Opioids are the drug of choice for relieving moderate to severe pain. Nurses are in a position to advocate pain assessment and advocate for patient needs. In our research, a descriptive method was used - a scientific literature review from the field of nurses' knowledge of the use of opioids in palliative care, published in the English language between the years 2015 and 2020. The selection of the articles was made according to the following inclusion criteria: accessibility, scientificity, contextual relevance and topicality. After the selection, the data were analysed by means of qualitative content analysis. We included 16 sources in the content analysis and presented the basic starting points of the problem in palliative care, in which there is significant the factor of the lack of nurses' knowledge of the use of opioids in pain management. The review of evidence shows that nurses demonstrate the greatest lack of knowledge already in the educational process prior to entering the work process, or in the work process itself.

1 Teoretična izhodišča

Paliativna oskrba izboljšuje kakovost življenja bolnikov in njihovih bližnjih, ki se soočajo z neozdravljivo boleznijo; preprečuje in lajša trpljenje z zgodnjim prepoznavanjem, ustreznim ovrednotenjem in zdravljenjem bolečin in drugih težav, vključno s psihičnimi, psihosocialnimi in duhovnimi. Kronična bolečina srednje hude in hude intenzitete pomembno vpliva na kakovost življenja (Eccleston idr., 2017) ter na telesno, čustveno in duhovno počutje (Al-Atiyyat idr., 2019). Alnajar, Darawad, Alshahwan in Samarkandi (2017) govorijo o večdimenzionalnem sindromu. Bolečina je eden vodilnih simptomov pri bolnikih v paliativni oskrbi, je mešanica akutne in kronične bolečine. Poleg telesne škode povzroči tudi vedenjske, čustvene in duhovne težave, ki pomembno vplivajo na kakovost življenja.

Opij je pridobljena rastlinska snov, med sestavinami sta morfin in kodein. Izraz »opioidi« se nanaša na naravne (opiate) ali na sintetične spojine, ki delujejo v centralnem živčnem sistemu

z vezavo na receptorje. Analgezija ali zmanjšano zaznavanje bolečine po aktivaciji opioidnega receptorja nastane zaradi številnih dogodkov na celični in molekularni ravni (Els idr., 2017). Morfin še vedno ostaja najučinkovitejše zdravilo za zdravljenje hude bolečine. Močni opioidi so posebej indicirani za lajšanje bolečine pri maligni bolezni in imajo pogosto dodatne koristne učinke, kot so lajšanje tesnobe, ustvarjanje zaspanosti in omogočanje spanja (Wiffen, Wee, Derry, Bell in Moore, 2017). Kljub izboljšanju kakovosti farmakoloških zdravil je več študij pokazalo, da bolniki v različnih fazah bolezni ne dobijo dovolj učinkovitega protibolečinskega sredstva (Makhlouf, Pini, Ahmed in Bennett, 2019).

Bolnika z bolečino medicinske sestre srečujejo v primarnem, sekundarnem in terciarnem varstvu. Medicinska sestra je tista, ki ugotovi potrebe po zdravljenju (Utne, Småstuen in Nyblin, 2019). A ker lahko imajo medicinske sestre pomanjkljivo znanje o obvladovanju bolečine, pogosto niso pripravljene prevzeti zagovorniške vloge v imenu bolnikov (Keen idr., 2017). Nedavna študija je ugotovila, da tiste medicinske sestre, ki imajo znanje o bolečini, bistveno prispevajo k boljšemu počutju in zadovoljstvu bolnikov (Al-Atiyyat idr., 2019), poleg znanja so pomembni še odnos in praktične izkušnje medicinskih sester (Saifan idr., 2019). Obvladovanje bolečine spada med kompleksnejše probleme pri paliativni oskrbi, zato je ključno, da imajo medicinske sestre v kliničnem okolju znanje in veščine za celovito obravnavo bolnika (Al-Atiyyat idr., 2019). Medicinske sestre so primarni izvajalci oskrbe ob koncu življenja in sodelujejo pri aplikaciji zdravil. Ameriško združenje za obvladovanje bolečine v zdravstveni negi je sprejelo protokol titracije zdravil pri obvladovanju akutne bolečine (Barnett, Mulvenon, Dalrymple in Connelly, 2018).

Namen prispevka je, da na osnovi pregleda dokazov iz literature ugotovimo, kakšno znanje o bolečini in uporabi opioidnih zdravil imajo medicinske sestre ter kaj je razlog zanj. Na podlagi tega raziskovalnega problema smo opredelili raziskovalno vprašanje: Kakšno je znanje medicinskih sester o uporabi opioidov za obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi?

2 Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu, uporabljeni sta bili deskriptivna metoda dela ter metoda empiričnega raziskovanja. Za potrebe empiričnega dela smo analizirali že obstoječe članke v angleškem jeziku. Uporabljena je bila literatura, objavljena od 1. 1. 2015 do 1. 1. 2020. Za ta namen smo pregledali baze podatkov Medline, Cochrane Library, Google Scholarship in Research Gate. Pri iskanju literature smo upoštevali jezikovni kriterij, omejili smo se na članke, objavljene v angleškem jeziku. V raziskavo smo vključili samo tiste članke, pri katerih smo lahko dostopali do celotnega besedila. Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili naslednje ključne besede: nurses knowledge, opioids, pain management, end of life care, elderly. Uporabljene ključne besede smo z Boolovimi logičnimi operatorji (AND, OR, NOT) povezali v različne kombinacije. V podatkovni bazi Cochrane Library je bil uporabljen iskalnik Mesh.

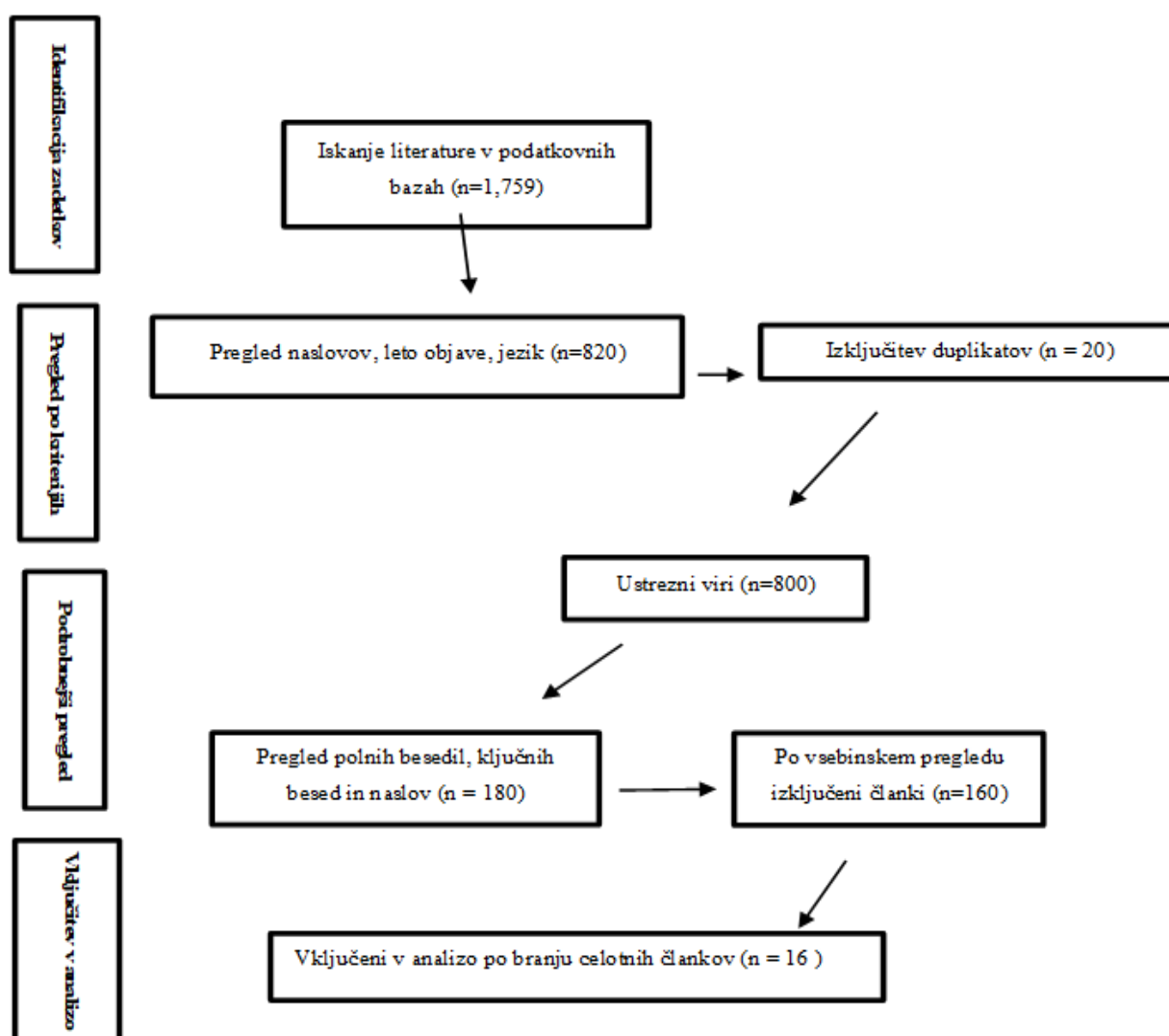
Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

<i>Kriterij</i>	<i>Vključitveni kriteriji</i>	<i>Izključitveni kriteriji</i>
Jezik	Angleški jezik	Drugi jeziki
Ključne besede	Ključne besede v angleškem jeziku: nurses knowledge, opioids, pain management, end of life care, elderly	Vse preostale ključne besede, ki niso podale jasnih zadetkov

Vrsta publikacij	Objavljeni članki (znanstveni, strokovni, izvirni, pregledni)	Drugo
Dostop	Celotno besedilo	Izvillečki
Časovno obdobje	2015–2020	Starejši od 5 let

Najdenih je bilo 1759 zadetkov, ki smo jih analizirali po fazah, prikazanih na sliki 1. V drugem koraku so bili članki pregledani po vključitvenih kriterijih. Od potencialnih virov smo v Endnotu izključili vse dvojnike. V naslednji fazi smo pregledali vsa polna besedila, ujemanje po ključnih besedah in naslovih. Izključili smo še 20 člankov, ki se vsebinsko niso ujemale. Nato smo 180 člankov podrobno pregledali in v končno analizo vključili 16 člankov.

Slika 1: Rezultati pregleda po metodologiji PRISMA



Vir: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA. Sak - Dankosky idr., 2014.

3 Rezultati

Tabela 2 prikazuje končni seznam člankov, ki so vključeni v končno analizo.

Tabela 2: Sinteza v končno analizo vključenih člankov

<i>Avtor</i>	<i>Metoda</i>	<i>Namen</i>	<i>Ugotovitve</i>
Al-Atiyyat idr. (2019)	Kvantitativna raziskava	Raziskati bolečino ter znanje in odnos medicinskih sester.	Kronična bolečina pomembno vpliva na kakovost življenja bolnikov. Za učinkovito lajšanje bolečine morajo medicinske sestre imeti zelo raznoliko znanje.
Alnajar idr. (2017)	Kvantitativna raziskava	Oceniti znanje in odnos do obvladovanja bolečine.	Bolečina je večdimenzionalni sindrom. To je eden vodilnih simptomov pri bolnikih. Skrb vzbujajoče je, da je simptom bolečine pogosto spregledan zaradi premalo znanja medicinskih sester.
Barnett idr. (2018)	Kvantitativna raziskava	Raziskati znanje, odnos in prakso medicinskih sester.	Ugotovljeno je bilo, da imajo medicinske sestre premalo znanja o obvladovanju bolečine.
Eccleston idr. (2017)	Kvantitativna raziskava	Preučiti učinkovitost uporabe opioidov.	Kronična bolečina srednje hude in hude intenzitete vpliva na kakovost življenja bolnikov. Za učinkovito lajšanje morajo medicinske sestre imeti znanje o farmakoloških učinkih opioidov.
Els idr. (2017)	Kvantitativna raziskava	Učinkovitost in varnost opioidov z visokim odmerkom.	Opij je pridobljena rastlinska snov. Med sestavinama sta morfin in kodein. Morfin ostaja najučinkovitejše zdravilo za lajšanje hude bolečine. Medicinske sestre za lajšanje bolečine potrebujejo znanje o farmakoloških značilnostih opioidov.
Kahsay in Pitkäjärvi (2019)	Presečna kvantitativna študija	Določiti stopnjo znanja, odnos in ovire, povezane z obvladovanjem bolečine.	Znanje medicinskih sester glede obvladovanja bolečine je nezadostno tako pri ocenjevanju kot tudi vrednotenju bolečine.
Kasasbeh idr. (2017)	Kvantitativna raziskava	Znanje in odnos medicinskih sester pri obravnavi rakave bolečine.	Bolečina, povezana z rakom, je pogosta, kljub temu pa mnogi bolniki kljub napredku pri načinih obvladovanja še vedno občutijo bolečine. Primanjkljaj se opazi tudi v znanju medicinskih sester pri uporabi bolečinske lestvice za ocenjevanje bolečine.
Keen idr. (2017)	Kvantitativna raziskava	Ovrednotiti učinkovitost dokazov o programih izobraževanja o bolečini.	Programi izobraževanja o bolečini in odnosu so pokazali izboljšanje znanja po izvedbi izobraževanja.

Makhlouf idr. (2019)	Kvantitativna raziskava z metaanalizo	Raziskati znanje in odnos zdravstvenih delavcev do bolečine in njenega obvladovanja.	Več študij je pokazalo, da kljub izboljšanju poznavanja farmakoloških zdravil bolniki ne dobijo dovolj učinkovitega protibolečinskega sredstva. To povezujejo predvsem z nezadostnim znanjem medicinskih sester.
Mazoyer, Sastre, Sorum in Mullet (2017)	Kvalitativna raziskava	Ugotoviti miselnost o uporabi morfija pri neozdravljivo bolnih ljudeh.	Primanjkljaj znanja medicinskih sester se pokaže že pri osnovnih dejavnikih za uspešno obvladovanje bolečine.
Perri idr. (2018)	Kvantitativna študija	Ugotoviti stališča do bolečine.	Medicinske sestre imajo neustrezno znanje o bolečini, kar se izraža predvsem pri neustrezni obravnavi bolečine.
Saifan idr. (2019)	Kvalitativna raziskava	Raziskati ovire za dobro zdravljenje onkoloških bolnikov.	Strahovi, povezani z uporabo in neželenimi učinki opioidov, ter pomanjkljivo znanje so bili najjasneje prepoznane ovire.
Samarkandi (2018)	Presečna kvalitativna študija	Proučiti znanje in odnos medicinskih sester.	Medicinske sestre imajo nizko raven znanja o obvladovanju bolečine.
Toba, Samara in Zyoud (2019)	Presečna kvalitativna študija	Ocena znanja, prakse in zaznavanja ovir pri zdravljenju bolečin.	Primanjkljaji znanja medicinskih sester so izkazali potrebo po dodatnem izobraževanju.
Utne idr. (2019)	Presečna kvalitativna študija	Raziskati znanje in odnos do bolečine.	Medicinska sestra je tista, ki ugotovi potrebe po zdravljenju bolečine. Če ima dovolj znanja, jih zazna in ugotovi potrebe po odpravljanju.
Wiffen idr. (2017)	Kvalitativna raziskava	Ugotoviti učinke opioidov.	Najpogosteje uporabljena zdravila so še vedno morfinski preparati. Veljajo za zlati standard, kar pomeni, da morajo imeti medicinske sestre zadostno mero znanja o uporabi in delovanju morfinskih preparatov.

Identificirali smo 27 kod, ki smo jih vsebinsko združili v tri vsebinske kategorije. Prikazane so v tabeli 3.

Tabela 3: Sinteza kod po kategorijah

Kode (n = 27)	Avtorji
<i>Kategorija 1 – znanje o bolečini</i> Ovrednotenje – prepoznavanje – kakovost življenja – obvladovanje – medicinska sestra – stališča – predsodki – dokumentiranje – edukacija – zagovorništvo – izobraževanje	Al-Atiyyat idr., 2019; Alnajar idr., 2017; Barnett idr., 2018; Els idr., 2017; Kahsay in Pitkäjärvi, 2019; Kasasbeh, McCabe in Payne, 2017; Perri idr., 2018; Saifan idr., 2019; Samarkandi, 2018; Toba idr., 2019; Utne idr., 2019
<i>Kategorija 2 – kakovost življenja</i> Prebijajoča – kronična – nezdravljena – konstantna – kakovost življenja – simptom – sindrom	Al-Atiyyat idr., 2019; Alnajar idr., 2017; Barnett idr., 2018; Eccleston idr., 2017; Els idr., 2017; Kahsay in Pitkäjärvi, 2019; Keen idr., 2017; Mazoyer idr., 2017; Saifan idr., 2019; Samarkandi, 2018; Utne idr., 2019

<i>Kategorija 3 – opiodi</i> Kakovost življenja – opij – morfij – sintetične – naravne sestavine – receptorji – analgezija – analgetični učinek – stranski učinki	Barnett idr., 2017; Eccleston idr., 2017; Els idr., 2017; Kasasbeh idr., 2017; Makhoul idr., 2019; Utne idr., 2019; Wiffen idr., 2017
---	---

4 Razprava

Samarkandi (2018) je ugotovil, da več kot polovica medicinskih sester poroča o pomanjkljivem znanju o samem obvladovanju bolečine. Skrb vzbujajoč dejavnik je, da še vedno spodbujajo pacienta, da zdrži čim dlje brez uporabe opiodov, prav tako tudi z odvrčanjem pozornosti od same bolečine (Al-Atiyyat idr., 2019; Alnajar idr., 2017). Odstopanja se kažejo tudi pri ocenjevanju bolečine po lestvici VAS v tem, da medicinske sestre ne verjamejo bolnikom pri ocenjevanju jakosti bolečine.

Medicinske sestre, ki so imele pogoste stike z bolniki, pri katerih je bila prisotna bolečina, so kazale višjo stopnjo znanja pri obvladovanju bolečine (Kahsay in Pitkääjärvi, 2019). Saifan idr. (2019) so ugotovili, da je glavni dejavnik, ki je vplival na neustrezno obvladovanje bolečine, strah pred stranskimi učinki, zlasti pred depresijo dihanja. Ena najbolj skrb vzbujajočih ugotovitev je bila podcenjevanje bolečine.

Z lestvico za ocenjevanje znanja in odnosa v povezavi z bolečino (ang. KASRP-The Modified Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain) so ugotovili, da imajo medicinske sestre neustrezno raven znanja in stališč, kadar govorimo o obvladovanju bolečine pri neozdravljivi bolezni (Perri idr., 2018). Sklepanje, da imajo medicinske sestre z več delovne dobe več znanja kot tiste z manj delovne dobe, je zanemarljivo. Študija Perrija idr. (2018) ni pokazala pomembne razlike med izobrazbo medicinskih sester ter znanjem pri obvladovanju bolečine.

Velikokrat se razlike v znanju medicinskih sester pojavijo predvsem pri razumevanju odvisnosti od opiodnih zdravil. Najpomembnejše ovire za ustrezno obvladovanje bolečine, ki so jih navajale medicinske sestre, so bile: slaba ocena bolečine, samo izvajanje terapije, bolnikova nepripravljenost za jemanje opiodov ter neznanje medicinskih sester (Makhoul idr., 2019). Primanjkljaj znanja se pokaže že pri osnovnih dejavnikih, potrebnih za uspešno obvladovanje bolečine: medicinske sestre ne vedo, da obstajajo zdravila za lajšanje zmerne do hude bolečine, se ne počutijo kompetentne pri ravnanju s takšnimi bolniki, ne poznajo in ne uporabljajo lestvice za ocenjevanje bolečine, vključno z lestvico VAS, zakasnela aplikacija opiodov (Mazoyer idr., 2017; Toba idr., 2019; Utne idr., 2019).

Za namen multidisciplinarne obravnave bolečine je bil razvit model, ki lahko medicinskim sestram zelo pomaga. Model, ki temelji na obvladovanju bolečine (ang. Symptom Management Model), je multidimenzionalen, sestavljen iz treh glavnih domen: osebe, okolje in zdravje. Tri dimenzije so medsebojno povezane, zato jih je treba obravnavati skupno. Poznavanje modela in uporaba v kliničnem okolju sta odraz naprednega znanja medicinske sestre, saj model zahteva višjo raven razumevanja in poznavanja bolečine (Saifan idr., 2019).

Pregled literature je pokazal, da obvladovanje bolečine ostaja pomemben problem v zdravstvu. Medicinske sestre imajo še vedno premalo znanja, kar ovira kakovostno oskrbo bolnika z bolečino pri paliativni oskrbi (Kasasbeh idr., 2017). Ta spoznanja so spodbudila prizadevanja za boljše izobraževanje medicinskih sester o obravnavi bolečine.

5 Sklep

Podatki analiziranih študij kažejo, da je obravnava bolečine in vseh z njo povezanih dejavnikov skrb vzbujajoča. S pregledom dokazov ugotavljamo, da imajo medicinske sestre premalo znanja o celostni obravnavi bolnika z bolečino v paliativni oskrbi, vzrok za to so lahko različni dejavniki, predvsem pomanjkanje izobraževanja. Znanje je ključno za kakovostno in holistično obravnavo bolnika z bolečino v paliativni oskrbi. Bolniki v paliativni oskrbi s svojo krhkostjo, kompleksnimi težavami in težkim zdravstvenim stanjem so izziv celotni družbi. Če bi bila bolečina obravnavana v skladu z aktualnimi smernicami, bi se zmanjšalo trpljenje bolnika in tudi strošek zdravljenja, posledica tega bi bila uspešna, učinkovita in kakovostna obravnava bolnika v paliativni oskrbi. Še vedno se srečujemo z veliko hospitaliziranih bolnikov, ki imajo neprimerno zdravljeno bolečino, kar vpliva tako na bolnika kot tudi na njegove svojce. Menimo, da je morda prav nezdravljena bolečina tista, ki negativno vpliva na sam proces umiranja in smrt ter predsodke, ki jih mogoče ne bi bilo, če bi bila bolečina pri bolnikih obvladana. Naša kultura pomembno vpliva na samo dožemanje bolečine. Zdravljenju bolečine namenimo premalo časa, zaradi česar so potek bolezni, umiranje in smrt še težji. Negativni predsodki vplivajo na bolnike, svojce in zdravstvene delavce. Predsodki, pomanjkanje znanja in negativen odnos do zdravljenja bolečine pomembno prispevajo k dožemanju bolečine ter njenemu zdravljenju.

Glede na to, da je področje paliativne zdravstvene nege pri nas slabo raziskano, predvsem glede obravnave bolečine, so za spremembe, ki jih nujno potrebujemo, potrebne klinične raziskave. Z raziskavo smo želeli predstaviti, da je pri paliativni oskrbi bolnika z bolečino še vedno prisoten izrazit primanjkljaj v znanju medicinskih sester. Pregled dokazov potrjuje, da potrebujemo izboljšave na tem področju, zato medicinska sestra potrebuje napredna znanja, ki jih pridobi pri podiplomskem magistrskem izobraževanju.

LITERATURA

1. Al-Atiyyat, N., Salim, N. A., Tuffaha, M. G., Nigim, H. A. A., Mah'd Saleh, M., Alkhodary, M. E. idr. (2019). A Survey of the Knowledge and Attitudes of Oncology Nurses toward Pain in United Arab Emirates Oncology Settings. *Pain Management Nursing*, 20 (3), 276–283. doi:10.1016/j.pmn.2018.08.005
2. Alnajar, M., Darawad, M., Alshahwan, S in Samarkandi, O. (2017). Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units. *Journal of Cancer Education*, 34, 1–8. doi:10.1007/s13187-017-1285-5
3. Barnett, M., Mulvenon, C., Dalrymple, P in Connelly, L. (2018). Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns Regarding Titration of Opioid Infusions at the End of Life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12, 81–88. doi:10.1097/NJH.0b013e3181cf791c
4. Eccleston, C., Fisher, E., Thomas, K. H., Hearn, L., Derry, S., Stannard, C. idr. (2017). Interventions for the reduction of prescribed opioid use in chronic non-cancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). doi:10.1002/14651858.CD010323.pub3
5. Els, C., Jackson, T. D., Hagtvedt, R., Kunyk, D., Sonnenberg, B., Lappi idr. (2017). High-dose opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). doi:10.1002/14651858.CD012299.pub2
6. Kahsay, D. T in Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18 (1). doi:10.1186/s12912-019-0380-9
7. Kasasbeh, M. A. M., McCabe, C in Payne, S. (2017). Cancer-related pain management: A review of knowledge and attitudes of healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 26 (6). doi:10.1111/ecc.12625

8. Keen, A., McCrate, B., McLennon, S., Ellis, A., Wall, D in Jones, S. (2017). Influencing nursing knowledge and attitudes to positively affect care of patients with persistent pain in the hospital setting. *Pain Management Nursing*, 18 (3), 137–143. doi:10.1016/j.pmn.2017.04.002
9. Makhlof, S., Pini, S., Ahmed, S in Bennett, M. (2019). Managing Pain in People with Cancer-a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *Journal of Cancer Education*. doi:10.1007/s13187-019-01548-9
10. Mazoyer, J., Sastre, M. T. M., Sorum, P. C in Mullet, E. (2017). Mapping French people and health professionals' positions regarding the circumstances of morphine use to relieve cancer pain. *Supportive Care In Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25 (9), 2723–2731. doi:10.1007/s00520-017-3682-z
11. Perri, G. A., Yeung, H., Green, Y., Bezant, A., Lee, C., Berall, A. idr. (2018). A survey of knowledge and attitudes of nurses about pain management in end-stage liver disease in a geriatric palliative care unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35 (1), 92–99. Pridobljeno 10. 2. 2021, s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28256899/>
12. Saifan, A. R., Bashayreh, I. H., Al - Ghabeesh, S. H., Batiha, A. M., Alrimawi, I., Al - Saraireh, M., idr. (2019). Exploring factors among healthcare professionals that inhibit effective pain management in cancer patients. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10 (1), 967–976. Pridobljeno s <https://www.researchgate.net/profile/Suhair-Al-Ghabeesh/publication/331373473>.
13. Samarkandi, O. (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi Journal of anesthesia*, 12, 1–7. doi:10.4103/sja.SJA_587_17.
14. Toba, H. A., Samara, A. M. in Zyoud, S. H. (2019). Nurses' knowledge, perceived barriers, and practices regarding cancer pain management: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Medical Education*, 19 (1), 167–167. doi:10.1186/s12909-019-1613-z
15. Utne, I., Småstuen, M. C. in Nyblin, U. (2019). Pain knowledge and attitudes among nurses in cancer care in Norway. *Journal of Cancer Education*, 34 (4), 677–684. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/publication/324114488_Pain_Knowledge_and_Attitudes_Among_Nurses_in_Cancer_Care_in_Norway.
16. Wiffen, P. J., Wee, B., Derry, S., Bell, R. F. in Moore, R. A. (2017). Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi:10.1002/14651858.CD012592.pub2

Prepoznavanje nasilja in zlorab nad starejšimi v institucionalnem varstvu

KLJUČNE BESEDE: starejši, nasilje, zlorabe, institucionalno varstvo

POVZETEK - Nasilje nad starejšimi je vse bolj prepoznaven pojav. Namen prispevka je predstaviti oblike in pogostost nasilja nad starejšimi v institucionalnem okolju ter določiti prepoznavnost nasilja med starejšo populacijo. Raziskava je temeljila na kvantitativnem pristopu, metodi opisa. Za merilni instrument je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Anketa je bila izvedena med starejšimi v domu starejših DEOS Črnuče. Od 50 predloženih anketnih vprašalnikov je bilo 37 pravilno izpolnjenih (74-odstotna realizacija vzorca). Pokazali so prisotnost več oblik nasilja. Več kot polovica starejših ljudi ne prepozna nasilnih dejanj. Storiteli nasilnih dejanj so najpogosteje sostanovalci, sledijo ožji sorodniki in izvajalci zdravstvene nege. Nujno je treba ozavestiti vse zainteresirane strani pri zdravljenju starejših, da je kakršna koli oblika nasilja in zlorabe nad starejšimi nesprejemljiva.

KEYWORDS: elderly, violence, abuse, institucional care

ABSTRACT - Violence against the elderly is an increasingly recognized phenomenon. The purpose of this paper is to present the forms and frequency of violence against the elderly in the institutional environment and to determine the visibility of violence among the elderly population. The research was based on a quantitative approach, the method of description. A structured survey questionnaire was used for the measurement instrument. The survey was conducted among seniors in home care DEOS Črnuče. Out of 50 survey questionnaires submitted, 37 were correctly completed (74% of the sample realization). They showed the presence of several forms of violence. More than half of older people do not recognize violent acts. The perpetrators of violent acts are most often roommates, followed by close relatives and nursing care providers. There is an urgent need to raise awareness among all stakeholders in the treatment of the elderly that any form of violence and abuse against the elderly is unacceptable.

1 Teoretična izhodišča

Število starejših na svetu hitro narašča. Demografske projekcije za Slovenijo kažejo, da se bo zlasti po letu 2025 začelo število starejših nad 80 let izredno hitro povečevati, v obdobju 15 let (2015–2030) kar za 43 %, kar pomeni, da se bo z leti povečevalo nasilje nad starejšimi zaradi pešanja moči in upada kognitivnih funkcij (SURS, 2018, b. s.). Vsaka starejša oseba lahko postane žrtev nasilja. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND, 2008) je prvi zakon v Sloveniji, ki jasno opredeljuje različne vrste nasilja v družini. Zakon posebno skrb namenja tudi problematiki nasilja nad starejšimi, ki so poleg otrok in oseb s posebnimi potrebami najbolj ranljivi. Zakon določa in nalaga dolžnost vsakemu posamezniku, da prijavi nasilje in nudi pomoč žrtvi nasilja. Sprejem tega zakona je celotni družbi dalo dve jasni sporočili: prvič, da nobena oblika nasilja ni sprejemljiva, in drugič, da si družina in vsi družinski člani zaslužijo zakon, ki jih bo obvaroval pred nasiljem (ZPND, 2008, b. s.). Nasilja ne moremo odpraviti čez noč, lahko pa celotna družba, v kateri živimo, pomaga vsem tistim, ki so žrtve in si želijo izstopiti iz kroga nasilja.

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2020, b. s.) je nasilje starejših opredelila kot takšno »posamično ali ponavljajoče se dejanje ali odsotnost ustreznega ravnanja, ki se odvija v

slehnem odnosu, temelječem na podmeni o zaupanju, in ki povzroča škodo ali stisko« (EUSTaCEA, 2010, b. s.). Pri nasilju nad starejšimi imamo v mislih predvsem zlorabo in trpinčenje s strani bližnjih – družinskih članov, posameznih oseb znotraj doma ali v institucijah. Številne posledice nasilja nad starejšimi preprečujejo starejšim ljudem živeti dostojanstveno in neodvisno življenje ter se udeleževati družbenega in kulturnega dogajanja, kar je v skladu s 25. členom Listine o temeljnih pravicah EU ena temeljnih človekovih pravic (EuROPEAN, 2010, b. s.).

Študija o institucionalnem nasilju, ki je bila izvedena v Združenih državah Amerike, kaže naslednje rezultate: 36 % oseb, ki negujejo starejše, je izjavilo, da so že bile priča psihični zlorabi, 10 % jih je samih izvajalo vsaj eno od oblik fizične zlorabe, 81 % jih je opazilo situacijo psihične zlorabe in 40 % osebja je v zadnjem letu ozmerjalo oskrbovanca (Združeni narodi, 2002, b. s.). V okviru Inštituta Antona Trstenjaka je bila leta 2003 izvedena raziskava o zlorabah starejših ljudi (Hvalič Touzery in Felicijan, 2004, str. 13). Raziskava je pokazala majhen delež zlorab v institucijah – le petino primerov, vendar se je treba zavedati, da je do tovrstnih informacij težje priti oziroma jih pridobiti.

Nasilje nad starejšimi se izvaja in ne smemo zanemariti dejstva, da je prisotno ne glede na okolje (Habjanič, 2009, str. 13).

Pregled obstoječih raziskav in raziskovalnih predlogov je pokazal, da nasilje nad starejšimi obstaja, vendar je v Sloveniji zelo malo raziskav na to temo.

A. Habjanič in D. Lahe (2012, str. 44) sta raziskovali nasilje nad starejšimi v domačem in institucionalnem okolju. Ugotovili sta, da je nasilja nad starejšimi v domovih starejših občanov v primerjavi z domačim okoljem manj.

1.1 Nasilje

Med nasilje uvrščamo vsa dejanja, ki so usmerjena proti drugi osebi in so hkrati proti volji te osebe. Pri nasilju ni nujno, da gre za osebni odnos med storilcem in žrtvijo. Gledano s strani storilca nasilnega dejanja gre običajno za enkratno dejanje. Zloraba torej predstavlja enkratno ali ponavljajoče se dejanje oziroma obnašanje, ki se dogaja znotraj vsakega odnosa, ki temelji na zaupanju in ki škodi starejši osebi ter jo spravlja v nevarnost. Kar določa zlorabo, je osebni odnos med žrtvijo in storilcem, pri čemer gre po navadi za ponavljajoče se dejanje. V praksi je pogosto, da se več pojavnih oblik nasilja in zlorab pojavlja hkrati (Turkovič, 2009, str. 16).

Vrste zlorab so lahko različne: fizične, čustvene, spolne, ekonomske ali zanemarjanje. Zloraba pogosto vključuje dve ali več oblik. Posledica fizične zlorabe je poškodba, ki povzroča bolečino, trpljenje, prizadetost in bolezen, čustvena zloraba pa vključuje ustrahovanje, ponižanje, omalovaževanje. Zanemarjanje pa je opredeljeno kot neuspeh pri zagotavljanju blaga in storitev, ki jih potrebuje vzdrževana oseba in neustrezno zagotavljanje osnovnih življenjskih pogojev (hrana, oblačila, zdravstveno zavarovanje ...). Finančna zloraba je izkoriščanje starejših. Storilci razpolagajo s finančnimi sredstvi in starejšega omejujejo pri načinu življenja, ki so ga bili vajeni (Min, 2011, str. 8). Fridl (2014, str. 191) navaja, da so v večjem delu žrtve psihičnega in finančnega nasilja ter da je največ žrtev nasilja bilo starih med 66 in 75 let.

Namen in cilji prispevka so predstaviti oblike in pogostost nasilja nad starejšimi v institucionalnem okolju ter ugotoviti prepoznavnost nasilja med starejšo populacijo.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili deskriptivno neeksperimentalno metodo dela s tehniko anketiranja, ki je bila izvedena med stanovalci doma za starejše DEOS Center starejših Črnuče.

2.2 Opis instrumenta

Podatke smo zbrali z anketnim vprašalnikom, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda domače strokovne literature (Šmit in Leskovic, 2013). Vprašalnik je sestavljen iz dveh sklopov. V prvem sklopu smo preučevali sociodemografske spremenljivke, v drugem sklopu pa ugotavljali prepoznavanje nasilja nad stanovalci doma starejših ter prisotnost in vrsto nasilja.

2.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala v DEOS Centru starejših Črnuče. Predvideni raziskovalni vzorec je bil najmanj 50 starejših.

Petdeset anketnih vprašalnikov smo posredovali na dani naslov vodji doma starejših po predhodnem dogovoru.

V raziskavo je bilo vključenih 37 starejših, kar predstavlja 74-odstotno realizacijo vzorca. Med anketiranimi je bilo 14 % (5) starostnikov starih med 60 in 70 let, 27 % (10) jih je bilo starih med 71 in 80 let, 35 % (13) med 81 in 90 let ter 24 % (9) 91 let ali več.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala januarja 2020. V DEOS Center starejših Črnuče smo predhodno posredovali prošnjo za soglasje za sodelovanje njihovih stanovalcev in nadzorne medicinske sestre prosili za pomoč pri izvedbi anketiranja. Anketiranim smo v sporočilu razložili namen in način zbiranja podatkov, postopek izpolnjevanja anketnega vprašalnika ter jim zagotovili anonimnost. Skozi celoten proces izvedbe raziskave smo upoštevali Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Podatke smo analizirali z računalniškim programom Microsoft Excel in jih prikazali v tabeli in z grafi.

3 Rezultati

V tabeli 1 so prikazani rezultati frekvenc, deležev, povprečnih vrednosti in standardnega odklona ozaveščenosti starejših o oblikah nasilja. Kot obliko fizičnega nasilja starejši prepoznajo dviganje s stola in hranjenje na silo ($\bar{x} = 3,1$ SD = 1,4), kar je v nasprotju s trditvijo, da če kdo drugo osebo porine, to ni nasilno dejanje ($\bar{x} = 2,1$; SD = 1,4). Med trditvami, ki ponazarjajo čustveno nasilje, so anketirani kot nasilno vedenje najbolj prepoznali poniževanje, sramotenje in posmehovanje. Kot čustveno nasilje anketirani niso prepoznali kritiziranja ali pa so ga prepoznali v zelo majhnem deležu.

Rezultati kažejo, da polovica starejših v domu prepozna nasilna vedenja, vendar imajo visoko stopnjo tolerance.

Tabela 1: Ozaveščenost starejših o vrsti nasilja

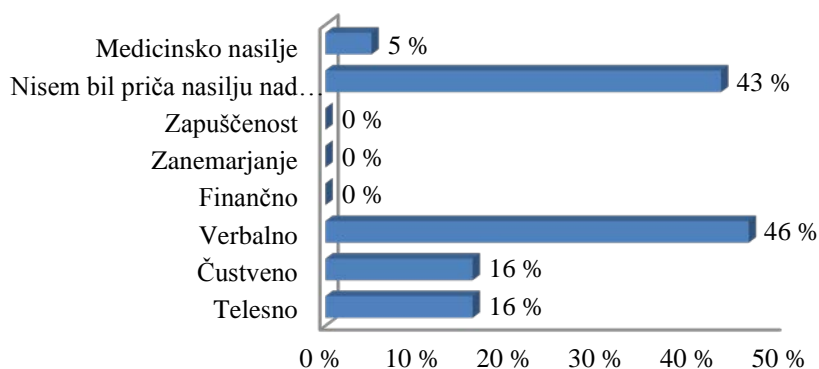
Trditve		Sploh se ne strinjam		Ne strinjam se		Delno se strinjam		Se strinjam		Popolnoma se strinjam		Skupaj		\bar{x}	SD
		f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%		
1	Če kdo drugo osebo porine, to ni nasilno vedenje.	18	49	8	22	4	11	2	5	5	14	37	100	2,1	1,4
2	Kadar me dvigujejo s stola ali postelje in me pri tem boli ali si vstajanja ne želim, to še ne pomeni nasilja, saj mi želijo dobro.	4	11	11	30	8	22	6	16	8	22	37	100	3,1	1,3
3	Kadar me kdo na silo hrani, ne izvaja nasilja, saj mi hoče samo dobro.	7	19	11	30	7	19	5	14	7	19	37	100	2,8	1,4
4	Poniževanje ni nasilno vedenje.	22	59	10	27	3	8	2	5	0	0	37	100	1,6	0,9
5	Sramotenje ni nasilno vedenje.	17	46	14	38	4	11	2	5	0	0	37	100	1,8	0,9
6	Posmehovanje ni nasilno vedenje.	17	46	13	35	3	8	4	11	0	0	37	100	1,8	1,0
7	Kritiziranje ni nasilno vedenje.	12	32	9	24	7	19	8	22	1	3	37	100	2,4	1,2
8	Kadar me kdo izsiljuje za denar, to še ne pomeni nasilnega vedenja.	21	57	11	30	1	3	1	3	3	8	37	100	1,8	1,2
9	Tega, da svojci starostnika v domu starejših občanov ne obiskujejo, ne jemljem kot nasilje.	5	14	14	38	3	8	12	32	3	8	37	100	2,8	1,3
10	Tega, da svojci starostnika na silo namestijo v dom starejših	6	17	15	42	6	17	7	19	2	6	37	100	2,6	1,2

	občanov, ne jemljem kot nasilje.														
11	Tega, da si svojci prilastijo vse premoženje in denar starostnika, ne jemljem kot nasilje.	13	35	11	30	3	8	6	16	4	11	37	100	2,4	1,4

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

V grafu 1 so prikazani rezultati najpogostejših oblik nasilja v institucionalnem okolju. Skoraj polovica anketirancev navaja, da je prisotna verbalna oblika nasilja. V 43 % anketiranci niso bili priča nasilju v institucionalnem okolju. V 16 % pa ugotavljajo prisotnost čustvene in telesne oblike nasilja. V najmanjšem deležu (5 %) sledi medicinsko nasilje, in sicer fizična oblika nasilja izvajalcev zdravstvene nege, kot so vlačenje, prisilno hranjenje, prisilno kopanje, dvigovanje s stola, postelje in odpiranje. Psihično nasilje zaznavajo v obliki kričanja, izrekanja groženj, sramotjenja.

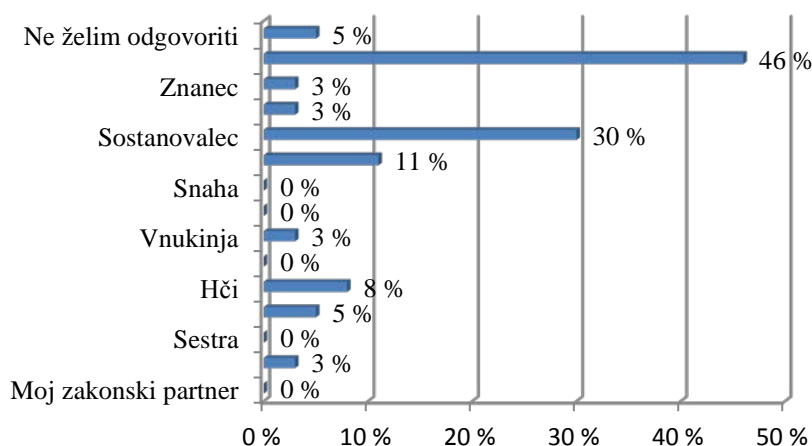
Graf 1: Najpogostejše oblike nasilja nad starostniki



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

V grafu 2 so prikazani rezultati prepoznavanja izvajalcev nasilja nad starostniki v institucionalnem varstvu. Anketiranci najpogosteje zaznavajo med izvajalci nasilja znance, druge sorodnike, izvajalce zdravstvene nege, vnukinje, hčerke in sinove. V 30 % kot izvajalce nasilja navajajo sostanovalce doma starejših. V 46 % se je izkazalo, da stanovalci doma niso bili deležni nasilnega dejanja.

Graf 2: Izvajalci nasilja nad starostniki



Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

4 Razprava

Raziskava je pokazala, da starostniki doma starejših prepoznajo nasilje in nasilno vedenje. Najmanj tolerantni so do čustvene oblike nasilja. Z raziskavo smo potrdili, da skoraj polovica starejših v domu ne prizna nasilja. Porivanje prepoznajo kot fizično nasilje, saj se skoraj polovica sploh ni strinjala s trditvijo, da če kdo drugega porine, to ni nasilno vedenje. Glede fizične oblike nasilja, kot je dviganja s stola, so kljub bolečinam ob tem mnenja deljena, saj se 41 % anketiranih ni strinjalo, da ta oblika nasilja ne pomeni nasilnega vedenja. Hranjenje na silo anketirani prepoznajo kot obliko fizičnega nasilja, saj se je slaba tretjina starejših popolnoma strinjala in strinjala s trditvijo. Med trditvami, ki ponazarjajo čustveno nasilje, so anketirani kot nasilno vedenje najbolj prepoznali poniževanje, sledita sramotenje in posmehovanje. Kot čustveno nasilje anketirani niso prepoznali kritiziranja ali pa so ga prepoznali v zelo majhnem deležu. Želeli smo tudi ugotoviti, ali anketirani prepoznajo ekonomsko nasilje. Ugotovili smo, da starejši ekonomsko obliko nasilja dobro prepoznajo, saj se več kot polovica anketiranih ni strinjala s trditvijo, da kadar me kdo izsiljuje za denar, to še ne pomeni nasilnega vedenja. Pentek (2000, b. s.) dodaja, da so finančnim zlorabam izpostavljeni zlasti tisti starostniki, pri katerih sta zanimanje ter možnost presoje in odločanja oslabela zaradi duševnih motenj, kot sta demenca in depresija. V splošnem velja, da odtujitev osebne lastnine brez lastnikovega privoljenja pomeni kršitev. Čeprav so starostniki, nad katerimi se izvaja materialno nasilje, v večini primerov brez možnosti presojanja, je to še vedno nedopustno in bi moralo biti ustrezno obravnavano.

S trditvijo, da če svojci starostnika v domu za ostarele ne obiskujejo, ni nasilno dejanje, se je popolnoma strinjala in strinjala tretjina anketiranih. Dve tretjini se s trditvijo nista strinjali ali sploh nista strinjali. S trditvijo, da če svojci starostnika v dom za ostarele namestijo proti njegovi volji, ni nasilno dejanje, se je popolnoma strinjala ena četrtnina, slaba polovica anketiranih pa se je s trditvijo strinjala. S trditvijo se ni strinjala slaba četrtnina anketiranih.

Ugotovimo lahko, da zapuščenost in namestitev v domsko oskrbo anketiranci prepoznajo kot nasilno vedenje.

Naše ugotovitve lahko primerjamo s podatki, ki jih je Lunka (2018, str. 28) prikazala v svoji raziskavi. V študiji je ugotovila, da je duševno ali čustveno nasilje slabo prepoznano. Kot obliko čustvenega nasilja je avtorica izpostavila ignoriranje, molk in neodzivanje na prošnje ali želje starostnika. Ta oblika nasilja je slabo prepoznana, starostniki tega vedenja ne občutijo kot

nasilje. Ista avtorica ugotavlja, da starostniki finančnega nasilja ne prepoznajo dobro, kar je nasprotno našim ugotovitvam.

Pentek (2000, b. s.) dodaja, da so finančnim zlorabam izpostavljeni zlasti tisti starostniki, pri katerih sta zanimanje ter možnost presoje in odločanja oslabela zaradi duševnih motenj, kot sta demenca in depresija. V splošnem velja, da odtujitev osebne lastnine brez lastnikovega privoljenja pomeni kršitev. Čeprav so starostniki, nad katerimi se izvaja materialno nasilje, v večini primerov brez možnosti presojanja, je to še vedno nedopustno in bi moralo biti ustrezno obravnavano.

V okviru drugega raziskovalnega vprašanja, kdo so najpogosteje izvajalci nasilja nad starejšimi, so kot storilce nasilnih dejanj identificirali sinove, hčere, vnuke in druge svojce, pa tudi tujce, ki iščejo lahke žrtve za okoriščanja vseh vrst, izvajalce zdravstvene nege in sostanovalce. Ker po naravi dela zdravstvena nega in oskrba potekata timsko, je stikov s starejšimi veliko, delo pa fizično in psihično naporno, obremenjujoče in stresno. V takem delovnem okolju posameznik hitro prestopi mejo vzdržnosti in nepravilno pristopi k problematični situaciji, ki zahteva strpnost in konstruktivno reševanje problema. Za pravilen pristop so potrebni zrelost, znanje in komunikacijske spretnosti.

Skrb za starejše je vse prevečkrat pozabljena. Eden izmed razlogov so slabi odnosi že med starši in otroki, nerazumevanje med generacijami in odsotnost občutka hvaležnosti. Svojcem je najlažje starostnika prepustiti v domsko oskrbo, da lahko sami »normalno« nadaljujejo svoje življenje. Menimo, da do problematičnih odnosov med starostniki in njihovimi svojci prihaja zaradi nepoznavanja sprememb v starosti. Od svojih staršev pričakujejo, da bodo vedno enako mentalno bistri, fizično dejavni in duševno stabilni. Ko vse te funkcije pri starostnikih počasi upadajo, so ob tem pretreseni, do njih postanejo nestrpni, jih zaradi tega zaničujejo, se nanje jezijo in terjajo od njih nemogoče – da so enaki kot prej. Njihov odnos lahko vodi v telesno kaznovanje in mučenje z nasilnim razgibavanjem, posedanjem na voziček, hojo kljub močnim bolečinam in nasilnim hranjenjem. Pojave nasilja bi lahko povezali z odsotnostjo zaposlenih oziroma nadrejenih na delovnem mestu, ko si morda marsikateri povzročitelj dovoli več, kot bi si sicer. Med pregledom strokovne literature smo ugotovili, da do nasilnih dejanj nad starostniki največkrat pride v popoldanskem času. Pojavijo se tako ob delavnikih kot ob nedeljah in praznikih (Šmit in Leskovic, 2013, str. 389).

5 Sklep

Študija je pokazala, da so starejši prepoznali različne oblike nasilja, ekonomsko in fizično. Starejši slabše zaznavajo čustveno in verbalno obliko nasilja. V nadaljevanju ugotovimo, da starejši prepoznajo storilce izvajanja nasilnih dejanj, ki so od znancev do najbližjih sorodnikov (hčerke, sinovi, vnukinje). Med izvajalci nasilja v institucionalnem okolju prepoznajo tudi sostanovalce v domu starejših ter izvajalce zdravstvene nege. Več kot polovica je nasilna vedenja zanikala oziroma ignorirala. Pri nekaterih dejanjih nasilnega vedenja starejši izkazujejo visoko stopnjo tolerance. Zaključimo lahko, da je prepoznavanje nasilja med populacijo vseh starostnih obdobij izrednega pomena, saj samo tako starostniki vedo, da so žrtve, in ta dejanja lahko ustrezno razkrijejo. Menimo, da bi bilo treba veliko več storiti na področju ozaveščanja starejših o nasilju in tudi vključiti izvajalce zdravstvene nege v izobraževanja o prepoznavanju in reševanju situacij, povezanih z nasiljem med svojci in starostniki, sostanovalci v domu za ostarele ter izvajalci zdravstvene nege in starostniki, ter odzivanju nanje. Institucionalizacija, zgodovinska profesionalizacija in pomanjkanje zavesti o potrebah starejših (sociokulturnih in ekonomskih) zahtevajo spremembe v načrtovanju, organizaciji in spremljanju zdravstvenega in socialnega sistema; usposabljanje in izobraževalni programi v zvezi z osebjem ter izmenjava

stališč in vedenja so nujni za zagotavljanje celovitega, dostojnega in človeškega zdravstvenega in socialnega varstva ter spoštovanja človekovih pravic.

LITERATURA

1. EUSTaCEA. (2010). Daphne eustacea – a European strategy to combat elder abuse. Pridobljeno, s <https://www.age-platform.eu/project/daphne-eustacea-european-strategy-combat-elder-abuse>.
2. Evrobarometer. (2010). The awareness of domestic violence against women in the EUROPEAN Union. Pridobljeno, s https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf.
3. Fridl, S. (2014). Nasilje nad starejšimi: doživljanje nasilja in strategije soočanja (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
4. Habjanič, A. (2009). Nasilje nad starejšimi. V Z. Koletnik (ur.), Patronažna zdravstvena nega starostnika (str. 65–74). Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester.
5. Habjanič, A. in Lahe, D. (2012). Nasilje nad starejšimi slabega zdravja v domačem okolju in domovih starejših občanov. Obzornik zdravstvene nege, 46 (1), 37–45.
6. Hvalič Touzery, S. in Felicijan, P. (2004). Dogaja se njej in dogaja se mnogim: ne bi se smelo: raziskava o zlorabi starih ljudi v Sloveniji. Kakovostna starost, 7 (1), 12–20.
7. Kapš, A. (2011). Stališča Slovencev do zlorab in nasilja nad starejšimi (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
8. Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi (2014). Uradni list RS, št. 52 (11. 7. 2014). Pridobljeno, s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2288/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi>.
9. Lešnik Mugnaioni, D. (2004). Nasilje nad starejšimi v Psihosocialna pomoč ženskam in otrokom, ki preživljajo nasilje. Priročnik. Ljubljana: Društvo SOS telefon.
10. Lunka, A. (2018). Nasilje nad starostniki v domu upokojencev (Diplomsko delo). Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.
11. Min, M. (2011). Evropski referenčni okvir za preprečevanje nasilja in zanemarjanja starejših – Ozadje, dobre prakse in priporočila – interno gradivo Zveze društev upokojencev Slovenije (ZDUS), 7–8.
12. Pentek, M. (2000). Nasilje, zloraba in starejši ljudje. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije in Zdravstveni dom Medvode.
13. Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti.
14. Statistični urad Republike Slovenije (2018). Projekcija prebivalstva EUROPOP 2018. Pridobljeno, s <https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/8316>.
15. Svetovna zdravstvena organizacija (2020). Svetovni dan osveščanja o nasilju nad starejšimi. Pridobljeno, s <http://www.ssz-slo.si/svetovni-dan-osvescanja-o-nasilju-nad-starejsimi-2/>.
16. Šmit, A. in Leskovic, L. (2013). Zlorabe starostnikov na primeru doma za starejše. Obzornik zdravstvene nege, 47 (4), 338–344.
17. Turkovič, M. (2009). Nasilje nad starejšimi (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
18. Zakon o preprečevanju nasilja v družini (neuradno prečiščeno besedilo). (2008). Uradni list RS, št. 16 (15. 2. 2008). Pridobljeno, s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5084>.
19. Združeni narodi. Ekonomski in socialni svet. (2002). Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context – Report of the Secretary General. UN E/CN.5/2002/PC2/. Pridobljeno, s <http://www.un.org/swaa2002/ecn52002pc2eng.pdf>.

Učinki ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju za zadnje stegenske mišice

KLJUČNE BESEDE: zadnje stegenske mišice, ekscentrična vadba, raztegnjeni položaj, jakost, pasivna gibljivost

POVZETEK - Uvod: Ekscentrična vadba izzove številne pozitivne živčno-mišične prilagoditve in je učinkovita za preventivo ter rehabilitacijo akutnih poškodb zadnjih stegenskih mišic. Večina raziskav je v intervencijo vključila nordijsko vajo, pri kateri so mišice obremenjene v skrajšanem položaju. Namen raziskave je bil ugotoviti učinek ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju na jakost in gibljivost zadnjih stegenskih mišic. Metode: Preiskovanci ($n = 34$) so bili razdeljeni v kontrolno ($n = 16$) in intervencijsko skupino ($n = 18$). Preiskovanci iz intervencijske skupine so poleg začetnih in končnih meritev opravili šesttedenski program ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju za zadnje stegenske mišice. Rezultati: Rezultati so pokazali značilen učinek interakcije (čas \times skupina) za največji navor upogiba kolena pri 60 °/s ($p < 0,03$) in 180 °/s ($p < 0,05$) ter za obseg pasivnega upogiba kolka z iztegnjenim kolonom ($p < 0,01$). Zaključek: Ekscentrična vadba v raztegnjenem položaju vodi v povečanje jakosti in pasivne gibljivosti zadnjih stegenskih mišic. Naše ugotovitve bodo v pomoč pri pripravi preventivnih in rehabilitacijskih vadbenih programov.

KEYWORDS: hamstrings, eccentric training, long muscle length, strength, flexibility

ABSTRACT - Introduction: Eccentric training induces several beneficial neuromuscular adaptations and is effective for the prevention and rehabilitation of acute hamstring strain injuries. The majority of intervention studies included the nordic hamstring exercise, which is performed at short muscle length. The aim of this study was to evaluate the effects of eccentric training at long muscle length on hamstring strength and flexibility. Methods: Participants were assigned either to a control ($n = 16$) or intervention group ($n = 18$). In addition to pre- and post-intervention measurements, participants from the intervention group performed a six-week program of eccentric training at long muscle length for the hamstrings. Results: Our results revealed a significant interaction effect for knee flexion peak torque at 60 °/s ($p < 0.03$), 180 °/s ($p < 0.05$) and for passive hip flexion range of motion ($p < 0.01$). Conclusions: Eccentric training at long muscle length leads to an increase in hamstring strength and passive flexibility. Our findings will help guide clinicians in preparing prevention and rehabilitation programs for hamstring strain injuries.

1 Teoretična izhodišča

Poškodbe zadnjih stegenskih mišic (ZSM) sodijo med najpogostejše akutne mišično-skeletne poškodbe spodnjih okončin. Pogoste so pri športih, ki vključujejo tek pri najvišji hitrosti in brcanje žoge (Dalton, Kerr in Dompier, 2015; Opar idr., 2014). Pri hitrem teku in brcanju žoge so ZSM zelo obremenjene, saj pri visokih kotnih hitrostih in dolgih dolžinah mišično-tetivnega kompleksa razvijajo visoke sile v ekscentričnih pogojih (Chumanov, Heiderscheidt in Thelen, 2011; Zhang, Li, Garrett, Liu in Yu, 2020). Ekscentrična vadba se je izkazala kot učinkovito sredstvo za preventivo (Petersen, Thorborg, Nielsen, Budtz - Jørgensen in Hölmich, 2011; Van Der Horst, Smits, Petersen, Goedhart in Backx, 2015) in rehabilitacijo poškodb ZSM (Askling, Tengvar in Thorstensson, 2013). Večina avtorjev raziskav je v intervencijo ekscentrične vadbe vključila nordijsko vajo (NV). Van Dyk in sodelavci (2019) so v preglednem članku z metaanalizo pokazali, da intervencije z NV zmanjšajo tveganje za pojav poškodbe ZSM za 50

%). Ekscentrična vadba ima številne pozitivne učinke na dejavnike, ki naj bi bili povezani z večjim tveganjem za pojav poškodbe ZSM. Ugotovitve številnih raziskav kažejo, da ekscentrična vadba vodi v povečanje jakosti upogibalk kolena (Iga, Fruer, Deighan, Croix in James, 2012; Mjølsnes, Arnason, Østhagen, Raastad in Bahr, 2004; Presland, Timmins, Bourne, Williams in Opar, 2018). Poleg tega naj bi ekscentrična vadba pozitivno vplivala na gibljivost. O'Sullivan in sodelavci (2013) so v sistematičnem pregledu zaključili, da ekscentrična vadba privede do povečanja pasivnega obsega giba (POG) v sklepih spodnjih okončin.

Kljub številnim pozitivnim učinkom ekscentrične vadbe z NV, so določeni avtorji izpostavili težavo pomanjkanja specifičnosti vaje. Med izvajanjem vaje je kolik iztegnjen, kar pomeni, da so ZSM v relativno skrajšanem položaju. Poleg tega so rezultati raziskave pokazali, da so mladi rekreativci sposobni vajo nadzorovano izvesti zgolj v začetnem obsegu giba, kar pomeni, da so ZSM največjim ekscentričnim obremenitvam izpostavljene pri krajši dolžini mišično-tetivnega kompleksa (Delahunt, McGroarty, De Vito in Ditroilo, 2016). Nasprotno, v pozni zamašni fazi tekaškega koraka, v kateri naj bi bilo tveganje za poškodbo največje, ZSM delujejo ekscentrično pri daljših dolžinah (Chumanov idr., 2011). Šarabon in sodelavci (2019) so ugotovili, da lahko s povečanjem naklona goleni ali upogiba v kolku med izvajanjem NV, omogočimo doseganje največjih sil in največje mišične aktivnosti pri daljših dolžinah mišice. Pri pregledu obstoječe literature je moč opaziti pomanjkanje raziskav, ki so vrednotile učinke ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju na lastnosti ZSM.

2 Metode dela

2.1 Namen, cilji in hipoteze

Namen raziskave je bil ugotoviti vpliv ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju na jakost in pasivno gibljivost ZSM. Cilji so bili: i) ugotoviti vpliv na jakost upogiba kolena pri 60 °/s, ii) ugotoviti vpliv na jakost upogiba kolena pri 180 °/s, iii) ugotoviti vpliv na obseg pasivnega upogiba kolka z iztegnjenim kolenom.

Hipoteze:

1. Preiskovanci iz intervencijske skupine bodo kazali značilno večje povečanje jakosti upogiba kolena pri 60 °/s v primerjavi s preiskovanci iz kontrolne skupine.
2. Preiskovanci iz intervencijske skupine bodo kazali značilno večje povečanje jakosti upogiba kolena pri 180 °/s v primerjavi s preiskovanci iz kontrolne skupine.
3. Preiskovanci iz intervencijske skupine bodo kazali značilno večje povečanje POG v primerjavi s preiskovanci iz kontrolne skupine.

2.2 Vzorec

V raziskavo je bilo vključenih 34 prostovoljcev, ki so bili športno aktivni, bivši športniki ali rekreativci. Pogoj za vključitev v vzorec raziskave je bila redna gibalna aktivnost (več kot tri ure tedensko). Opisna statistika lastnosti preiskovancev je predstavljena v preglednici 1. Najmanjša velikost vzorca ($n = 16$) je bila izračunana pred izvedbo raziskave, za doseganje 80 % statistične moči in velikosti učinka 0,75 ob meji statistične značilnosti, postavljeni na 0,05. Glavni vključitveni kriterij je bil zmožnost izvedbe tradicionalne NV v vsaj 50 % polnega obsega giba v kolenu (poln obseg = 90°). Preiskovanec ni bil vključen, v kolikor je poročal o kakršnikoli živčnih ali mišično-kostnih stanjih ter bolečinah v predelu trupa ali spodnjega uda v preteklih 12 mesecih. Izvedba raziskave je bila odobrena s strani Nacionalnega medicinskega etičnega komiteja in je potekala skladno z načeli Helsinške deklaracije.

Tabela 1: Opisna statistika lastnosti preiskovancev

Skupina	Spol M/Ž	Starost [leta]	Višina [cm]	Teža [kg]	ITM [kg/m ²]	Telesna maščoba [%]	Pusta telesna masa [%]
Intervencijska	12/6	24,2 ± 2,1	1,78 ± 0,09	73,0 ± 14,3	23,0 ± 3,2	15,1 ± 5,3	80,7 ± 5,1
Kontrolna	12/4	23,0 ± 2,8	1,8 ± 0,07	75,1 ± 15,1	23,2 ± 3,5	16,3 ± 6,7	79,6 ± 6,4

Legenda: ITM=indeks telesne mase

2.3 Razikovalni načrt in intervencijska vadba

Preiskovanci so bili razdeljeni v kontrolno in intervencijsko skupino. Vsi so opravili začetne in končne meritve. Pred začetkom raziskave so bili seznanjeni s potekom in morebitnimi tveganji raziskave ter podpisali pristopno izjavo k prostovoljnemu sodelovanju. Začetni meritvi telesne sestave z bioimpedančno tehniko (Tanita MC-980MA, Tanita, Tokyo, Japan) je sledilo standardizirano ogrevanje, sestavljeno iz triminutnega stopanja na stopnico (40 cm), 10 počepov, enonožnih mrtvih dvigov, izpadnih korakov, predklonov in zaklonov ter malih mostov. Po ogrevanju smo izmerili pasivni obseg upogiba kolka z iztegnjenim kolenom. Sledila je meritev jakosti upogibalk kolena na izokinetičnem dinamometru. Končne meritve so bile opravljene štiri do sedem dni po zaključenem vadbenem programu. Meritve so bile izvedene zgolj na dominantni nogi, ki je bila opredeljena kot noga, s katero posameznik manipulira s predmeti (brca žogo).

Preiskovanci iz intervencijske so poleg začetnih in končnih meritev opravili šesttedenski vadbeni program. Dvakrat tedensko so izvajali ekscentrično vadbo za ZSM v raztegnjenem položaju. Med vadbenimi enotami je bilo vsaj 48 ur odmora. Vključeni sta bili dve vaji: prilagojena NV (primarno obremenjen kolenski sklep) in drsalec (primarno obremenjen kolčni sklep). Prilagojena NV se je izvajala s kolkom, upognjenim za 75°, na posebnem trenažerju, ki je omogočal spremembo naklona goleni (20°). Vadeči se je nadzorovano spuščal proti tlam zgolj z gibanjem v kolenu in medtem ohranjal kolk in hrbtenico v začetnem položaju. Druga vaja se je izvajala na tleh ob opori na stolici z drsnikom na zadnji nogi. Vadeči je ohranjal glavino teže na sprednji nogi in z zadnjo nogo nadzorovano drsel nazaj. Skozi izvedbo vaje je koleno sprednje noge ohranjal blago upognjeno, koleno zadnje noge je proti koncu giba upognil, da ne bi prišlo do omejevanja končnega obsega giba. Pri obeh vajah naj bi izvedba vaje v polnem obsegu giba trajala 3 s. Vadbene količine (serije × ponovitve) so se stopnjevale skozi tedne. Breme je bilo dodano individualno, glede na zmožnosti preiskovanca.

2.4 Pasivni obseg giba

POG smo merili s pomočjo goniometrije. Preiskovanci so ležali na hrbtu, popolnoma sproščeni. Prvi preiskovalec je izvajal upogib kolka, tako da je distalni del goleni naslonil na svojo ramo. Z dlanmi je ohranjal koleno v polnem iztegu, s kolenom bližnje noge je fiksiral stegnenico preiskovanca ob mizo, da bi preprečil nagib medenice. Počasi in nadzorovano je izvedel poln obseg upogiba kolka. Drugi preiskovalec je meril obseg giba z goniometrom (Baseline; Fabrication Enterprises Inc., New York, USA). Os goniometra je bila poravnana z osjo gibanja kolčnega sklepa (tik nad velikim trohantram). Nepremični krak je bil vzporeden s podlago in trupom preiskovanca, premični krak je bil usmerjen vzporedno s stegnenico proti njenemu lateralnemu kondilu. Končni obseg je bil določen, kadar preiskovanci niso dovolili nadaljnega povečanja obsega giba ali kadar ni bilo možno nadaljnje povečanje ob ohranjanju iztegnjenega kolena in fiksiranega stegna nasprotne noge. Meritev se je ponovila dvakrat, v končno analizo smo vzeli višjo vrednost POG.

2.5 Izokinetična jakost

Jakost upogibalk kolena smo vrednostili na izokinetičnem dinamometru. Preiskovanci so sedeli na dinamometru, s kolkom upognjenim v 90°. S pomočjo trakov so bili fiksirani preko stegna, medenice in ramenskega obroča. Os dinamometra je bila poravana z osjo gibanja kolenskega sklepa (pod lateralnim kondilom stegenice). Opора ročice je bila postavljena na distalnem delu golenice, tako je bilo možno neovirano gibanje v gležnju. Preiskovanci so prejeli navodilo, naj z največjim naprežanjem postiskajo s peto v oporo, kot da bi želeli upogniti koleno. Na začetku je bila opravljena serija petih ponovitev za seznanitev z merilnim protokolom. Sledile sta dve seriji po tri ponovitve pri 60 °/s dve pri 180 °/s. Preiskovalci so med meritvijo skrbeli za glasno podporo in spodbudo preiskovancev. Dodatno je bilo preiskovancem naročeno, naj se močno primejo ročk ob sedežu dinamometra, kar je nadalje prispevalo k največjemu naprežanju. V končno analizo smo vzeli najvišjo izmerjeno vrednost navora (Nm) za posamezno hitrost in jo izrazili kot normalizirano vrednost glede na telesno maso preiskovanca (Nm/kg).

2.6 Statistična analiza

Podatki so bili statistično obdelani v računalniškem programu SPSS 25 (IBM, New York, USA). Normalnost porazdelitve smo preverili s Shapiro-Wilkovim testom, koeficientom asimetrije in sploščenosti ter s pregledom grafičnih prikazov. V kolikor je bilo pogoju normalnosti zadoščeno, smo opravili dvosmerno analizo variance za ponovljene meritve (čas (2) × skupina (2)), pri čemer nas je zanimala predvsem statistična značilnost interakcije skupine in časa. V primeru statistično značilne interakcije so bili opravljeni post-hoc t-testi, s katerimi smo preverili spremembe v posamezni skupini. Velikost učinka je bila opredeljena kot majhna ($\eta^2 = 0,01$), srednja ($\eta^2 = 0,06$) in velika ($\eta^2 = 0,14$). Meja statistične značilnosti je bila postavljena na 0,05.

3 Rezultati

Preiskovanci iz intervencijske skupine so v povprečju opravili $11,1 \pm 1,0$ vadbenih enot. Skladnost izvajanja intervencijske vadbe je znašala 92,6 %. Preglednica prikazuje opisno statistiko sprememb jakosti in gibljivosti za kontrolno in intervencijsko skupino.

Tabela 2: Opisna statistika rezultatov

	Intervencijska skupina		Kontrolna skupina		p
	pred	po	pred	po	
Navor 60 °/s KON (Nm/kg)	1,3 ± 0,4	1,6 ± 0,4	1,8 ± 0,1	1,8 ± 0,1	0,03
Navor 60 °/s EKS (Nm/kg)	1,8 ± 0,6	2,1 ± 0,5	2,5 ± 0,1	2,5 ± 0,1	0,01
Navor 180 °/s KON (Nm/kg)	0,9 ± 0,3	1,2 ± 0,3	1 ± 0,2	1 ± 0,2	< 0,01
Navor 180 °/s EKS (Nm/kg)	1,7 ± 0,5	1,9 ± 0,4	1,9 ± 0,3	1,8 ± 0,3	< 0,05
POG (°)	80,1 ± 11	89,1 ± 10,4	81 ± 14,4	80,4 ± 15,4	< 0,01

Legenda: KON = koncentrično, EKS = ekscentrično, POG = pasivni obseg giba

Rezultati dvosmerne analize variance za ponovljene meritve so pokazali značilen interakcijski učinek (čas × skupina) za največji koncentrični ($F = 4,994$; $p = 0,033$; $\eta^2 = 0,139$) in ekscentrični navor ($F = 7,481$; $p = 0,010$; $\eta^2 = 0,194$) pri 60 °/s ter za koncentrični ($F = 9,193$; $p = 0,005$; $\eta^2 = 0,227$) in ekscentrični navor ($F = 4,251$; $p = 0,048$; $\eta^2 = 0,121$) pri 180 °/s. Ugotovili smo značilno relativno spremembo povprečja skupine za koncentrični (+15,3 %) in ekscentrični

navor (+14,6 %) pri 60 °/s in koncentrični navor pri 180 °/s (+19,7 %). Ni bilo statistično značilnih sprememb za največji ekscentrični navor pri 180 °/s (+10,1 %; $p = 0,104$).

Rezultati dvosmerne analize variance za ponovljene meritve so pokazali značilen interakcijski učinek (čas × skupina) za POG ($F = 34,316$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,517$). Ugotovili smo značilno relativno spremembo povprečja skupine za POG (+11,2 %).

4 Razprava

Namen raziskave je bil ugotoviti vpliv ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju na jakost in pasivno gibljivost ZSM. Izkazalo se je, da je intervencija z ekscentrično vadbo v raztegnjenem položaju učinkovito povečala mere jakosti upogiba kolena in obseg pasivnega upogiba kolka ob iztegnjenem kolenu. Na podlagi rezultatov raziskave lahko potrdimo vse tri hipoteze.

Naši rezultati kažejo, da je šesttedenska intervencija ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju pozitivno vplivala na parametre jakosti upogiba kolena. Naši rezultati se skladajo z ugotovitvami predhodnih raziskav, ki so pokazale povečanje ekscentrične jakosti upogibalk kolena po ekscentrični vadbi z NV (Iga idr., 2012; Mjølsnes idr., 2004; Presland idr., 2018). Kljub temu, da sta se vključeni vaji izvajali zgolj v ekscentričnem režimu mišičnega krčenja, smo ugotovili značilno izboljšanje tudi pri koncentričnem naprežanju na izokinetičnem dinamometru. Na prenos prilagoditev na ostale režime mišičnega krčenja kažejo rezultati Mjølsnesa in sodelavcev (2004) ter Ribeiro-Alvares in sodelavcev (2018), ki so odkrili povečanje največje izometrične jakosti po ekscentrični vadbi z NV. Ob pregledu literature ni bilo moč najti raziskav, ki bi vrednotile spremembe koncentrične jakosti upogiba kolena po ekscentrični vadbi. Poleg tega je smiselno izpostaviti povečanje jakosti upogiba kolena pri višji hitrosti (180 °/s). Za poškodbo ZSM se zdi najbolj tvegana pozna zamašna faza tekaškega koraka, v kateri so ZSM visoko obremenjene v raztegnjenem položaju pri visokih kotnih hitrostih. Povečanje jakosti pri višjih kotnih hitrostih bi tako lahko imelo pozitivne preventivne učinke. Dejavnike, ki pojasnjujejo prilagoditve jakosti, lahko razdelimo na živčne in morfološke. Za doseganje živčnih prilagoditev se priporočajo metode za razvoj jakosti, ki vključujejo zelo visoka bremena oziroma največje naprežanje s strani vadečega (Suchomel, Nimphius, Bellon in Stone, 2018). Prilagoditve jakosti bi lahko do določene mere pripisali živčnim dejavnikom, saj sta se obe vključeni vaji izvajali na zelo visoki intenzivnosti. Nadalje, številne raziskave poročajo o povečanju prečnega preseka mišic, podaljšanju mišičnih vlaken in spremembah peresnega kota po intervenciji z ekscentrično vadbo. Omenjene prilagoditve v zgradbi mišice bi lahko v kombinaciji z živčnimi prilagoditvami prispevale k povečanju jakosti upogibalk kolena.

Ekscentrična vadba v raztegnjenem položaju je imela pozitiven učinek na povečanje POG upogiba kolka z iztegnjenim kolenom. Do podobnih zaključkov so v preglednem članku prišli O'Sullivan in sodelavci (2013), ki so ugotovili povečanje pasivne gibljivosti spodnjih okončin po ekscentrični vadbi. Potrebno je izpostaviti, da so omenjeni avtorji v pregled vključili zgolj dve raziskavi, ki sta obravnavali ZSM, med katerima so zgolj Potier in sodelavci (2009) vključili vaje pri krajših mišičnih dolžinah. Večina avtorjev raziskav, v katerih je bilo pokazano izboljšanje pasivne gibljivosti, je v intervencijsko vadbo vključilo vsaj eno ekscentrično vajo za ZSM v raztegnjenem položaju (Abdel-Aziem, Soliman in Abdelraouf, 2018; Delvaux idr., 2020; Nelson in Bandy, 2004). Poleg tega Mjølsnes in sodelavci (2004) ter Ribeiro-Alvarez in sodelavci (2018) niso pokazali izboljšanje pasivne gibljivosti po ekscentrični vadbi za ZSM pri krajših mišičnih dolžinah. Na podlagi ugotovitev naše raziskave in omenjenega pregleda literature ni moč zaključiti, ali je sam ekscentrični režim vadbe ali dolžina mišice med izvajanjem vaj glavni dejavnik, ki vodi v povečanje POG. Med glavne dejavnike, ki vplivajo

na povečanje pasivne gibljivosti sodi toleranca na razteg. Freitas in sodelavci (2018) navajajo toleranco na razteg kot glavni mehanizem izboljšanja gibljivosti po intervencijah s pasivnim raztezanjem, ki trajajo tri do osem tednov. Preiskovanci so med izvajanjem vključenih vaj vsako ponovitev dosegali končne obsege giba ob hkratnem intenzivnem ekscentričnem naprežanju. Redno izpostavljanje visokim nateznim obremenitvam v končnem obsegu giba bi lahko povečalo toleranco na razteg pri preiskovancih iz intervencijske skupine. Predhodne raziskave so pokazale, da ekscentrična vadba z NV vodi v podaljšanje dolžine vlaken m. biceps femoris (Potier, Alexander in Seynes, 2009; Presland idr., 2018). Razlog za slednje naj bi bila sarkomerogeneza oziroma dodajanje zaporedno vezanih sarkomer (osnovna enota krčljivega dela mišice). Ob predpostavki, da ima vsaka sarkomera določeno sposobnost raztega, bi večje število zaporedno vezanih sarkomer pomenilo večjo mehansko sposobnost raztega celotnega mišično-tetivnega kompleksa.

Za konec je potrebno izpostaviti določene omejitve naše raziskave. Glavni preiskovalec je bil seznanjen z dodelitvijo preiskovancev v kontrolno ali intervencijsko skupino, kar bi lahko vplivalo na končne rezultate meritev. Nadalje, preiskovanci iz kontrolne skupine so na začetnih meritvah kazali višje vrednosti jakosti upogiba kolena, kar bi lahko pomenilo, da so bili bolje trenirani od preiskovancev iz intervencijske skupine. Večina preiskovancev je bilo rekreativcev, zato posploševanje ugotovitev raziskave na športnike ni možno. Izpostavili bi tudi, da je upogib kolka med izvajanjem prilagojene NV znašal 75° za vse preiskovance ne glede na njihovo pasivno gibljivost. Možno je, da bolj gibljivi preiskovanci niso dosegli zadostnega razteznega dražljaja za optimalne prilagoditve. Menimo, da bi bilo v prihodnje smiselno prilagoditi položaj kolka glede na gibljivost posameznega preiskovanca.

5 Sklep

Intervencija ekscentrične vadbe v raztegnjenem položaju je privedla do počevanja jakosti upogiba kolena in izboljšanja pasivne gibljivosti upogiba kolka z iztegnjenim kolenom. V prihodnje bi bilo smiselno raziskati, ali intervencije z ekscentrično vadbo v raztegnjenem položaju učinkovito zmanjšajo delež poškodb ZSM. Ugotovitve naše raziskave bodo v pomoč trenerjem, kineziologom in fizioterapevtom pri pripravi vadbenih programov za preprečevanje in zdravljenje poškodb ZSM. Vključeni vaji sta zelo uporabni in izvedljivi tako v telovadnici kot na športnem terenu, saj za njihovo izvedbo zadostujejo enostavni pripomočki. Poleg tega naši rezultati predstavljajo temelj za nadaljnje raziskovalno delo na področju obravnavanja akutnih mišičnih poškodb.

LITERATURA

1. Abdel - aziem, A. A., Soliman, E. S. in Abdelraouf, O. R. (2018). Isokinetic peak torque and flexibility changes of the hamstring muscles after eccentric training: Trained versus untrained subjects. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 52 (4), 308–314. <https://doi.org/10.1016/j.aott.2018.05.003>
2. Askling, C. M., Tengvar, M. in Thorstensson, A. (2013). Acute hamstring injuries in Swedish elite football: A prospective randomised controlled clinical trial comparing two rehabilitation protocols. *British Journal of Sports Medicine*, 47 (15), 953–959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092165>
3. Askling, C. M., Tengvar, M. in Thorstensson, A. (2013). Acute hamstring injuries in Swedish elite football: A prospective randomised controlled clinical trial comparing two rehabilitation protocols. *British Journal of Sports Medicine*, 47 (15), 953–959. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092165>
4. Chumanov, E. S., Heiderscheit, B. C. in Thelen, D. G. (2011). Hamstring musculotendon dynamics during stance and swing phases of high-speed running. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43 (3), 525–532. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181f23fe8>

5. Dalton, S. L., Kerr, Z. Y. in Dompier, T. P. (2015). Epidemiology of hamstring strains in 25 NCAA sports in the 2009-2010 to 2013-2014 academic years. *American Journal of Sports Medicine*, 43 (11), 2671–2679. <https://doi.org/10.1177/0363546515599631>
6. Delahunt, E., McGroarty, M., De Vito, G. in Ditroilo, M. (2016). Nordic hamstring exercise training alters knee joint kinematics and hamstring activation patterns in young men. *European Journal of Applied Physiology*, 116 (4), 663–672. <https://doi.org/10.1007/s00421-015-3325-3>
7. Delvaux, F., Schwartz, C., Decréquy, T., Devalckeneer, T., Paulus, J., Bornheim, S., ... Croisier, J. L. (2020). Influence of a Field Hamstring Eccentric Training on Muscle Strength and Flexibility. *International Journal of Sports Medicine*, 41 (4), 233–241. <https://doi.org/10.1055/a-1073-7809>
8. Iga, J., Fruer, C. S., Deighan, M., Croix, M. D. S. in James, D. V. B. (2012). Nordic hamstrings exercise - Engagement characteristics and training responses. *International Journal of Sports Medicine*, 33 (12), 1000–1004. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304591>
9. Mjøl̄snes, R., Arnason, A., Østhagen, T., Raastad, T. in Bahr, R. (2004). A 10-week randomized trial comparing eccentric vs. concentric hamstring strength training in well-trained soccer players. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 14 (5), 311–317. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0838.2003.367.x>
10. Nelson Russell T. in Bandy William D. (2004). Eccentric Training and Static Stretching Improve Hamstring Flexibility of High School Males. *Journal of Athletic Training*, 39 (3), 254–258. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC522148/>
11. Opar, D. A., Drezner, J., Shield, A., Williams, M., Webner, D., Sennett, B., ... Cronholm, P. F. (2014). Acute hamstring strain injury in track-and-field athletes: A 3-year observational study at the Penn Relay Carnival. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24 (4). <https://doi.org/10.1111/sms.12159>
12. Petersen, J., Thorborg, K., Nielsen, M. B., Budtz-Jørgensen, E. in Hölmich, P. (2011). Preventive effect of eccentric training on acute hamstring injuries in Men's soccer: A cluster-randomized controlled trial. *American Journal of Sports Medicine*, 39 (11), 2296–2303. <https://doi.org/10.1177/0363546511419277>
13. Potier, T. G., Alexander, C. M. in Seynnes, O. R. (2009). Effects of eccentric strength training on biceps femoris muscle architecture and knee joint range of movement. *European Journal of Applied Physiology*, 105 (6), 939–944. <https://doi.org/10.1007/s00421-008-0980-7>
14. Presland, J. D., Timmins, R. G., Bourne, M. N., Williams, M. D. in Opar, D. A. (2018). The effect of Nordic hamstring exercise training volume on biceps femoris long head architectural adaptation. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 28 (7), 1775–1783. <https://doi.org/10.1111/sms.13085>
15. Suchomel, T. J., Nimphius, S., Bellon, C. R. in Stone, M. H. (2018). The Importance of Muscular Strength: Training Considerations. *Sports Medicine*, 48, 765–785. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0862-z>
16. Van Der Horst, N., Smits, D. W., Petersen, J., Goedhart, E. A. in Backx, F. J. G. (2015). The Preventive Effect of the Nordic Hamstring Exercise on Hamstring Injuries in Amateur Soccer Players: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Sports Medicine*, 43 (6), 1316–1323. <https://doi.org/10.1177/0363546515574057>
17. Zhang, L., Li, H., Garrett, W. E., Liu, H. in Yu, B. (2020). Hamstring muscle-tendon unit lengthening and activation in instep and cut-off kicking. *Journal of Biomechanics*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2019.109482>

Soočanje staršev z oskrbo prezgodaj rojenega otroka v enoti intenzivne nege in terapije otrok

KLJUČNE BESEDE: predčasen porod, nedonošenček, spoprijemanje, zdravstveni delavci

POVZETEK - Uvod: Starši prezgodaj rojenih otrok doživljajo različne življenjske stiske. Nepričakovan prezgodnji porod in sama oskrba prezgodaj rojenega otroka močno vplivata na starše, na njihove občutke in obnašanje. Metode: Pregled literature smo izvedli v podatkovnih bazah MEDLINE in CHINAL z iskalnim nizom, sestavljenih iz ključnih besed, ter to prikazali s pomočjo PRISMA-diagrama. Uporabili smo kvalitativno vsebinsko analizo in sintezo ter opisno raziskovalno metodo, s pomočjo katere smo naredili pregled, analizo in sintezo literature. Rezultati: Starši se pri oskrbi prezgodaj rojenega otroka soočajo z različnimi negativnimi občutki, kot so: stres, tesnoba, depresija, nekontrolirana čustva, občutki nemoči, pasivnosti, izključenosti iz oskrbe, kar posledično lahko povzroči tudi posttraumatski sindrom. Razprava: Ugotovili smo, da je nujno treba vzpostaviti dobro komunikacijo in partnerski odnos, saj s tem izboljšamo zadovoljstvo in dobro počutje staršev ter otroka. Zdravstveni delavci morajo znati oceniti potrebe staršev, jih vključiti v zdravstveno nego in oskrbo ter jim biti v oporo.

KEYWORDS: premature birth, preterm infant, confrontation, healthcare worker

ABSTRACT - Introduction: Parents of premature babies experience various life hardships. Unexpected premature birth and the care of the premature baby itself have a strong impact on parents, their feelings and behavior. Methods: A literature review was performed in the MEDLINE and CHINAL databases with a search string consisting of keywords. Data were by using the PRISMA diagram. We used qualitative content analysis and synthesis and a descriptive research method with the help of which we reviewed, analyzed and synthesized the literature. Results: When caring for a premature baby, parents face various negative feelings such as: stress, anxiety, depression, uncontrolled emotions, feelings of helplessness, passivity, exclusion from care, which can result in post-traumatic stress disorder. Discussion: We found out that it is essential to establish good communication and partnership, as this improves the satisfaction and well-being of parents and children. Healthcare professionals need to be able to assess the needs of parents, involve them in nursing care and support them.

1 Teoretična izhodišča

V Sloveniji se je v letu 2018 rodilo 0,9 % otrok s porodno težo, ki je bila nižja od 1500 gramov, ter 5,4 % otrok s težo med 1500 in 2499 gramov (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2018). Po svetu se v enem letu rodi približno 14,9 milijonov nedonošenih otrok (Blencowe idr., 2013, str. 1). Matere nedonošenčkov so bolj izpostavljene številnim dejavnikom, ki povzročijo pojav depresije, tesnobe, splošnega slabega počutja in večje izčrpanosti (Fernández Medina idr., 2019, str. 349–360). Soočajo se tudi z občutkom razočaranosti, saj so imele o vlogi materinstva drugačne predstave (Fernández Medina idr., 2019, str. 349–360). Kantrowitz-Gordon (2013) ocenjuje, da je vzroke za to mogoče najti v sami naravi zdravljenja nedonošenčkov v inkubatorjih, v politiki oddelka ter v 24-urnem monitoringu, ki omejuje in moti tako otroka kot mater. Avtorji Woodward idr. (2014, str. 555–56) so izvedli študijo pri 133 ženskah, ki so predčasno rodile in poročale o svojih čustvih, o enem najbolj stresnih dogodkov v življenju, o izgubi starševske vloge, spremenjenem videzu svojega otroka ter ločenosti od njega. Za ohranjanje vezi med starši in nedonošenčkom se uporablja tudi kenguru metoda. To bi morali izvajati redno in rutinsko, saj prispeva k vzpostavljanju in ohranjanju vezi

med nedonošenčkom in starši (Deng, Li, Wang, Sun in Xu, 2018, str. 701–712). Nekatere bolnišnice v okviru predpriprave na predčasen porod vključijo starše v oskrbo prej in tako zmanjšujejo anksioznost mater (Brett, Staniszewska, Newborn, Jones in Taylor, 2011, str. 8). Spet druge se poslužujejo predporodnega svetovanja, sestavljenega iz več segmentov: analize bodočega starša s strani zdravstvenih delavcev, starševske skrbi ter informacij in razumevanja okolja intenzivne enote (Gaucher, Nadeau, Barbier, Janvier in Payot, 2016, str. 132). Avtorji soglašajo, da večina staršev ni pripravljena na predčasen porod in da se v primeru, ko do njega pride, znajdejo v različnih življenjskih stiskah. To se kaže kot strah, žalost, frustracija, občutek krivde, zavist in tudi ljubosumje (Steyn, Poggenopel in Myburght, 2017, str. 1–8). Ob pregledu literature smo spoznali, da je to področje še neraziskano oziroma premalo raziskano. Menimo, da bi z raziskovanjem in ozaveščanjem na tem področju lahko izboljšali oskrbo nedonošenčka in zadovoljstvo staršev ter s tem zagotovili boljše, kakovostnejšo in v družino usmerjeno zdravstveno nego. Namen prispevka je predstaviti, kako se starši soočajo z oskrbo nedonošenčka v enoti intenzivne nege in terapije otrok. Želeli smo ugotoviti, kako se starši soočajo z oskrbo nedonošenčka v intenzivni enoti ter kako lahko zdravstveni delavci pomagajo staršem pri soočanju z oskrbo nedonošenčka v njej.

2 Metode

Uporabili smo metodo pregleda, kvalitativno vsebinsko analizo in sintezo ter opisno raziskovalno metodo.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

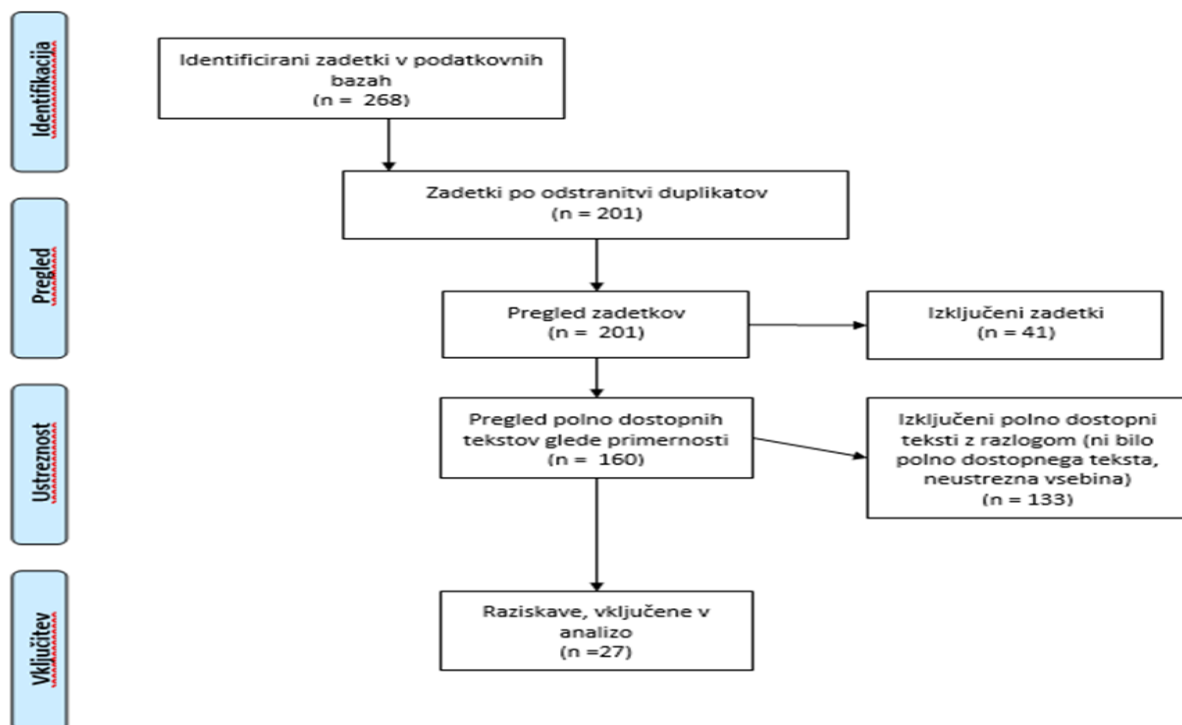
Strokovno in znanstveno literaturo smo pridobili iz 2 mednarodnih baz (CINAHL in Medline) z iskalnim nizom, sestavljenim iz ključnih besed (Tabela 1). Ključne besede, ki smo jih uporabili pri končnem iskanju literature, so: (("parent*" OR "mother" OR "father") AND ("preterm birth" OR "premature baby" OR "premature newborn*")) AND experience* AND care. Iskanje literature po podatkovnih bazah smo omejili z Boolovimi operatorji: (*OR * OR * OR * OR*) AND (OR OR) AND (OR). Pri pregledu literature smo si pomagali s smernicami PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff in Altman, 2009, str. 3) in rezultate prikazali v sliki 1. Dobljene zadetke smo pregledali, da smo prišli do raziskav, primernih za vsebinsko analizo in sintezo. Omejitve iskanja so časovno omejene na obdobje od 2010 do 2020 z dostopnim celotnim besedilom v angleškem jeziku, zato so vključitveni kriteriji naslednji: literatura, ki se nanaša na nedonošenčka, soočanje staršev z oskrbo nedonošenčka v intenzivnih enotah, njihovo doživljanje predčasnega poroda ter načini, kako lahko zdravstveni delavci pomagajo staršem pri preživljanju njihovih stisk v tem obdobju. Izključitveni kriteriji so: literatura, ki nima vključene zelene tematike, literatura, ki je starejša od leta 2010 in je v drugih jezikih. Članke smo nato prenesli v program Mendeley, v katerem smo odstranili duplikate in pregledali dobljene zadetke. Na podlagi naslova in izvlečka smo izključili nerelevantne članke. Zbrane podatke smo pregledali, izvedli kvalitativno vsebinsko analizo in jih med seboj primerjali. Oblikovali smo vsebinske kategorije in jih opisno predstavili.

Rezultati

V tabeli 1 smo prikazali iskanje virov po posameznih podatkovnih bazah.

Podatkovna baza	Ključne besede in sopomenke z Boolovimi operatorji	Uporabljeni limiti	Zadetki	Datum
CINAHL	((("parent*" OR "mother" OR "father")) AND ("preterm birth" OR "premature baby" OR "premature newborn*")) AND experience* AND care	Jezik: angleški Časovni okvir: 2010–2020 Tipi člankov: 115 raziskovalni in pregledni znanstveni članki	115	28. 9. 2020
Medline	((("parent*" OR "mother" OR "father")) AND ("preterm birth" OR "premature baby" OR "premature newborn*")) AND experience* AND care	Jezik: angleški Časovni okvir: 2010–2020 Tipi člankov: 153 raziskovalni in pregledni znanstveni članki	153	28. 09. 2020

Slika 1: Prikaz diagrama poteka iskanja virov po priporočilih PRISMA



Glede na hierarhijo dokazov (Bole in Skela - Savič, 2018, str. 180) smo članke razvrstili v posamezne nivoje. V nivo 1 (Sistematični pregledi randomiziranih in nerandomiziranih kliničnih raziskav) nismo uvrstili nobenega članka. V nivo 2 (Posamezne randomizirane in nerandomizirane klinične raziskave) smo uvrstili 9 člankov, v nivo 3 (Sistematični pregledi opazovalnih/korelacijskih raziskav) 1 članek, v nivo 4 (Posamične opazovalne raziskave) 2 članka, v nivo 5 (Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav) 4 članke, v nivo 6 (Posamična opisna/kvalitativna raziskava) 10 člankov in v nivo 7 (Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij) nobenega. Tako smo v končno analizo vključili 27 člankov (Slika 1). Kvalitativna sinteza dobljenih podatkov je podala 3 vsebinske kategorije: (1) moč informacije, (2) soočanje staršev z oskrbo prezgodaj rojenega otroka ter izražanje občutkov in čustev in (3) metode oskrbe staršev in nedonošenčkov na intenzivnih enotah. Le-te bomo predstavili v nadaljevanju.

Moč informacij

Zdravstveni delavci imajo nadzor nad informacijami in posledično vpliv na odločanje pacientov, ki temelji na prejetih informacijah. Kako bo delovala informacija, je odvisno od tega, kako bo ta podana in razumljena. Pri komunikaciji je nujno potrebno vzpostaviti dober zaupljiv medsebojni odnos (Altman idr., 2019, str. 112491). Avtorji (Miele idr., 2018, str. 1–10) so ugotovili, da veliko žensk poroča o pomanjkanju informacij, zlasti med nosečnostjo, porodom in prehodom v intenzivno enoto po porodu.

Soočanje staršev z oskrbo prezgodaj rojenega otroka ter izražanje občutkov in čustev

Predčasen porod predstavlja za starše travmatičen dogodek, ob katerem izražajo naslednja čustva: strah, frustracije, stres, depresijo, tesnobo, občutek nemoči, krivde ter negotovosti, kar lahko privede tudi do posttravmatskega sindroma (Chang idr., 2016, str. 96). Predčasen porod je stresna življenjska situacija, ki pri starših pušča globoke čustvene posledice (Toral - López idr., 2016, str. 103). Stanje otroka (gestacijska starost in porodna teža) (Tooten idr., 2013, str. 165) in bivanje v intenzivni enoti (Swanson idr., 2012, str. 1374) vplivajo na stopnjo negativnih čustev pri starših (Tallandini idr., 2012, str. 399–400). Avtorji (Ionio idr., 2016, str. 611–612) so ugotovili pomembne razlike v odzivih in čustvih staršev, ki so imeli donošenega otroka ali nedonošenčka. Očetje so izpostavili, da so v času hospitalizacije doživeli čustveni tobogan, različne očetovske potrebe, samozastopanje, itd. (Provenzi in Santoro, 2015, str. 1789–1790). Tudi matere navajajo različne težavne situacije (Fernández Medina idr., 2019, str. 349–360). Starši lahko svoja čustva izražajo metaforično in odprto ali jih skrivajo globoko v sebi in s tem kažejo nerealno sliko (Petty, Jarvis in Thomas, 2019, str. 529–543). Pri ocenjevanju staršev s strani zdravstvenih delavcev so ugotovili, da starši v intenzivnih enotah doživljajo visoko raven stresa (Pritchard in Montgomery - Honger, 2014, str. 549–555), ki je povezana tudi s starostjo in statusom staršev (Turner, Chur-Hansen, Winefield in Stanners, 2015, str. 252–258). Zaradi vseh občutkov in čustev, ki jih starši doživljajo, se posledično nefunkcionalno spoprijemajo s situacijami (Horwitz idr., 2015, str. 375–376). Ko se znajdejo v takšni življenjski situaciji, je pomembno, da sprejmejo dejstvo, da se stvari ne izidejo vedno po pričakovanjih, premislijo o svojem položaju, se samoocenjujejo in zanašajo na lastno sposobnost spoprijemanja s trenutno situacijo (Widding, Hägglöf in Farooqi, 2019, str. 4111–4112). Te starše je potrebno pripraviti tudi na odpust iz bolnišnice in nadaljno oskrbo doma (de Souza idr., 2010, str. 361–362).

Metode oskrbe staršev in nedonošenčkov v intenzivni negi in terapiji otrok

Raziskave kažejo, da obstaja veliko metod oskrbe, ki bi lahko staršem pomagale v tem obdobju (Chertok idr., 2014, str. 30–37). Kot pozitivne so se izkazale naslednje metode: (1) skupinske priprave staršev na predčasen porod, saj ženske dobijo več odgovorov na svoja vprašanja (Musabyimana idr., 2019, str. 90); (2) načrtovanje skupnih intervencij in podpora (Fernández Medina idr., 2019, str. 349–360); (3) izvajanje kenguru metode (Neogi idr., 2016, str. 302) za ohranjanje in vzpostavljanje vezi med materjo in nedonošenčkom (Bayo, Alogo, Feyissa in

Belaid, 2019, str. 1559–1560); (4) video interakcije (Hoffenkamp idr., 2015, str. 416–429); (5) empatično, strokovno (Sawyer idr., 2013, str. 639–640) in zaupljivo zdravstveno osebje (Sawyer idr., 2014, str. 1299), ki jim je nudilo oporo; (6) vključevanje staršev v oskrbo nedonošenčka (Hane idr., 2015, str. 188–196); (7) skupine za podporo staršem, ki so zmanjševale negativne občutke in stres (Turner idr., 2015, str. 252–258); (8) vključevanje strokovnjakov s psihiatričnega področja (Brett idr., 2011, str. e000023). Pri nedonošenčkih, ki so med oskrbo umrli, je imelo 92 % staršev stike z otrokom in psihično podporo (Durrmeyer idr., 2017, str. F98–F103). V primeru etičnega odločanja o oživljanju nedonošenčkov so vanjo vključeni tudi starši (Weir, Evans in Coughlin, 2011, str. 49–56).

3 Razprava

Raziskali smo, kako se starši soočajo z oskrbo nedonošenčka v enoti intenzivne nege in terapije otrok in kako jim lahko zdravstveni delavci pri tem pomagajo. Zdravstveni delavci lahko bistveno vplivajo na počutje in čustva staršev (Brett idr., 2011, str. e000023). S pomočjo pregleda, analize, sinteze ter kompilacije literature smo odgovorili na naslednja raziskovalna vprašanja.

Raziskovalno vprašanje 1: Kako se starši soočajo z oskrbo nedonošenčka v intenzivni enoti v času hospitalizacije?

Starši svoje izkušnje z oskrbo nedonošenčka velikokrat opisujejo kot spremenjeno resničnost, temo, bojevanje. Te metafore predstavljajo močno izražanje čustev, ki jih čutijo pri vzponih in padcih ob oskrbi njihovih otrok (Petty idr., 2019, str. 529–543). Očetje so oskrbo doživljali kot situacijo, nad katero niso imeli nadzora, bili so zgolj opazovalci in ne starši, kar jih je frustriralo (Provenzi in Santoro, 2015, str. 1785–1789). Že samo predčasno rojstvo otroka za starše predstavlja psihosocialni stres (Chertok idr., 2014, str. 30–37); matere ob tem slabše kontrolirajo svoja čustva, so bolj razdražljive od tistih, ki pri predčasnem porodu niso doživele travme (Hoffenkamp idr., 2015, str. 416–429). Matere najbolj skrbi zdravstveno stanje predčasno rojenega otroka (Turner idr., 2015, str. 252–258), medtem ko očete najprej zdravstveno stanje svoje partnerke, šele nato otroka (Provenzi in Santoro, 2015, str. 1791). Med bivanjem nedonošenčka na intenzivni enoti so se materin stres, anksioznost in strah povečevali na račun spremenjene materinske vloge, ovir v okolju intenzivne nege in same politike oddelka (Fernández Medina idr., 2019, str. 349–360). Tooten idr. (2013, str. 165) poudarjajo, da je nujno v samooskrbo nedonošenčka vključiti oba starša, saj vsi starši poročajo o negativnih izkušnjah (Widding idr., 2019, str. 4111). Chang idr. (2016, str. 99) so ocenili, da je imelo 25 % mater po predčasnem porodu simptome postravmatskega stresa (depresijo in nevrotičnost), kar posledično vodi v slabe strategije spoprijemanja s situacijo. Če sta starost otroka in porodna teža višji, so negativna čustva nižja (Ionio idr., 2016, str. 613). Avtorji Weir idr. (2011, str. 49–56) so ocenjevali starše in njihove občutke v očeh zdravstvenih delavcev. Poročali so, da se starši soočajo s stresno življenjsko situacijo, sebe krivijo za prezgodnji porod, se soočajo z občutki krivde, tesnobe in težko prenašajo odločitev o samem poteku oskrbe. Če starši svoja čustva prikrivajo, dobijo zdravstveni delavci izkrivljeno sliko počutja staršev (Horwitz idr., 2015, str. 378–380).

Raziskovalno vprašanje 2: Kako lahko zdravstveni delavci pomagajo staršem pri soočanju z oskrbo nedonošenčka v intenzivni enoti?

V času bivanja v intenzivni enoti je pomembno, da zdravstveni delavci razumejo, kako se starši počutijo, kaj preživljajo ter jim pokažejo, da so jim na voljo, v oporo in jim pomagajo pri iskanju strategij za reševanje njihovih težav (Widding idr., 2019, str. 4115–4116). Avtorji (Miele idr., 2018, str. 1–10) so ugotovili, da je ključno dejanje predporodno svetovanje, saj so se matere,

pri katerih se je pričakoval predčasni porod ter so zanj vedele, odzvale z manjšo anksioznostjo kot tiste, ki o tem niso bile pravočasno obveščene (Tallandini idr., 2012, str. 400). Kot zelo pozitivno se je izkazalo skupinsko svetovanje (Musabyimana idr., 2019, str. 90). Spet drugje se poslužujejo treh metod za čustveno in psihološko podporo staršem: (1) podpore zdravstvenega, negovalnega osebja ter ostalih sodelujočih v oskrbi, (2) vključitve osebja, ki se ukvarja z duševnim zdravjem in (3) tedenskega obiskovanja odprtih skupin za starše (Turner idr., 2015, str. 252–258). Velik pomen se pripisuje tudi točnim informacijam zdravstvenih delavcev, na podlagi katerih se odloča o nadaljnji oskrbi. Pomembno je tudi zadovoljstvo z empatičnim osebjem (Sawyer idr., 2014, str. 1300). Medicinske sestre so dojemali kot pomemben vir podpore in informacij, saj so jim ustvarile družinsko vzdušje, kar jim je olajšalo bivanje, po drugi strani pa so zato osebje veliko boljše vrednotili (Toral - López idr., 2016, str. e106). Zgodnji stik in vzdrževanje vezi med materjo in nedonošenčkom je izjemnega pomena za nadaljnji razvoj nedonošenčka in nadaljnje vedenje matere (Hane idr., 2015, str. 188–196). Študija, izvedena v 22 ustanovah, je pokazala, da veliko medicinskih sester ni bilo seznanjenih s kenguru metodo in začetkom dojenja nedonošenčkov (Neogi idr., 2016, str. 304–305). V večini bolnišnic imajo težave s prostorsko stisko ter izvajanje kenguru metode, saj dodatno obremenijo že obremenjene zdravstvene delavce (Neogi idr., 2016, str. 308). V eni od raziskav so avtorji (Brett idr., 2011, str. e000023) ugotovili, da programi vedenjske in razvojne oskrbe pozitivno prispevajo k soočanju staršev. V veliko pomoč so tudi video posnetki, izobraževalne intervencije in pripravljane staršev na obisk intenzivne enote ter intervencije za zmanjševanje stresa, ki ne predstavljajo velikega finančnega bremena, staršem pa so v veliko pomoč pri soočanju z oskrbo nedonošenčka.

4 Sklep

Predčasen porod predstavlja zelo travmatičen dogodek, ki staršem prinaša psihosocialne posledice. Zaradi travme, ki so jo preživeli, in samega stresa na račun okolja intenzivne enote ter njim neznanega strokovnega jezika so starši svoja čustva slabše kontrolirali, bili so razdražljivi, tesnobni, depresivni, nekateri so kazali tudi znake posttravmatskega stanja. Starše najbolj moti to, da ne morejo bivati s svojimi nedonošenčki, saj se s tem med njimi prekine vez. Obstajajo različni ukrepi, s katerimi lahko staršem pomagamo. Zdravstveni delavci bi morali razumeti, kako se starši počutijo, jim prisluhniti, jim biti v oporo in jim pomagati pri reševanju njihovih stisk in težav. Z vključevanjem kenguru metode, sobivanjem nedonošenčka in matere, nudenjem psihološke podpore itd. bi dosegli holistično obravnavo celotne družine in ne samo nedonošenčka.

LITERATURA

1. Altman, M. R., Oseguera, T., McLemore, M. R., Kantrowitz - Gordon, I., Franck, L. S. in Lindon, A. (2019). Information and power: women of color's experiences interacting with health care providers in pregnancy and birth. *Social Science & Medicine*, 238, 112491.
2. Bayo, P., Alogo, G., Feyissa, G. in Belad, L. (2019). Mothers' perceptions of the practice of kangaroo mother care for preterm neonates in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17 (8), 1558–1564.
3. Blencowe, H., Cousens, D., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L. in Moller, A. B. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 10 (1), 1–15.
4. Bole, U. in Skela - Savič, B. (2018). Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52 (3), 177–185.

5. Brett, J., Stanizewska, S., Newborn, M., Jines, N. in Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*, 1 (1), 1–11.
6. Chang, H. P., Chen, J. Y., Huang, Y. H., Su, P. H. in Chen, V. C. H. (2016). Factors associated with post-traumatic symptoms in mothers of preterm infants. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 30 (1), 96–101.
7. Chertok, I. R. A., McCrone, S., Parker, D. in Leslie, N. (2014). Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Advances In Neonatal Care*, 14 (1), 30–37.
8. Deng, Q., Li, Q., Wang, H., Sun, H. in Xu, X. (2018). Early father-infant skin-to-skin contact and its effect on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 1 (19), 701–712.
9. Durrmeyer, X., Scholer - Lascourrèges, L., Bétrémieux, L., Claris, O., Garel, M., Kaminski, M. idr. (2017). Delivery room deaths of extremely preterm babies: an observational study. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 102 (2), F98–F103.
10. Fernández Medina, I. M., Fernández - Sola, C., López - Rodríguez, M. M., Hernández - Padilla, J. M., Jiménez Lasserrotte, M. D. M. in Granero - Molina, J. (2019). Barriers to providing mother's own milk to extremely preterm infants in the NICU. *Advances In Neonatal Care*, 19 (5), 349–360.
11. Gaucher, N., Nadeuaz, S., Barbier, A., Janvier, A. in Payot, A. (2016). Personalized antenatal consultations for preterm labor: responding to mothers' expectations. *The Journal of Pediatrics*, 178, 130–134.
12. Hane, A. A., Myers, M. M. Hofer, M. A., Ludwig, R. J., Halperin, M. S., Austin, J. idr. (2015). Family nurture intervention improves the quality of maternal caregiving in the neonatal intensive care unit: evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36 (3), 188–196.
13. Hoffenkamp, H. N., Tooten, A., Hall, R. A. S., Braeken, J., Eliens, M. P. J., Vingerhoets, A. J. J. M. idr. (2015). Effectiveness of hospital-based video interaction guidance on parental interactive behavior, bonding, and stress after preterm birth: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (2), 416–429.
14. Horwitz, S. M., Storfer - Isser, A., Kerker, B. D., Lilo, E., Leibovitz, A., St John, N. idr. (2015). A model for the development of mothers' perceived vulnerability of preterm infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36 (5), 371–380.
15. Ionio, C., Colombo, V., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F. idr. (2016). Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal Of Psychology*, 12 (4), 604–621.
16. Kantrowitz - Gordon, I. (2013). Expanded care for women and families after preterm birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58 (2), 158–166.
17. Miele, M. J. O., Pacagnella, R. C., Osis, M. J. D., Angelini, C. R., Souza, J. L. in -cecatti, J. G. (2018). 'Babies born early?' - silences about prematurity and their consequences. *Reproductive Health*, 15 (1), 1–10.
18. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. in Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6 (7), 1–6.
19. Musabyimana, A., Lendeen, T., Butrick, E., Sayinzoga, F., Rwabufingiri, B. N., Walker, D. idr. (2019). Before and after implementation of group antenatal care in Rwanda: a qualitative study of women's experiences. *Reproductive Health*, 16 (1), 90.
20. Nacionalni inštitut za javno zdravje (18. 7. 2018). Zdravstveno stanje prebivalstva: porodi in rojstva. Pridobljeno s: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2018/2.2_porodi_in_rojstva_2018_koncna2.pdf.
21. Neogi, S. B., Chauhan, M., Sharmna, Y., Negandhi, P., Sethy, G. in Ali, S. H. (2016). Rolling out of kangaroo mother care in secondary level facilities in Bihar Mothers and fathers in NICU: the impact of preterm birth on parental distress – some experiences. *Indian Journal of Public Health*, 60 (4), 302–308.
22. Petty, J., Jarvis, J. in Thomas, R. (2019). Using parent metaphors for learning about the neonatal care experience: an interpretive perspective. *Journal of Child Health Care*, 24 (4), 529–543.

23. Pritchard, V. E. in Montgomery - Honger, A. (2014). A comparison of parent and staff perceptions of setting-specific and everyday stressors encountered by parents with very preterm infants experiencing neonatal intensive care. *Early Human Development*, 90 (10), 549–555.
24. Provenzi, L. in Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (13–14), 1784–1794.
25. Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L. in Ayers, S. (2013). Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120 (5), 637–643.
26. Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L. in Ayers, S. (2014). Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG, An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 121 (10), 1294–1301.
27. de Souza, N. L., Pinheiro - Fernandes, A. C., Clara - Costa, I. C., Cruz - Enders, B., de Carvalho, J. B. L. in de Silva, M. L. C. (2010). Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista de Salud Publica (Bogota)*, 12 (3), 356–367.
28. Steyn, E., Poggenpoel, M. in Myburgh, C. (2017). Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis*, 40 (1), 1–8.
29. Swanson, V., Nicol, H., McInnes, R., Cheyne, H., Mactier, H. in Callander, E. (2012). Developing maternal self-efficacy for feeding preterm babies in the neonatal unit. *Qualitative Health Research*, 22 (10), 1369–1382.
30. Tallandini, M. A., Morsan, V. in Macagano, F. (2012). Preterm birth and assisted reproductive technology/art: maternal emotional wellbeing and quality of mother-newborn interaction during the first three months of life. *Early Human Development*, 88 (6), 397–402.
31. Tooten, A., Hoffenkamp, H. N., Hall, R. A. S., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M. in van Bakel, H. J. A. (2013). Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth*, 40 (3), 164–171.
32. Toral - López, I., Fernández - Alcántara, M., González - Carrión, P., Cruz - Quintana, F., Rivas - Campos, A. in Pérez - Marfil, N. (2016). Needs perceived by parents of preterm infants: integrating care into the early discharge process. *Journal Of Pediatric Nursing*, 31 (2), e99–e108.
33. Turner, M., Chur - Hansen, A., Winefield, H. in Stanners, M. (2015). The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the parent stress scale – neonatal intensive care unit. *Women and Birth*, 28 (3), 252 – 258.
34. Weir, M., Evans, M. in Coughlin, K. (2011). Ethical decision making in the resuscitation of extremely premature infants: the health care professional's perspective. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33 (1), 49 – 56.
35. Widding, U., Hägglöf, B. in Farooqi, A. (2019). Parents of preterm children narrate constructive aspects of their experiences. *Journal Of Clinical Nursing*, 28 (21–22), 4110–4118.
36. Woodward, L. J., Bora, S., Clark, C. A. C., Montgomery - Homger, A., Pritchard, V. E., Spencer, C. idr. (2014). Very preterm birth: maternal experiences of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*, 34 (7), 555–556.

Ocena bolečine pri bolnikih z demenco v socialnovarstvenih zavodih

KLJUČNE BESEDE: bolečina, ocena, demenca, socialnovarstveni zavod

POVZETEK - Ocena bolečine pri bolnikih z demenco v socialnovarstvenih zavodih je velik izziv za kakovostno zdravstveno oskrbo te ranljive populacije. Z raziskavo smo želeli ugotoviti znanje zdravstvenih delavcev o demenci glede na starostne skupine in izobrazbo ter oceno in prepoznavo bolečine pri demenci v socialnovarstvenih zavodih celjske regije. Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja. V raziskavi je sodelovalo 275 zdravstvenih delavcev iz desetih socialnovarstvenih zavodov celjske regije. Največ anketiranih je bilo starih do 30 let (84), največ anketirancev je imelo končano štiriletno izobraževanje (128), 123 anketirancev je svoje znanje o demenci ocenilo kot dobro, zdravstveni delavci menijo, da je bolečina pri demenci neprepoznana in nezdravljena, 27,3 % zdravstvenih delavcev ne uporablja nobenega orodja za oceno bolečine pri demenci. V socialnovarstvenih zavodih je potrebno redno strokovno izobraževanje zdravstvenih delavcev o demenci ter prepoznavi in oceni bolečine ter uporabi ocenjevalnih orodij.

KEYWORDS: pain, assessment, dementia, social care institution

ABSTRACT - Pain assessment in patients with dementia represents a major challenge of quality healthcare for this vulnerable population. The aim of our research was to determine the knowledge of healthcare workers about dementia according to different age groups and education, and assessment and recognition of pain in patients with dementia in social care institutions in the Celje region. In our research, a quantitative research method was used. The data were obtained by using a survey technique. The research included 275 healthcare workers from ten social care institutions in the Celje region. The majority of the respondents were under the age of 30 (84), and the majority of them had completed 4 years of education (128). 123 of the respondents rated their knowledge about dementia as »good«. Healthcare workers are of the opinion that pain in dementia is unrecognized and untreated. 27.3% of healthcare workers do not use any tool to assess pain in dementia. In social care institutions, regular professional training of healthcare workers on dementia and on the recognition of pain and pain assessment, as well as on the use of assessment tools would be required.

1 Teoretična izhodišča

Mednarodno združenje za preučevanje bolečine definira bolečino kot neprijetno čustveno in čutno doživetje, ki je povezano z možno ali neposredno poškodbo tkiva (Raja idr., 2020). Fizični del bolečine je samo en dejavnik v doživljanju bolečine. Na doživljanje bolečine vplivajo tudi psihološki, socialni in duhovni dejavniki. Bolečina je osebna izkušnja, tako da jo lahko oceni le tisti, ki jo doživlja. Nekateri bolniki niso sposobni podati ocene o svoji bolečini, mednje spadajo bolniki z napredovalo demenco, ki pogosto bivajo v socialnovarstvenih zavodih.

Po ugotovitvah Svetovne zdravstvene organizacije je demenca globalni svetovni problem, ker prizadene od pet do osem odstotkov populacije, pri čemer njena pojavnost eksponentno narašča (WHO, 2015). Alzheimerjeva bolezen je najbolj znana in najpogostejša oblika demence in predstavlja 50 do 60 odstotkov vseh bolnikov z demenco. Druge oblike demence vključujejo vaskularno demenco, demenco z Lewyjevimimi telesci in frontotemporalno demenco. Značilni simptomi demence in njihov vrstni red pojavljanja so odvisni od vrste in stopnje demence. Med

simptome spadajo upad spominskih sposobnosti, upad sposobnosti govornega izražanja (afazija), zmanjšana uporabnost motoričnega aparata (apraksija), težave z zaznavanjem (agnozija), zmanjšana sposobnost izvršitvenih funkcij ter vedenjske in psihične spremembe.

Bolniki z demenco so izpostavljeni številnim zdravstvenim težavam, ki lahko povzročajo bolečino, prav tako padcem in poškodbam (Herr, Bjorno in Decker, 2006, Dementia Australia, 2017). Redno občuti bolečino 50 odstotkov teh bolnikov (Van Kooten idr., 2015). V socialnovarstvenih zavodih je pojavnost bolečine še večja, prisotna je pri 60 do 80 odstotkih bolnikov z demenco (Achterberg idr., 2020). Doživljanje fizične bolečine je zelo individualno, lahko se izrazi kot neprijeten občutek, mravljinčenje, zbadanje, pekoč občutek, utripanje, grimase na obrazu ali umik bolečega dela telesa ob dotiku (Alzheimer Society of Canada, 2017). Z napredovanjem demence se izgublja sposobnost poročanja o bolečini, kar zaplete odločitve o zdravljenju (Domenichiello in Ramsden, 2019). Darovec idr. (2013) ugotavljajo, da sta prepoznavna in ugotovitev vzrokov vedenjskih in psihičnih simptomov pri bolnikih z demenco nujni, saj so lahko vzrok zanje bolečina in telesne bolezni. Vedenjski simptomi slabijo funkcioniranje in kakovost življenja bolnikov z demenco ter napovedujejo slabo prognozo bolezni (Darovec idr., 2013), kronična bolečina pa pospešuje kognitivni upad (Achterberg, Lantenbacher, Husebo, Erdal in Herr (2020).

Ugotovljeno je, da bolniki z demenco občutijo bolečino enako kot bolniki brez demence, vendar je zaradi motenj v komuniciranju ne morejo enako izraziti (Dementia Australia, 2017). Bolečina je velikokrat neprepoznana ter predstavlja izziv, težko jo je oceniti in je pogosto zanemarjena in neobvladana (Lešnik idr., 2019; Nowak idr., 2018; Passmore idr., 2010). Bolnikova ocena bolečine mora biti izhodišče za zdravljenje bolečine (Malara idr., 2016). Bolniki z demenco z blagimi in srednjimi kognitivnimi motnjami najlažje uporabljajo številčne lestvice, druge podatke o bolečini pa pridobimo z intervjujem. Bolnike z napredovalo demenco in nezmožnostjo komunikacije opazujemo in poskušamo ugotoviti oceno bolečine iz njihovega obnašanja (Krčevski Škvarč, 2004). Opazujemo lahko šest glavnih tipov obnašanja v bolečini: izraz obraza, verbalno oglašanje, telesni gibi, spremembe v obnašanju, spremembe v rutinskih opravilih in mentalnem statusu (Herr idr., 2006). Najpogosteje uporabljane opazovalne lestvice so PAINAD (Warden idr., 2003), Abbey Pain Scale (Abbey idr., 2004), Doloplus 2 (Lefebvre-Chapiro, 2001).

Zdravstveni delavci pogosto podcenjujejo jakost bolečine pri bolniku z demenco in menijo, da bolečina ni tako huda, kot jo prikazuje bolnik. Največkrat je to izraz nemoči in pomanjkanja znanja zdravstvenih delavcev, ugotavljajo Lešnik idr. (2019). Lahajnar (2004) navaja, da je vzrok za nepravilno oceno bolečine pri bolniku s kognitivnim upadom pomanjkanje znanja in časa zdravstvenih delavcev, prav tako nekateri zdravniki slabo poznajo nefarmakološke pristope k zdravljenju bolečine in farmakologijo zdravil za zdravljenje bolečine, bojijo se toksičnosti opioidov in njihovih stranskih učinkov ter ne poznajo zakonodaje njihovega predpisovanja.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti znanje zdravstvenih delavcev (zdravnik/zdravnica, magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, delovni terapevt/delovna terapevtka, fizioterapevt/fizioterapevtka, zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka, bolničar/negovalec/bolničarka/negovalka) v domovih za starejše o demenci ter prepoznavo in oceno bolečine pri bolnikih z demenco.

Na podlagi raziskovalnega problema smo oblikovali hipotezo 1: Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih je pomanjkljivo, vendar se razlikuje glede na izobrazbo in starost.

Oblikovali smo raziskovalno vprašanje: Katera orodja za oceno bolečine uporabljajo zdravstveni delavci in kako pogosto?

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V kvantitativni raziskavi smo uporabili metodo deskripcije, sinteze in komparacije. Primarne podatke smo pridobili z anketnim vprašalnikom, sekundarne podatke pa smo zbrali s pregledom strokovnih in znanstvenih člankov, pregledom strokovne literature in internetnih virov, slovenske vzajemne bibliografske baze podatkov COBIB.SI in tujih podatkovnih baz Google učenjak, PubMed, ProQuest ter Research-Gate. Vključeni so bili le članki, do katerih smo lahko dostopali v celoti, pri jezikovnem kriteriju pa smo se omejili na članke v slovenščini in angleščini.

2.2 Opis instrumenta

Raziskavo smo izvedli s strukturiranim instrumentom v obliki anonimnega pisnega anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda strokovne in znanstvene literature. Anketni vprašalnik je bil razdeljen v dva sklopa. Prvi sklop je vseboval štiri vprašanja zaprtega tipa, ki se nanašajo na demografske podatke o anketirancu: spol, starost, izobrazba in delovno mesto. Drugi sklop sedmih vprašanj se je nanašal na znanje zdravstvenih delavcev o demenci, bolečini ter pogostosti stikov bolnikov z demenco ter uporabi instrumentov za oceno bolečine.

2.3 Opis vzorca

V raziskavo smo povabili zaposlene zdravstvene delavce v 13 socialnovarstvenih zavodih, ki so vključeni v celjsko regijo socialnovarstvenih zavodov, in sicer po naključnem kvotnem vzorcu. Raziskava je potekala v desetih socialnovarstvenih zavodih (DS Laško Thermana, Dom ob Savinji Celje, Dom Lipa Štore, Dom starejših Šmarje pri Jelšah, Dom Jožefov hrib Celje, Dom starejših Šentjur, Dom starejših Polzela, Lambrechtov dom Slovenske Konjice, Zimzelen Topolšica, Dom Senecura Vojnik), trije domovi starejših se na povabilo k sodelovanju v raziskavi niso odzvali. Razdelili smo 500 anketnih vprašalnikov. V vzorec so bili vključeni zdravstveni delavci (zdravnik/zdravnica, magistrica zdravstvene nege/magister zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, delovni terapevt/delovna terapevtka, fizioterapevt/fizioterapevtka, zdravstveni tehnik/zdravstvena tehničarka, bolničar/negovalec/bolničarka/negovalka) v socialnovarstvenih zavodih, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z demenco. Vrnjenih je bilo 275 anketnih vprašalnikov.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskavo je odobrila Komisija za znanstveno raziskovalno delo in razvoj Visoke zdravstvene šole v Celju. Anketiranje so odobrili direktorji udeleženi socialnovarstvenih zavodov. Podali smo pisno razlago o anketnih vprašalnikih, za soglasja anketirancev in izvedbo ankete so zaradi covida 19 poskrbele glavne medicinske sestre socialnovarstvenih zavodov. Anketni listi so se v zaprtih pisemskih ovojnicah zbirali v tajništvu. Raziskava je potekala od 25. junija do 20. avgusta 2020 v desetih socialnovarstvenih zavodih. Čas izpolnjevanja anketnih vprašalnikov je bil podaljšan do 20. avgusta zaradi obdobja letnih dopustov in covida 19.

Podatke smo statistično obdelali s programom SPSS 25.0. Vprašanja odprtega tipa smo analizirali s kvalitativno analizo besedil.

Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Vsem anketirancem sta bili zagotovljeni pravica do polne pojasnitve in pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Vsak sodelujoči je podal informirano privolitev in je bil seznanjen, da lahko kadar koli izstopi iz raziskave.

3 Rezultati

V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave med zdravstvenimi delavci v desetih socialnovarstvenih zavodih celjske regije.

Ugotovili smo, da anketirani svoje znanje o demenci v socialnovarstvenih zavodih ocenjujejo s povprečno oceno 3,40 (standardni odklon = 0,82) (tabela 1). Iz tabele 1 je razvidno, da med anketiranimi glede na starost ne obstajajo statistično pomembne razlike glede mnenja o znanju o demenci v socialnovarstvenih zavodih ($p = 0,850$).

Tabela 1: Znanje o demenci glede na starost

	<i>N</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>P</i>
Do 30 let	84	3,38	0,74	0,850
31–40 let	64	3,38	0,85	
41–50 let	63	3,48	0,74	
51–60 let	64	3,36	0,97	
Skupaj	275	3,40	0,82	

Upoštevali smo odgovore na vprašanje »Prosim, ocenite svoje znanje o demenci?« (tabela 2).

Hipotezo smo preverili z analizo variance ANOVA. Iz tabele 2 je razvidno, da je največ zdravstvenih delavcev svoje znanje o demenci ocenilo kot dobro (123, 44,7 %), malo manj (105, 38,2 %) jih je znanje o demenci ocenilo kot prav dobro, nekaj (22, 44,7%) zdravstvenih delavcev je svoje znanje ocenilo kot zadostno, še manj (19, 6,9%) kot odlično, najmanj (6, 2,2%) zdravstvenih delavcev pa je svoje znanje o demenci ocenilo kot nezadostno.

Tabela 2: Znanje o demenci

<i>Nezadostno</i>	<i>Zadostno</i>	<i>Dobro</i>	<i>Prav dobro</i>	<i>Odlično</i>
6 (2,2 %)	22 (8 %)	123 (44,7 %)	105 (38,2 %)	19 (6,9 %)

Iz tabele 3 je razvidno, da med anketiranimi glede na izobrazbo tudi ne obstajajo statistično pomembne razlike glede mnenja o znanju o demenci v socialnovarstvenih zavodih ($P = 0,718$).

Hipoteze H1 ne sprejmemo.

Tabela 3: Znanje o demenci glede na izobrazbo

	<i>N</i>	<i>Povprečje</i>	<i>Standardni odklon</i>	<i>P</i>
Nižje poklicno izobraževanje III. (2-letno)	9	3,22	0,67	0,718
Srednje poklicno izobraževanje IV. (3-letno)	87	3,47	0,80	
Srednje tehnično izobraževanje V. (4-letno)	128	3,39	0,77	
Višješolski program VI/1.	13	3,54	0,66	
Visokošolski strokovni program VI/2.	30	3,27	1,05	
Specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program VII.	6	3,00	1,41	
Drugo	2	3,50	0,71	
Skupaj	275	3,40	0,82	

Iz tabele 4 je razvidno, da se največ zdravstvenih delavcev (172) strinja s trditvijo, da sta prepoznavna in ocena bolečine pri demenci pogosto neprepoznani in nezdravljeni, 65 zdravstvenih delavcev meni, da sta prepoznavna in ocena bolečine pri demenci enostavno stanje, ki ga določajo zaznavni, čustveni, socialni in kulturni dejavniki, 30 zdravstvenih delavcev pa meni, da lahko bolečino pri demenci hitro oceniš.

Tabela 4: Mnenje o prepoznavi in oceni bolečine pri dementnem bolniku

To je enostavno stanje, ki ga določajo zaznavni, čustveni, socialni in kulturni dejavniki.	65
Je pogosto neprepoznana in nezdravljena.	172
To je stanje, ki ga pri bolniku z demenco hitro oceniš.	30

Iz tabele 5 je razvidno, da največ (33,1%) zdravstvenih delavcev za oceno bolečine uporablja opazovalno lestvico PAINAD, 32,4 % zdravstvenih delavcev uporablja številčno lestvico od 1–10, 27,3 % zdravstvenih delavcev za oceno bolečine pri demenci ne uporablja nobenega orodja, 18,9 % zdravstvenih delavcev pa za oceno bolečine uporablja lestvico VAS.

Tabela 5: Uporaba orodij za oceno bolečine (v %)

<i>Lestvica VAS</i>	<i>Številčna lestvica</i>	<i>Lestvica PAINAD</i>	<i>Nobeno uporabljeno orodje</i>
18,9	32,4	33,1	27,3

Iz tabele 6 je razvidno, da največ zdravstvenih delavcev za oceno bolečine ne uporablja nobenega orodja (33,8%), 23,3 % zdravstvenih delavcev uporablja ocenjevalno orodje redko, 22,5 % anketirancev uporablja ocenjevalno orodje občasno, 9,5 % zdravstvenih delavcev

uporablja ocenjevalno orodje pogosto, zelo pogosto in vsakodnevno pa uporablja ocenjevalna orodja 5,5 % zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih.

Tabela 6: Pogostost uporabe lestvic za oceno bolečine pri dementnih bolnikih (v %)

<i>Nikoli</i>	<i>Redko (3-krat na mesec)</i>	<i>Občasno (4–6-krat na mesec)</i>	<i>Pogosto (7–10-krat na mesec)</i>	<i>Zelo pogosto (11–15-krat na mesec)</i>	<i>Vsakodnevno</i>
33,8	23,3	22,5	9,5	5,5	5,5

4 Razprava

Rezultati naše študije kažejo, da ne glede na izobrazbo in starost zdravstveni delavci v socialnovarstvenih zavodih svoje znanje o demenci ocenjujejo kot dobro v 44,7 %, v 38,2 % pa kot prav dobro. Večina anketiranih razume, da je demenca kronično napredujoča bolezen (77,8 %).

Parra - Anguita, Garcia - Fernandez, Pino - Casado in Pancorbo - Hidalgo (2019) ugotavljajo, da je znanje o demenci povezano s stopnjo izobrazbe medicinskih sester in da veliko vlogo igrajo delovne izkušnje. Kmetčeva (2019) ugotavlja, da se zaposleni v socialnovarstvenem zavodu redno strokovno izobražujejo za delo z bolniki z demenco s prebiranjem strokovnih člankov, ogledom strokovnih oddaj po televiziji ter tudi na raznih srečanjih in timskih sestankih, na katerih izpostavijo težave. Kmetčeva (2019) prav tako ugotavlja, da si zaposleni želijo več izobraževanj za svojce bolnikov z demenco, za zaposlene pa več izobraževanj s strani psihiatra in nevrologa. Domneva, da med skupinama zdravstvenih delavcev z znanjem o demenci in brez znanja o demenci ni statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo, ustanovo, starost in delovno dobo. Sivčeva (2018) v svoji raziskavi navaja, da imajo najmanj znanja o demenci zdravstveni delavci v starosti 31–40 let. Sivčeva (2018) domneva, da se zaposleni v tej starosti manj izobražujejo ali so naveličani svojega dela ter ga opravljajo rutinsko. Blazinšek, Zorc in Skela Savić (2013) v svoji raziskavi ne ugotavljajo statistično pomembnih razlik o znanju demence glede na starost zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih. Znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnozdravstvenih zavodih je pomanjkljivo, vendar glede na izobrazbo in starost ne obstajajo statistično pomembne razlike.

Na osnovi pridobljenih podatkov lahko zaključimo, da je znanje zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih dobro, vendar se lahko še izboljša z rednim strokovnim izobraževanjem. Podatki ne prikazujejo realnega stanja, ker so zbrani na osnovi samoocene, realnejšo sliko bi pridobili, če bi uporabili specialne vprašalnike za preverjanje znanja.

Na podlagi podatkov, pridobljenih z anketnim vprašalnikom, smo ugotovili, da 62,5 % zdravstvenih delavcev v socialnovarstvenih zavodih meni, da je bolečina pri bolnikih z demenco pogosto neprepoznana in nezdravljena. Nowak idr. (2018) v svoji raziskavi na Poljskem ugotavljajo, da je v njihovih socialnovarstvenih zavodih uporaba psihotropnih zdravil prevladala nad uporabo analgetikov, kljub temu da je znano, da so vedenjski in psihični simptomi pri bolnikih z demenco vzrok za bolečino. Elo (2014) ugotavlja, da je bolečina pri bolnikih z demenco pri paliativni oskrbi pogosto premalo prepoznana in zdravljena, istočasno pa so ti bolniki z demenco pretirano izpostavljeni nepotrebnim posegom, zato obstaja velika potreba po dodatnem znanju zdravstvenih delavcev pri prepoznavanju bolečine in drugih simptomov bolnikov z demenco. Neprepoznana in premalo zdravljena bolečina pri bolnikih z demenco poslabša fizično, mentalno in socialno zdravje ter kakovost življenja bolnika z demenco, ugotavlja Elo (2014).

Anketirani zdravstveni delavci so le občasno ocenjevali bolečino pri bolnikih z demenco in pri tem so večinoma uporabljali enostavne kategorične lestvice, samo tretjina jih je uporabljala opazovalno lestvico PAINAD. V sistematičnem pregledu Jonsdottir in Gunnarssonova (2020,) ugotavljata podobno stanje in razloge za to vidita v nezadostnem izobraževanju, slabi multidisciplinarni komunikaciji in delovni preobremenitvi zdravstvenih delavcev.

Raziskava ima omejitve zaradi izbrane metode raziskovanja, ki je temeljila na anketi in samooceni ter je bila izvedena v samo eni regiji v Sloveniji.

5 Sklep

Po izsledkih naše raziskave znanje zdravstvenih delavcev o demenci v socialnovarstvenih zavodih ni na optimalni ravni. Bolečina pri bolnikih z demenco je pogosto neprepoznana in slabo ocenjevana. Ocenjevanje bolečine pri bolnikih z napredovalo demenco ni lahko, a je zelo pomembno za primerno zdravljenje bolnikov z demenco in lahko bistveno izboljša kakovost njihovega življenja. V socialnovarstvenih zavodih je treba več pozornosti nameniti neprekinjenemu izobraževanju zdravstvenih delavcev, ki skrbijo za bolnike z demenco, o poteku demence ter tudi o prepoznavanju, oceni in lajšanju bolečine. Menimo, da je raziskovanje na področju ocene bolečine pri bolnikih z demenco pomembno, saj lahko le tako izboljšujemo obstoječo prakso celostne oskrbe bolnika z demenco v socialnovarstvenih zavodih.

LITERATURA

1. Abbey, J. A., Diller, N., De Bellis, A. idr. (2004). The Abbey Pain Scale. A 1-minute numerical indicator for people with late-stage dementia. *Int J Palliat Nurs.*, 10, 6–13.
2. Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A. in Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain Reports*, Januar 2020, pp. 1–8. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>.
3. Alzheimer Society of Canada (2017). How does pain affect people with dementia? Pridobljeno na www.alzheimer.ca.
4. Blazinšek, U., Zurc, J. in Skela Savič, B. (2013). Učinkovitost komunikacije diplomiranih in srednjih medicinskih sester z demencnimi bolniki v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik Zdravstvene nege* 47 (1), 38–46. Pridobljeno na www.obzornik.zbornica-zveza.si.
5. Darovec, J., Kogoj, A., Kores Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P. idr. (2013). Smernice za obravnavo pacientov z demenco (str. 20–30). Slovensko zdravniško društvo: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.
6. Domenichiello, A. F. in Ramsden, C. E. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *PubMed.gov* 93, 284–290. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>.
7. Elo, S. in Tervola, J. (2014). Palliative care and environment in which we look after people with dementia – some examples from Finland. V B. M. Kaučič idr. (ur), *Celostna obravnava pacientov kot vodilo za kakovostno paliativno oskrbo V. Stiki zdravstvene nege: Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, zbornik predavanj z recenzijo*, Celje, 3. april 2014, (str. 46–53). Pridobljeno na www.vzsce.si.
8. Herr, K., Bjorno, K. in Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state of the science review. *J Pain Symptom Manage*, 31 (2), 170–192.
9. Jonsdottir, T. in Gunnarsson, E. C. (2020). Understanding nurses' knowledge and attitudes toward pain assessment in dementia: a literature review. *Pain Manag Nurs.* 14 December. Pridobljeno s <https://doi:10.1016/j.pmn.2020.11.002>.
10. Kmetec, M. (2019). Načini dela in ovire pri oskrbi ljudi z demenco v institucionalnem varstvu (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

11. Krčevski Škvarč, N. (2004). Doživljanje bolečine pri starostniku. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Zbornik predavanj/8. Seminar o bolečini, 18. in 19. junij 2004. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (str. 15–21).
12. Lahajnar, S. (2004). Zdravljenje bolečine pri starostnikih. V N. Krčevski Škvarč (ur.), Zbornik predavanj/8. Seminar o bolečini, 18. in 19. junij 2004. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine (str. 29–34).
13. Lefebvre Chapiro, S. (2001). The Doloplus Group. The Doloplus 2 scale – evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care*, 8, 191–94.
14. Lešnik, A., Tomažič, J. in Zorčič, V. (2019). Prepoznavanje in ocena bolečine pri osebah z demenco (str. 1–10). Pridobljeno s <https://www.researchgate.net/publication/333186947>.
15. Malara, A., De Biase, G.A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M. idr. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J Alzheimers Dis.*, 50 (4), 1217–1225. Pridobljeno na doi: 10.3233/JAD-150808.
16. Nowak, T., Neumann - Podczaska, A., Deskur - Smielecka, E., Styszynski, A. in Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging* 13, 1045–1051. Pridobljeno s <https://www.dovepress.com/clinical-interventions-in-aging-journal>.
17. Pain and dementia – Dementia Australia (2017). Pridobljeno na www.dementia.org.au
18. Parra - Anguita, L., Garcia - Fernandez, F. P., Pino - Casado, R. in Pancorbo - Hidalgo, P. L. (2019). Knowledge about the care of people with Alzheimers disease of the nursing staff of nursing homes in Spain. *Int J Environ Res Health* 16 (4), 4907. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/prnc/articles/PMC6950273/>.
19. Passmore, P., Wilson, D., McGuinness, B. in Todd, S. (2010). Recognition and management of pain in dementia. *GM Midlife and Beyond*, september 2010, *Neurology*, 499–507. Pridobljeno na www.gerimed.co.uk.
20. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S. idr. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161 (9), 1976–1982.
21. Sivec, G. (2018). Odnos medicinskih sester do ljudi z demenco in njihovo znanje s področja demence (Magistrsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
22. The epidemiology and impact of dementia. Current status and future trends. WHO (2015). Pridobljeno s http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/.
23. Van Kooten, J., Delwel, S., Binnekade, T., Smalbrugge, M., van der Wouden, J., Perez, R. idr. (2015). Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. *BMC Geriatrics* 15, 29, 1–10. Pridobljeno na DOI 10.1186/s12877-015-0025-0.
24. Warden V., Hurley, A. C. in Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *J Med Dir Assoc.* 4, 9–15.

Rak materničnega vratu kot posledica oralne hormonske kontracepcije

KLJUČNE BESEDE: učinki oralne hormonske kontracepcije, dejavnik tveganja, zdravstvena vzgoja, reproduktivno zdravje

POVZETEK - Uvod: Rak materničnega vratu (RMV) še vedno predstavlja pogosto vrsto malignih obolenj pri ženskah v Sloveniji. Dejavniki tveganja, ki lahko povzročijo RMV, je poleg humanih papiloma virusov (HPV) še uporaba oralne hormonske kontracepcije (OHK). Namen raziskave je ugotoviti vpliv OHK kot dejavnika tveganja za nastanek RMV. **Metode:** Izvedli smo pregled literature z uporabo deskriptivne metode dela in analize vseh v raziskavo vključenih virov. Te smo s pomočjo ključnih besed, njihovih sopomenk ter uporabo vključitvenih in izključitvenih meril iskali v podatkovnih bazah PubMed, Medline in CINAHL. Za oceno kakovosti posameznih vključenih člankov smo uporabili orodje MMAT 2018. **Rezultati:** Pregledali in analizirali smo 9 člankov v angleškem jeziku. Raziskave kažejo na to, da je dolgotrajna uporaba OHK (≥5 let) lahko samostojni razlog, ki zaradi mehanizmov delovanja estrogenov in progesteronov privede do nastanka RMV, največkrat pa pri tem sodelujejo tudi ostali dejavniki tveganja. **Razprava:** OHK je eden izmed dejavnikov tveganja za nastanek RMV. Daljši čas uporabe OHK (5 let) je pozitivno povezan s povečano verjetnostjo za nastanek predrakavih/rakavih sprememb materničnega vratu.

KEYWORDS: effects of oral hormonal contraception, risk factor, health education, reproductive health

ABSTRACT - Introduction: Cervical cancer (CC) is still a common type of malignant disease in women in Slovenia. In addition to human papillomavirus (HPV), the use of oral hormonal contraception (OHC) is a risk factor that can cause CC. The purpose of the study is to determine the influence of OHC as a risk factor for the development of CC. **Methods:** We performed a literature review using a descriptive method of work and analysis of all sources included in the research. We searched for them in PubMed, Medline and CINAHL databases with the help of keywords, their synonyms and the use of inclusion and exclusion criteria. We used the MMAT 2018 tool to assess the quality of individual included articles. **Results:** We reviewed and analyzed 9 articles in English. Research suggests that long-term use of OHC (≥5 years) may be an independent cause of CC due to the mechanisms of action of estrogens and progestogens, with other risk factors most often involved. **Discussion:** OHC is one of the risk factors for developing cervical cancer. Prolonged use of OHC (5 years) is positively associated with an increased likelihood of developing precancerous / cancerous changes of the cervix.

1 Teoretična izhodišča

Rak materničnega vratu (RMV) velja za enega najpogostejših malignih obolenj pri ženskah, četudi obstaja veliko možnosti za njegovo preprečevanje, pravočasno odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo (Asthana, Busa in Labani, 2020). Najpogosteje ga povzročajo okužbe s humanimi papiloma virusi (HPV) (La Vecchia in Boccia, 2014). Sočasna okužba s HPV in prisotnost ostalih dejavnikov tveganja pri ženskah, kot so kajenje, uporaba oralne hormonske kontracepcije (OHK) in okužbe s spolno prenosljivimi boleznimi (SPB) povečujejo tveganje za nastanek malignih celic na materničnem vratu (Cibula idr., 2010). Longatto - Filho idr. (2011) navajajo, da so si dosedanje študije, ki vključujejo razlago povezave med uporabo OHK in nastankom RMV, nasprotujoče in ne ponujajo poenotene razlage, ki bi opredelila povezavo med njima. Gadducci, Barsotti, Cosio, Domenici in Riccardo Genazzani (2011) denimo razlagajo, da OHK ni nujno povezana s povečanim tveganjem za razvoj intraepitelnih lezij materničnega vratu in opisujejo, da ima večji negativni vpliv pri uporabnicah OHK to, da zaradi

uživanja le-te ne uporabljajo pregradnih metod kontracepcije, imajo običajno več spolnih partnerjev ali začnejo s spolnimi odnosi v zgodnejših letih.

Namen raziskave je ugotoviti povezavo med uporabo OHK kot dejavnikom tveganja za nastanek RMV. Cilji, ki smo si jih pri tem zastavili, so pregledati strokovno in znanstveno literaturo, usmerjeno na področje razlage OHK in RMV ter povezav med njima, razložiti mehanizem delovanja hormonskih preparatov v OHK in raziskati vpliv uporabe OHK na nastanek maligno spremenjenih celic materničnega vratu. Želeli smo ugotoviti, kako jemanje oralnih hormonskih kontraceptivov vpliva na nastanek raka na materničnem vratu.

2 Metode

Izvedli smo sistematični pristop, ki temelji na pregledu, analizi in sintezi strokovne in znanstvene literature. Sistematični pregled literature je možno opredeliti kot sintezo raziskav, ki jih izvajajo skupine strokovnjakov, ki si prizadevajo pridobiti mednarodne dokaze (Munn idr., 2018). Z omenjenim pristopom smo želeli doseči globlji in bolj strnjeni vpogled v že raziskana področja uporabe OHK v povezavi z nastankom RMV.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo deskriptivno metodo dela, metodo kompilacije, komparativno metodo in vsebinsko analizo ter sintezo vseh v raziskavo vključenih virov, s katerimi smo lahko odgovorili na zastavljeno raziskovalno vprašanje. Iskanje in pregled virov smo izvedli s pomočjo PRISMA-modela (Moher, Liberati, Tetzlaff in Altman, 2009). Kakovost člankov smo preverili s 7-nivojsko hierarhijo dokazov (Pajnikihar in Vrbnjak, 2016; Polit in Beck, 2012). Za kritično oceno posameznih vključenih člankov smo uporabili orodje Mixed Methods Appraisal Tool – MMAT, verzija 2018 (Nha Hong idr., 2019).

Iskanje literature smo izvedli z uporabo kombinacije ključnih besed in njihovih sopomenk v angleškem jeziku: »oral contraceptives«, »hormonal contraceptives«, »cervical cancer«, »cervical changes«, »risk factors« ter uporabo Boolovih operatorjev (AND/OR). Tako smo oblikovali iskalni niz za raziskovanje, in sicer: (oral contracepti* OR hormon* contracepti*) AND (risk* factor*) AND (cervical cancer* OR cervical change*). Za iskanje in pregled virov smo uporabili tuje podatkovne baze PubMed, Medline in CINAHL. Oblikovali smo tudi vključitvena in izključitvena merila s pomočjo PI(C)O(T)-modela (Fineout-Overholt in Johnston, 2006). Vključitvena merila so obsegala vključitev virov, objavljenih v angleškem jeziku v časovnem obdobju od leta 2010 do vključno 2020. Vključili smo polno dostopne kvantitativne raziskave in raziskave z mešanimi metodami raziskovanja, ki so tematsko ustrezne. Izključili smo vse vire, ki niso v angleškem jeziku, so starejši od leta 2010, niso polno dostopni, so plačljivi ali ne ustrezajo preučevani tematiki. Izločili smo tudi kvalitativne raziskave, pregledne članke, povzetke in duplikate. Iskanje smo izvedli 16. aprila 2020.

3 Rezultati

3.1 Rezultati pregleda in ocena kakovosti

V procesu iskanja in pregleda virov s pomočjo PRISMA-modela (Moher, idr., 2009) smo iz skupnega nabora zadetkov ($n = 5.473$) zaradi duplikatov, nedostopnosti celotnega besedila in neustrezne vsebine izločili 5.454 člankov, naknadno pa še 10 člankov. V končno analizo smo vključili 9 člankov. Kakovost in relevantnost posameznih vključenih člankov smo dokazovali s 7-nivojsko hierarhijo dokazov (Pajnikihar in Vrbnjak, 2016; Polit in Beck, 2012), pri čemer smo 8 člankov umestili v nivo 4, ki vključuje posamične korelacijske/opazovalne raziskave

(Ghanem idr., 2011; Iversen, Sivasubramaniam, Lee, Fielding in Hannaford, 2017; Leslie idr., 2014; Loopik idr., 2020; Marks idr., 2010; Torres - Poveda, Ruiz - Fraga, Madrid - Marina, Chavez in Richardson, 2019; Vaisy, Lotfinejad in Zhian, 2014; Xu idr., 2018), en članek, ki zajema posamezne randomizirane klinične raziskave (Roset Bahmanyar idr., 2012), pa v nivo 2. Kritično oceno člankov, vključenih v končno analizo, smo izvedli z orodjem MMAT, verzija 2018 (Nha Hong idr., 2019), ki omogoča oceno metodološke kakovosti petih kategorij študij: kvalitativnih, randomiziranih kontroliranih, nerandomiziranih študij, kvantitativnih deskriptivnih študij in študij mešanih metod. Omenjeno orodje smo izbrali zaradi narave raziskovalne metodologije vseh v raziskavo vključenih virov in potek ocenjevanja predstavili v tabeli 1.

Tabela 1: Ocena kakovosti člankov z orodjem MMAT 2018

<i>Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), verzija 2018</i>						
<i>Vključeni članki (n = 9)</i>						<i>Ocena kakovosti</i>
Ghanem idr. (2011)	4.1 Y	4.2 Y	4.3 CS	4.4 CS	4.5 Y	*** (60 %)
Iversen idr. (2017)	3.1 Y	3.2 Y	3.3 Y	3.4 CS	4.5 Y	**** (80 %)
Leslie idr. (2014)	3.1 Y	3.2 CS	3.3 Y	3.4 Y	3.5 N	*** (60 %)
Loopik idr. (2020)	3.1 N	3.2 CS	3.3 Y	3.4 CS	3.5 Y	** (40 %)
Marks idr. (2010)	3.1 Y	3.2 CS	3.3 CS	3.4 Y	3.5 Y	*** (60 %)
Roset Bahmanyar idr. (2012)	4.1 Y	4.2 CS	4.3 Y	4.4 Y	4.5 Y	**** (80 %)
Torres-Poveda idr. (2019)	2.1 CS	2.2 Y	2.3 Y	2.4 CS	2.5 CS	** (40 %)
Vaisy idr. (2014)	5.1 Y	5.2 CS	5.3 Y	5.4 CS	5.5 CS	** (40 %)
	1.1 Y	1.2 Y	1.3 Y	1.4 Y	1.5 CS	
	3.1 Y	3.2 N	3.3 CS	3.4 CS	3.5 CS	
Xu idr. (2018)	4.1 CS	4.2 Y	4.3 CS	4.4 Y	4.5 Y	*** (60 %)

Legenda:
Y = Yes (Da); N = No (Ne); CS = Can't say (Nejasno); ** = nizka kakovost; *** = zmerna kakovost; **** = visoka kakovost; 1.1 = Ali je kvalitativni pristop primeren za odgovor na raziskovalno vprašanje?; 1.2 = Ali so metode kvalitativnega zbiranja podatkov primerne za odgovor na raziskovalna vprašanja?; 1.3 = Ali ugotovitve izhajajo iz podatkov?; 1.4 = Ali je interpretacija rezultatov dovolj utemeljena s podatki?; 1.5 = Ali obstaja skladnost med kvalitativnimi viri podatkov, zbiranjem, analizo in interpretacijo?; 2.1 = Ali je randomizacija ustrezno izvedena?; 2.2 = Ali so skupine na začetku primerljive?; 2.3 = Ali obstajajo popolni podatki o izidu?; 2.4 = Ali so ocenjevalci izida zaslepljeni zaradi zagotovitve intervencije?; 2.5 = Ali so se udeleženci držali dodeljene intervencije?; 3.1 = Ali so udeleženci reprezentativni za ciljno populacijo?; 3.2 = Ali so meritve primerne tako glede izida kot tudi glede intervencije (ali izpostavljenosti)?; 3.3 = Ali obstajajo popolni podatki o izidu?; 3.4 = Ali se dejavniki, ki napovedujejo izid in prejeta intervencija/ izpostavljenost, na začetku upoštevajo pri načrtovanju in analizi?; 3.5 = Ali je bila izvedena intervencija med obdobjem študije?; 4.1 = Ali je strategija vzorčenja pomembna za reševanje raziskovalnega vprašanja?; 4.2 = Ali je vzorec reprezentativen za ciljno populacijo?; 4.3 = Ali so meritve ustrezne?; 4.4 = Ali je tveganje za neodgovor majhno?; 4.5 = Ali je statistična analiza primerna za odgovor na raziskovalno vprašanje?; 5.1 = Ali obstaja ustrezna utemeljitev uporabe mešanih metod za reševanje raziskovalnega vprašanja?; 5.2 = Ali so različne komponente študije učinkovito integrirane za odgovor na raziskovalno vprašanje?; 5.3 = Ali so rezultati integracije kvalitativnih in kvantitativnih komponent ustrezno razloženi?; 5.4 = Ali so razlike in neskladja med kvantitativnimi in kvalitativnimi rezultati ustrezno obravnavana?; 5.5 = Ali različne komponente študije upoštevajo merila kakovosti vsake od vključenih metod?

Na podlagi izpolnjenih kriterijev smo prišli do končne ocene kakovosti posameznega članka, kot navaja MMAT 2018: zelo visoka kakovost (5*****), visoka kakovost (4****), zmerna kakovost (3***), nizka kakovost (2**) in zelo nizka kakovost (1*) (Nha Hong idr., 2019). Visoko oceno kakovosti (4****) smo pripisali 2 raziskavama (Iversen idr., 2017; Roset Bahmanyar idr., 2012), zmerno oceno kakovosti (3****) 4 raziskavam (Ghanem idr., 2011;

Leslie idr., 2014; Marks idr., 2010; Xu idr., 2018) in nizko oceno kakovosti (2**) preostalim 3 raziskavam (Loopik idr., 2020; Torres - Poveda idr., 2019; Vaisy idr., 2014).

3.2 Rezultati analize identificiranih virov

V tabeli 2 je prikazana podrobna analiza 9 vključenih člankov, specifičnih po naslednjih značilnostih: avtorji članka, leto objave, država, vrsta raziskave, cilji in vzorec raziskave ter glavne ugotovitve, ki so jih izpostavili raziskovalci. V 8 člankih je bila uporabljena kvantitativna (Ghanem idr., 2011; Iversen idr., 2017; Leslie idr., 2014; Loopik idr., 2020; Marks idr., 2010; Roset Bahmanyar idr., 2012; Torres - Poveda idr., 2019; Xu idr., 2018), v enem pa mešana raziskovalna metoda (Vaisy idr., 2014).

Tabela 2: Specifične značilnosti in glavne ugotovitve identificiranih raziskav

<i>Avtor, leto, država</i>	<i>Vrsta raziskave</i>	<i>Cilj raziskave</i>	<i>Vzorec raziskave</i>	<i>Glavne ugotovitve identificiranih raziskav</i>
Ghanem idr. (2011), Združene države Amerike (ZDA).	Sekundarna analiza presečno opazovalne raziskave.	Ugotoviti, ali je daljše obdobje uporabe OHK povezano s povečanim tveganjem za nastanek invazivnega RMV.	n = 9.657 žensk iz 26 različnih klinik v ZDA, starih 14–65 let, ki so bile upravičene do PAP testa.	Ugotovljena je bila statistično pomembna povezava med dolgoletno uporabo OHK in nastankom atipičnih skvamoznih celic po PAP-testu (pri uporabnicah OHK so ugotovili le 75,4 % normalnih PAP testov, pri ženskah, ki OHK ne uporabljajo, pa 80,9 %).
Iversen idr. (2017), Velika Britanija.	Kohortna raziskava.	Preučiti dolgoročno tveganje za različne vrste raka in koristi, povezane z uporabo OHK.	n = 46.022 žensk, katere so opazovali 44 let; ženske so razdelili v 2 skupini (uporabnice in neuporabnice OHK).	Ugotovitve kažejo na to, da je bila povečana pojavnost RMV pomembno povezana s skupino, ki je vključevala sedanje in nedavne uporabnice OHK. Pojavnost kolorektalnih rakov, raka endometrija in jajčnikov se je pri uporabnicah OHK pomembno znižala.
Leslie idr. (2014), ZDA.	Vzročni (kavzalni) model.	Predstaviti uporabo metod vzročnega sklepanja za opazovalne podatke na področju ginekologije.	n = 2.519 žensk, uporabnic OHK, ki so bile vključene v presejalni program za RMV na različnih klinikah v Keniji.	Od 2.519 žensk, ki so uporabljale OHK, je bila pri 219 (8,7 %) diagnosticirana ploščatocelična intraepitelijska lezija visoke stopnje (PIL-VS). Rezultati so pokazali na 2,9 % povečanje razširjenosti PIL-VS pri uporabnicah OHK.
Loopik idr. (2020), Nizozemska.	Retrospektivna populacijska kohortna raziskava.	Oceniti povezavo med uporabo različnih metod kontracepcije in nastankom PIL-VS.	n = 702.037 žensk z normalno citologijo po PAP, starih 29–44 let.	Od vključenih 702.037 žensk, se je pri 6.705 (0,96 %) razvil PIL-VS in pri 559 (0,08 %) RMV. Uporaba OHK je bila pozitivno povezana s tveganjem za nastanek PIL-VS in RMV. Tveganje za razvoj PIL-VS in/ali RMV je bilo največje pri uporabnicah OHK.

<i>Avtor, leto, država</i>	<i>Vrsta raziskave</i>	<i>Cilj raziskave</i>	<i>Vzorec raziskave</i>	<i>Glavne ugotovitve identificiranih raziskav</i>
Marks idr. (2010), Tajska.	Prospektivna kohortna raziskava.	Oceniti povezavo med uporabo različnih vrst hormonske kontracepcije s tveganjem za okužbo s HPV.	n = 1.070 HIV-negativnih žensk, starih 20–37 let, ki so obiskovale 3 različne klinike za načrtovanje družine (2002–2003).	Ugotovili so statistično pomembno zvišano incidenco HPV okužb pri uporabnicah OHK. Dolgotrajna uporaba OHK (>5 let) je bila povezana s povečanim tveganjem za okužbo s HPV, ne glede na spolno vedenje teh žensk.
Roset Bahmanyar idr. (2012), ZDA.	Dvojno slepa klinična raziskava.	Ugotoviti povezavo med vedenjskimi dejavniki tveganja in okužbo s HPV ter patološkimi spremembami materničnega vratu.	n = 18.644 žensk, starih 15–25 let, večinoma živečih na Finskem ali azijsko-pacifiški regiji.	Rezultati so pokazali na pomembno povezavo med okužbo s HPV in kajenjem, starostjo 15 let (ali manj) ob prvem spolnem odnosu, večjim številom spolnih partnerjev v zadnjih 12 mesecih, daljšo uporabo OHK in sočasno prisotnimi SPB. Okužba s HPV predstavlja glavni dejavnik tveganja za patološke spremembe na materničnem vratu.
Torres - Poveda idr. (2019), Mehika.	Opazovalna presečna raziskava.	Ugotoviti populacijsko razširjenost visoko tvegane okužbe s HPV in z njo povezanih kofaktorjev.	n = 115.651 žensk, vključenih v program za zgodnje odkrivanje RMV v 23 različnih ustanovah.	V obdobju med leti 2013–2015 so zabeležili 13 % razširjenost okužbe z visoko rizičnimi tipi HPV. Ugotovljena je bila tudi pomembna povezava med uporabo OHK s povečanim tveganjem za okužbo s HPV.
Vaisy idr. (2014), Iran.	Analitična retrospektivna študija.	Oceniti vpliv uporabe OHK na pojavnost raka na dojkah in pojavnost RMV.	n = 128 bolnic z RMV in 128 zdravih žensk v kontrolni skupini, 235 žensk z rakom dojke in 235 zdravih žensk v kontrolni skupini (med 20 in 65 let).	Ugotovitve so pokazale, da je uporaba OHK podvojila pojavnost raka dojke in trikrat povečala pojavnost RMV. Razmerje verjetnosti za RMV je bilo ocenjeno na 3,072, 95 % interval zaupanja pa na 1,84–5,11. Verjetnost za RMV se je povečala za 5,2-krat, ko je trajanje uporabe OHK znašalo več kot 97 mesecev.
Xu idr. (2018), Avstralija.	Opazovalna študija primerov in kontrolne primerjave.	Ugotoviti, ali je uporaba OHK dejavnik tveganja za nastanek predrakavih sprememb na materničnem vratu.	n = 886 žensk s PIL-VS in 3.636 žensk v kontrolni skupini z normalno citologijo, izbranih iz PAP TEST-registra v Avstraliji, starih 30–44 let.	Ugotovljeno je bilo, da je tveganje za nastanek PIL-VS pomembno višje pri uporabnicah OHK. Uporaba OHK pri ženskah, okuženih s HPV, povečuje obstojnost okužbe z onkogenimi tipi HPV. Med uporabnicami OHK se tveganje za PIL-VS viša sorazmerno s podaljševanjem trajanja uporabe OHK.

4 Razprava

RMV se v Sloveniji umešča med deset najpogostejših malignih obolenj, globalno gledano pa zaseda četrto mesto med najpomembnejšimi rakavimi obolenji pri ženskah (Šegedin in Merlo, 2019). Na podlagi analize vključenih virov lahko odgovorimo na zastavljeno raziskovalno vprašanje, »Kako jemanje oralnih hormonskih kontraceptivov pri ženskah vpliva na nastanek raka na materničnem vratu?«.

Avtorji številnih študij (Iversen idr., 2017; Longatto - Filho idr., 2011; Roset Bahmanyar idr., 2012; Sreedevi, Javed in Dinesh, 2015; Torres - Poveda idr., 2019) trdijo, da dolgi interval, ki zaznamuje čas od okužbe s HPV do nastanka RMV, kaže na to, da HPV ni vedno edini dejavnik, ki povzroči bolezenske spremembe materničnega vratu, temveč v omenjenem intervalu lahko nastopijo še številni drugi; med vodilne umeščajo predvsem uporabo OHK ter pomanjkanje znanja žensk o presejalnih programih in preprečevanju RMV.

Avtorji nekaterih raziskav (Asthana idr., 2020; Cibula idr., 2010; Er Güneri in Şen, 2020; Longatto - Filho idr., 2011) povezujejo in razlagajo uporabo OHK kot dejavnik tveganja za nastanek patologije materničnega vratu z argumenti, da naj bi uporabnice OHK začele s spolnim življenjem v zgodnejših letih kot ostale ženske, zaradi tega naj ne bi uporabljale pregradnih metod kontracepcije in bi imele domnevno več spolnih partnerjev.

Tveganje za nastanek RMV se zaradi uporabe OHK povečuje sorazmerno s trajanjem uporabe, po prekinjeni uporabi pa postopoma upada (Gadducci idr., 2011). Marks idr. (2010), Longatto - Filho idr. (2011) in Roset Bahmanyar idr. (2012) v svojih raziskavah trdijo, da uporaba OHK, ki traja več kot pet let, znatno povečuje nevarnost za okužbo z onkogenimi tipi HPV in s tem tudi pojav malignih celic materničnega vratu. Vaisy idr. (2014) so v svoji študiji prišli do rezultatov, ki dokazujejo, da se je verjetnost za nastanek RMV pri ženskah povečala za 5,2-krat, ko je trajanje uporabe OHK znašalo več kot 97 mesecev. Tudi Parkin (2011) je ugotovil, da petletna neprekinjena uporaba OHK poveča tveganje za RMV pri ženskah, ki so uporabo prekinile, pa se čezmerno tveganje prepolovi po približno 2–3 letih in doseže ponovno prepolovitev po 5–9 letih. Roset Bahmanyar idr. (2012) izpostavljajo, da tveganje, ki bi ga lahko pripisali uporabi OHK, popolnoma izzveni po desetih letih od prekinitve uporabe.

OHK lahko spodbudi vključevanje visoko rizičnih HPV v gostiteljev genom, kar vpliva na povečano izražanje onkoproteinov, zlasti E6 in E7. Le-ti povečujejo sposobnosti človeške DNK, da lahko vpliva na preoblikovanje zdravih celic v postopni nastanek rakavo spremenjenih (Loopik idr., 2020). Xu idr. (2018) slednje označujejo kot delovanje genetskih polimorfizmov, ki imajo sinergijski učinek skupaj z uporabo OHK – pospešujejo kancerogenost. Mehanizem delovanja, ki je značilen za OHK, med drugim krepi hidroksilacijo estradiola do 16 alfa-hidroksisterona znotraj celic cerviksa, ki so predhodno že bile okužene z različnimi tipi HPV (Roset Bahmanyar idr., 2012). Do podobnih rezultatov so v svoji študiji prišli tudi Lukac, Sulovic, Smiljic, Ilic in Saban (2018), ki so hkrati opozorili na statistično zvišano število pozitivnih PAP-testov pri uporabnicah OHK ($p < 0,001$).

Pri okuženih ženskah s HPV jemanje estrogena poveča izražanje določenih genov HPV, sočasno pa spodbudi proliferacijo celic materničnega vratu, kar lahko vodi v neoplastične transformacije (Iversen idr., 2017). Podobno ugotavlja tudi Brynhildsen (2014), ki vzroke za nastanek predrakavih in rakavih sprememb pripisuje zlasti sposobnostim estrogenov in progesterogenov, da lahko s spreminjanjem virusne DNK vplivajo na pospešeno izražanje onkogenih tipov HPV.

Pregledu literature, ki smo ga izvedli, pripisujemo nekaj omejitev – glede na to, da smo iskanje literature omejili z vključitvenimi in izključitvenimi merili, posledično v pregled nismo vključili vse dostopne literature v določenem časovnem obdobju. V rezultate pregleda literature

prav tako nismo mogli vključiti člankov v slovenskem jeziku, ker ti vsebinsko niso ustrezali izbrani tematiki. Slovenski avtorji sicer navajajo številne raziskave, ki pojasnjujejo epidemiološko sliko RMV, potek bolezni, zdravljenje, preventivo, prav tako tudi na temo OHK, vendar raziskav, ki bi opisovale povezavo med uporabo OHK in nastankom RMV, nismo zasledili.

5 Sklep

Uporaba OHK je lahko samostojen razlog, ki zaradi mehanizmov delovanja estrogenov in/ali progesterogenov privede do nastanka RMV, največkrat pa pri tem sodelujejo tudi ostali dejavniki tveganja, na primer sočasna okužba z rizičnimi genotipi HPV, tvegano spolno vedenje in neuporaba kondoma, kajenje idr. Delež uporabnic OHK je visok, RMV ostaja obolenje, ki se kljub dobri preventivi v Sloveniji še vedno pogosto pojavlja, vendar ga je mogoče preprečiti tudi z dosledno, strokovno in natančno zdravstveno vzgojo, s promoviranjem preventivnih programov za preprečevanje RMV in cepljenjem proti HPV. Rezultati, do katerih smo prišli, bi lahko predstavljali novo orodje za napredek v kakovosti zdravstvene nege, oprijemljiv dodatek k znanju medicinskih sester in sredstvo, ki bi pripomoglo h kakovostni zdravstveni vzgoji.

Da bi lahko vplivali na nižanje incidence RMV v Sloveniji, je ozaveščanje ženske populacije o možnostih preprečevanja RMV ključnega pomena. Pri tem je bistvena tudi promocija uporabe kondoma ali ostalih pregradnih metod kontracepcije kot zaščita pred okužbo s HPV in ostalimi spolno prenosljivimi okužbami. V praksi je za preprečevanje RMV pomembno tudi osveščanje žensk o pomenu rednega udeleževanja presejalnih pregledov programu ZORA in cepljenje deklic in dečkov proti okužbi s HPV.

LITERATURA

1. Asthana, S., Busa, V. in Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer - a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163–175. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.014>.
2. Brynhildsen, J. (2014). Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 5 (5), 201–213. <https://doi.org/10.1177/2042098614548857>.
3. Cibula, D., Gompel, A., Mueck, A., La Vecchia, C., Hannaford, P., Skouby, S. idr. (2010). Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update*, 16 (6), 631–650. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmq022>.
4. Er Güneri, S. in Şen, S. (2020). Women's experiences after abnormal Pap smear results: a qualitative study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 41 (1), 22–29. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1657090>.
5. Fineout - Overholt, E. in Johnston, L. (2006). Teaching EBP - implementation of evidence: moving from evidence to action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3 (4), 194–200. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00070>.
6. Gadducci, A., Barsotti, C., Cosio, S., Domenici, L. in Riccardo Genazzani, A. (2011). Smoking habit, immune suppression, oral contraceptive use and hormone replacement therapy use and cervical carcinogenesis: a review of the literature. *Gynecological Endocrinology*, 27 (8), 597–604. <https://doi.org/10.3109/09513590.2011.558953>.
7. Ghanem, K. G., Datta, D., Unger, E., Hagensee, M., Shlay, J., Kerndt, P. idr. (2011). The association of current hormonal contraceptive use with type-specific HPV detection. *Sexually Transmitted Infections*, 87 (5), 385–388. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050005>.
8. Iversen, L., Sivasubramaniam, S., Lee, A., Fielding, S. in Hannaford, P. (2017). Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: The Royal College of General Practitioners' oral contraception study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216 (6), 580.e1–580.e9.

9. La Vecchia, C. in Boccia, S. (2014). Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 23 (2), 110–112. doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000000.
10. Leslie, H., Karasek, D., Harris, L., Chang, E., Abdulrahim, N., Maloba, M. idr. (2014). Cervical cancer precursors and hormonal contraceptive use in HIV-positive women: application of a causal model and semi-parametric estimation methods. *Plos One*, 9 (6), e101090. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101090.
11. Longatto - Filho, A., Serpa Hammes, L., Otavio Sarian, L., Roteli - Martins, C., F. M. Derchain, S., Eržen, M. idr. (2011). Hormonal contraceptives and the length of their use are not independent risk factors for high-risk HPV infections or high-grade CIN. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 71 (2), 93–103. https://doi.org/10.1159/000320742.
12. Loopik, D., Int'Hout, J., Melchers, W., Massuger, L., Bekkers, R. in Siebers, A. (2020). Oral contraceptive and intrauterine device use and the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade III or worse: a population-based study. *European Journal of Cancer*, 124, 102–109. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.10.009.
13. Lukac, A., Sulovic, N., Smiljic, S., Ilic, A. in Saban, O. (2018). The prevalence of the most important risk factors associated with cervical cancer. *Materia Socio-medica*, 30 (2), 131–135. https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.131–135.
14. Marks, M., Gravitt, P., Gupta, S., Liaw, K. L., Kim, E., Tadesse, A. idr. (2010). The association of hormonal contraceptive use and HPV prevalence. *International Journal of Cancer*, 128 (12), 2962–2970. https://doi.org/10.1002/ijc.25628.
15. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. in Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6 (7), e1000097.
16. Munn, Z., Peters, M., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. in Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18 (1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x.
17. Nha Hong, Q., Pluye, P., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M. idr. (2019). Improving the content validity of the mixed method appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 111, 49–59. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008.
18. Pajnikihar, M. in Vrbnjak, D. (2016). *Zdravstvena nega: zbrano učno gradivo: študijsko leto 2016/2017*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
19. Parkin, D. (2011). 10. Cancers attributable to exposure to hormones in the UK in 2010. *British Journal of Cancer*, 105 (S2), S42–S48. https://doi.org/10.1038/bjc.2011.483.
20. Polit, D. in Beck, C. (2012). Gender bias undermines evidence on gender and health. *Qualitative Health Research*, 22 (9), 1298. https://doi.org/10.1177/1049732312453772.
21. Roset Bahmanyar, E., Paavonen, J., Naud, P., Salmeron, J., Chow, S. N., Apter, D. idr. (2012). Prevalence and risk factors for cervical HPV infection and abnormalities in young adult women at enrolment in the multinational PATRICIA trial. *Gynecologic Oncology*, 127 (3), 440–450. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.08.033.
22. Sreedevi, A., Javed, R. in Dinesh, A. (2015). Epidemiology of cervical cancer with special focus on India. *International Journal of Women's Health*, 7, 405–414. https://doi.org/10.2147/IJWH.S50001.
23. Šegedin, B. in Merlo, S. (ur.). (2019). *Priporočila za obravnavo bolnic z rakom materničnega vratu*. Ljubljana: Državni program ZORA – Onkološki inštitut Ljubljana.
24. Torres - Poveda, K., Ruiz - Fraga, I., Madrid - Marina, V., Chavez, M. in Richardson, V. (2019). High risk HPV infection prevalence and associated cofactors: a population-based study in female ISSSTE beneficiaries attending the HPV screening and early detection of cervical cancer program. *BMC Cancer*, 19 (1), 1205. https://doi.org/10.1186/s12885-019-6388-4.
25. Vaisy, A., Lotfinejad, S. in Zhian, F. (2014). Risk of cancer with combined oral contraceptive use among Iranian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 15(14), 5517–5522. https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.14.5517.
26. Xu, H., Egger, S., Velentzis, L., O'Connell, D., Banks, E., Darlington - Brown, J. idr. (2018). Hormonal contraceptive use and smoking as risk factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia in unvaccinated women aged 30–44 years: a case-control study in New South Wales, Australia. *Cancer Epidemiology*, 55, 162–169. https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.05.013.

Varnost v operacijski dejavnosti v času epidemije covid-19 - sistematični pregled literature

KLJUČNE BESEDE: covid-19, operacijska soba, varnost pacienta, varnost zdravstvenega delavca

POVZETEK - Uvod: V članku smo na podlagi sistematičnega pregleda literature identificirali različne ukrepe za varnost pacienta in zdravstvenih delavcev v operacijski dejavnosti v času epidemije covid-19. **Metode:** Za iskanje literature je bilo uporabljenih več podatkovnih baz: PubMed, ProQuest, ScienceDirect, SAGEjournal. Uporabljeni so bili naslednji iskalni pojmi v angleškem jeziku: Covid-19, Surgery, Surgery Room, Patient Safety, Safety of Healthcare Professionals. Med možnostmi omejitve smo v iskalnih bazah uporabili: znanstvene revije, recenzirane publikacije, besedila, objavljena v angleškem jeziku, ki so dostopna v celotnem besedilu in v časovnem obdobju od 2015 do 2020. **Rezultati:** Analiziranih je bilo 11 znanstvenih člankov. **Rezultate** smo razvrstili po hierarhiji dokazov avtorjev, da smo dobili odgovor na zastavljeno raziskovalno vprašanje. **Analize** so pokazale, da ima epidemija covid-19 velik vpliv na organizacijo zdravstvenega sistema in varnost obravnave v operacijskih dvoranh. **Razprava in zaključek:** Rezultati sistematičnega pregleda literature kažejo, da se velik poudarek v operacijski dejavnosti v času epidemije covid-19 daje pravilni uporabi osebne varovalne opreme in drugim ukrepom za varnost.

KEYWORDS: Covid-19, operating room, patient safety, healthcare professional safety

ABSTRACT - Introduction: Based on a systematic review of the literature, the article identified various measures for the safety of patients and healthcare professionals in surgery during the Covid-19 epidemic. **Methods:** Several databases were used to search the literature: PubMed, ProQuest, ScienceDirect, SAGEjournal. The following search terms were used in English: Covid-19, Surgery, Surgery Room, Patient Safety, Safety of Healthcare Professionals. Among the restriction options we used in the search databases: scientific journals, peer-reviewed publications, texts published in English, which are available in full text and cover the period of the last five years. **Results:** 11 scientific articles were analysed. The results were sorted according to the hierarchy of authors' evidence in order to obtain an answer to the research question. **Analyses** have shown that the Covid-19 epidemic has a major impact on the organisation of the health care system and the safety of treatment in operating theatres. **Discussion and conclusion:** The results of a systematic review of the literature show that great emphasis in operational activity during the Covid-19 epidemic is given to the proper use of personal protective equipment and other safety measures.

1 Uvod

Bolezen covid-19, ki jo povzroča novi koronavirus Sars-Cov-2, se je leta 2020 začela širiti po vsem svetu. V začetku marca 2020 smo imeli prve bolnike tudi v Sloveniji. S to boleznijo se bomo tako ali drugače srečevali še precej časa. Z odgovornim obnašanjem in promocijo preventivnih ukrepov ter z znanjem o covidu-19 moramo biti zdravstveni delavci vzgled družbi, s čimer bomo omogočili kakovostno in varno zdravstveno oskrbo bolnikom v času bolezni covid-19 (Beović idr., 2020, str. 30–35).

Namen naše raziskave je identificirati načine za varno delo v operacijski dejavnosti in za zagotavljanje varne obravnave za pacienta v operacijski sobi. Cilj raziskave je preko sistematičnega pregleda literature odgovoriti na zastavljeno raziskovalno vprašanje: Kateri pristopi, protokoli, smernice, klinične poti in obnašanje v operacijski sobi predstavljajo varnost tako za pacienta kot tudi za zdravstveno osebje v času epidemije covid-19?

2 Varnost v operacijski dejavnosti in covid-19

Operacijsko okolje je tehnično najzahtevnejša in najdražja ureditev prostorov v bolnišnici, ki zagotavlja aseptičnost in druge zahteve za varno izvajanje operacijskih posegov. Varnost v operacijski dejavnosti ne sme biti prepuščena naključju, temveč mora biti rezultat načrtovanja, brezhibnega izvajanja postopkov in nadzora. S strokovnim in odgovornim delom je moč ogrožajoče dogodke zmanjšati na minimum. Cilj varnosti za pacienta je nenehno analiziranje, ugotavljanje in obvladovanje tveganj za pacienta z namenom izvajanja varne obravnave pacienta ter zmanjšanje škode zanj (Arnautović idr., 2019, str. 227).

Onesnažen in okužen zrak v operacijski dvorani predstavlja nevidno grožnjo tako za paciente kot tudi za zdravstvene delavce. Prezračevalni sistemi morajo biti grajeni in vzdrževani tako, da se preprečuje okužba z mikroorganizmi, ki so v okolju in se prenašajo preko zraka. Kakovost prezračevanja in klimatizacije mora izpolnjevati določene zahteve standardov ter upoštevati Pravilnik o prezračevanju in klimatizaciji stavb (2002), ki je zapisan v Uradnem listu Republike Slovenije. Ob redno vzdrževanem klimatskem sistemu vzdržujemo kakovost zraka, predpisano vlago in temperaturo ter izničimo nezaželene procese mikroorganizmov (Drnovšek Logar, 2019, str. 143–149).

Med ključne dejavnike preprečevanja okužb štejemo tudi pomen higiene rok pri zdravstvenih delavcih, še posebej tistih, ki so zaposleni v operacijski dejavnosti. V operacijski dejavnosti se morajo dosledno upoštevati navodila in postopki kirurškega umivanja in razkuževanja rok. S tem poskrbimo za varnost pacientov v operacijski dejavnosti in tudi za osebno varnost, saj ne prenašamo potencialne okužbe (Ajazaj in Hrastnik, 2019, str. 45–51).

Za zagotavljanje varnosti v operacijski dejavnosti so pomembna tudi pravila aseptičnega vedenja v operacijski sobi. Vsak član kirurške ekipe mora nositi delež odgovornosti, da se spoštujejo ustrezni aseptični principi. Čiščenje in dezinfekcija operacijskih prostorov sta pomembna dela v strategiji preprečevanja bolnišničnih okužb in zagotavljanja varne in kakovostne operacijske zdravstvene nege. The Association of periOperative Register Nurses (v nadaljevanju AORN) je izdal smernice za postopke čiščenja; izbor ustreznih sredstev, materialov, opreme ter postopke zagotavljanja kakovosti in učinkovitosti v operacijskih prostorih. Osebe v operacijski dvorani morajo nositi osebno varovalno opremo (v nadaljevanju OVO) z namenom preprečevanja širjenja mikroorganizmov. Zdravstveno osebje v operacijski dejavnosti mora poznati uporabo in delo z OVO (Arnautović idr., 2019, str. 85–88; str. 121–137; str. 133).

Epidemija covid-19 je popolnoma presenetila celotni svet in v zelo kratkem času je bilo treba reorganizirati zdravstveni sistem. V primeru nujne kirurške operacije, ki ne dopušča nekajurnega odlaganja operacije ob čakanju na rezultat brisa na koronavirus, je treba operacijo izvesti v operacijski sobi, namenjeni operacijam okuženih bolnikov z uporabo osebne varovalne opreme (OVO) in s popolnoma ločeno klimatizacijo prostora (Ahčan idr., 2020).

3 Metode in tehnike zbiranja podatkov

3.1 Metode pregleda

Iskanje, pregled in analiza literature so potekali decembra 2020 in januarja 2021. Literaturo smo poiskali v bazah podatkov: PubMed, ProQuest, ScienceDirect, SAGEjournals. Uporabljeni so bili naslednji iskalni pojmi v angleškem jeziku: Covid-19, Surgery, Surgery Room, Patient Safety, Safety of Healthcare Professionals, kjer smo si pomagali tudi z Boolovimi operaterji AND (IN) in OR (ALI) v različnih iskalnih kombinacijah. Pri tem smo v bazah podatkov omejili iskanje na znanstvene revije, znanstvene članke in publikacije, ki so recenzirane. Izbrali smo

besedila, ki so dostopna v celoti in v časovnem obdobju zadnjih pet let. Izključili smo zadetke, ki niso bili zapisani v angleškem jeziku in pri katerih nismo imeli brezplačnega dostopa do celotnega vira. Prav tako smo izključili vse zadetke, ki se niso navezovali na varnost v operacijski sobi.

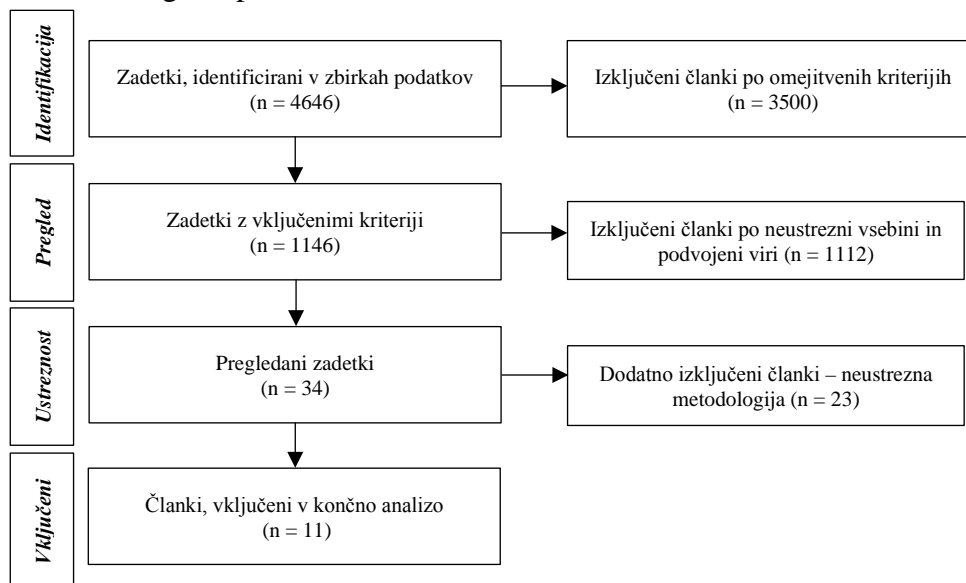
3.2 Rezultati pregleda

Število skupnih zadetkov v vseh iskalnih podatkovnih bazah je bilo 4646. Ko smo vključili omejitvene kriterije, se je število zadetkov zmanjšalo na 1146. Potem smo pregledali naslove člankov in izključili podvojene vire. Na osnovi pregleda izvlečkov preostalih zadetkov smo dodatno izključili še zadetke, ki niso ustrezali vsebini našega iskanja, in tako dobili 34 člankov, ki so izpolnjevali naša začetna merila za naš namen. Po nadaljnjem pregledu smo zaradi različnih vzrokov (slabo opisana metodologija ...) izključili še druge neustrezne članke. V končni sistematični pregled literature smo tako vključili 11 znanstvenih člankov (4 sistematični pregledi literature, 4 raziskovalni članki – kohortna študija, 3 študije primera), ki so ustrezali našemu namenu.

3.3 Opis obdelave podatkov

Izbrane prispevke smo po pregledu sistematično razvrstili v tabelo (tabela 1), ki prikazuje avtorja, letnico, državo, vrsto in vzorec raziskave, cilj oz. namen raziskave ter temeljne ugotovitve. Potek raziskave smo prikazali z diagramom PRISMA (slika 1).

Slika 1: Diagram poteka raziskave – PRISMA



Vir: Lastni vir, 2021.

4 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati raziskave (tabela 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda člankov

<i>Avtor, letnica objave, država</i>	<i>Vrsta raziskave</i>	<i>Namen, vzorec raziskave</i>	<i>Temeljne ugotovitve</i>
Abdelrahman idr. 2020, Združeno Kraljestvo	Sistematični pregled literature	Namen: pregled prakse in priporočil v zvezi z operacijsko (v nadaljevanju OP) dvorano in prakso v okviru epidemije covid-19. V sistematični pregled literature je bilo vključenih 11 člankov.	Pomembnost uporabe osebne varovalne opreme (v nadaljevanju OVO) v operacijski (v nadaljevanju OP) sobi. Usposabljanje operacijske ekipe za pravilno uporabo OVO.
Ali idr. 2020, Hoboken (ZDA)	Sistematični pregled literature	Namen: seznaniti kirurge z zahtevami za OVO, o njeni uporabi, razpoložljivosti, racioniranju. V sistematični pregled literature je bilo vključenih 95 člankov.	Vsebina OVO (priporočila Svetovne zdravstvene organizacije). Priporočljivost glede zaščitnih mask. Pomanjkanje OVO (prvi val epidemije – 1/3 kirurgov pomanjkanje OVO).
Bastos idr. 2020, Brazilija	Sistematični pregled literature	Namen: predstaviti smernice za zagotavljanje pogojev varnosti za zdravstvene delavce pri preprečevanju prenosa koronavirusa v OP dejavnosti. V sistematični pregled literature je bilo vključenih 9 člankov.	Ločeni OP prostori, zaprta vrata OP sobe, omogočeno prezračevanje, samo nujna oprema v OP sobi. Uporaba OVO. Ustrezno ravnanje z odpadki, dezinfekcija OP sobe, ravnanje z inštrumenti, higienizacija osebja.
Kananizadeh idr. 2020, ZDA	Sistematični pregled literature	Namen: predstaviti dokaze o filtraciji in recirkulaciji zraka v OP sobi. V sistematični pregled literature je bilo vključenih 91 člankov.	Kombinacija filtracije in recirkulacije zraka v OP sobi zmanjša tveganje za širjenje koronavirusa. Priporočljiva je uporaba OP sobe pod negativnim tlakom ali opremiti OP sobo s HEPA filtri na prezračevalnem sistemu. Priporočene so ločene OP sobe za bolnike okužene s covid-19.
Jie idr. 2020, Wuhan, Kitajska	Raziskovalni članek – študija primera	Namen študije: vzpostaviti najboljše smernice za preprečevanje prenosa koronavirusa. Študija primera: bolnik star 63 let, okužen s koronavirusom, operativno zdravljen.	Spremljanje prenosa koronavirusa z bolnika na zdravstvene delavce v OP sobi. Pomembnost hitrega ukrepanja, organizacije, uvajanje postopkov, smernic. Pomembno odstranjevanje OVO in ravnanje z odpadki.

Firstenberg idr. 2020, London, Združeno kraljestvo	Raziskovalni članek – študija primera	Namen: na podlagi primera opisati korake vodenja bolnika, okuženega s koronavirusom, v OP postopku. Vzorec: bolnik, star 77 let, okužen s koronavirusom, operativno zdravljen.	Predoperativna priprava OP sobe (odstranitev nepotrebne opreme, zaščita opreme s folijo, omejitev pretoka zraka, OVO). Minimalno število ljudi v OP sobi. Zunaj OP sobe dva podajaja, komunikacija s pomočjo plošče za suho brisanje. Odvzeti vzorci (mikrobiologija) v dve prozorni vrečki. Ravnanje z odpadki.
Cheng idr. 2020, Kitajska	Raziskovalni članek – študija primera	Namen: predstaviti primer zaščite zdravstvenih delavcev v OP sobi pred okužbo s koronavirusom. Vzorec: bolnica, stara 69 let, okužena s koronavirusom, operativno zdravljena.	OP ekipa je pri operaciji bolnice izvajala standardne zaščitne ukrepe proti nalezljivim boleznim. Zrak v OP sobi je bil vzdrževan pod tlakom z laminarnim pretočnim sistemom. V predstavljenem primeru ni prišlo do prenosa okužbe z bolnice na OP ekipo.
Alawattagama idr. 2020, Združeno kraljestvo	Raziskovalni članek	Namen raziskave: vzpostaviti strategijo varnosti v OP sobah v času epidemije covida-19. Vzorec: dvomesečni postopek pregleda ukrepov (marec–maj 2020) v Univerzitetni bolnišnici Cambridge v Združenem kraljestvu.	Vzpostavljen načrt gibanja v OP prostorih. Prezračevanje OP sobe, vključenost ventilacije. Smernice pri intubaciji in ekstubaciji pacienta. Povečanje kadrovske zmogljivosti (razporeditev znotraj ustanov).
Abdelrahman idr. 2020, Združeno Kraljestvo	Raziskovalni članek	Namen študije: ugotoviti najboljše smernice v času epidemije covida-19 v OP sobi. Vzorec: 339 anketiranih zdravstvenih delavcev (različne države).	Anketiranci se strinjajo, da je smiselno uporabljati OVO in opremo za enkratno uporabo. Pomembno prezračevanje OP sob. Ločena uporaba OP sob, minimalno število oseb v OP sobi.
Baiocchi idr. 2020, Italija	Raziskovalni članek	Namen: ugotoviti vpliv epidemije covida-19 na razmere v kirurških centrih v Italiji. Vzorec: 150 anket, kirurgi različnih bolnišnic po Italiji (26.–28. marec 2020).	Izbruh epidemije je spremenil prakso kirurških centrov po Italiji. Rezultati ankete so pokazali, da se intraoperativna priporočila ne spoštujejo dovolj – v kar 30 % sploh nikoli niso uporabili OVO med OP posegi.
Giele idr. 2020, Irska, Združeno kraljestvo	Raziskovalni članek – kohortna študija	Namen: preučiti varnost operacij v času epidemije covida-19 in njen vpliv na umrljivost operiranih bolnikov v času epidemije. Vzorec: spremljanje 418 operiranih bolnikov iz 64 operacijskih centrov (1. marec–28. maj 2020)	Rezultati študije dokazujejo, da sta varnost bolnikov in rezultati operacij enakovredna dobi pred epidemijo (v času epidemije je dobro poskrbljeno za varnost operiranih bolnikov).

Vir: Lastni vir, 2021.

5 Razprava

Večina pregledanih člankov se navezuje na preprečevanje prenosa koronavirusa v operacijski dvorani. Večina avtorjev v člankih daje velik pomen uporabi osebne varovalne opreme (v nadaljevanju OVO) kot temeljnemu postopku preprečevanja prenosa okužbe v operacijski dejavnosti. Abdelrahman in sodelavci (2020) v članku poudarjajo tudi pomen ustreznega usposabljanja operacijske ekipe za uporabo in pravilno oblačenje (nameščanje) OVO, ki se uporablja v operacijski dvorani. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija navaja priporočila glede uporabe OVO v operacijski sobi (Ali idr., 2020). V prvem valu epidemije (april, maj 2020) so se številne zdravstvene organizacije soočale s pomanjkanjem OVO. Ali idr. (2020) v članku navajajo, da je skoraj tretjina kirurgov v operacijskih dvoranah utrpela pomanjkanje OVO, medicinski viri so bili precej hitro obremenjeni.

Med OVO v operacijski sobi sodijo tudi respiratorne maske. Te so glede na njihovo sposobnost filtriranja drobnih delcev razvrščene na lestvici FFP, ki jo določa EU. Maske FFP3 lahko filtrirajo do 6-krat več kot standardne zaščitne kirurške maske in zato predstavljajo boljše zaščito pred okužbo. Po osmih urah uporabe se stopnja zaščite znatno zmanjša in je masko treba zamenjati. Pomembno je tudi omeniti, da maske same niso rešitev in da se je treba tudi izogibati dotikom obraza oz. zaščitne maske ter upoštevati pravilno higieno rok, da se prenos koronavirusa karseda zmanjša (Ali idr., 2020).

Primerjali smo tudi dva različna članka iz Kitajske iz mesta Wuhan (izbruh bolezni covid-19). Oba članka sta študiji primera. V prvem članku, katerega avtorji so Jie in drugi, so v raziskavi spremljali prenos koronavirusa z bolnika (bolnik star 63 let, okužen s koronavirusom, operativno zdravljenje) na zdravstveno osebje med operacijskim zdravljenjem. V članku avtorji navajajo, kako pomembna je hitra organizacija, ukrepanje in hitro uvajanje postopkov in smernic za preprečevanje prenosa okužbe med zdravstvenimi delavci in bolniki. Strategijo avtorji vidijo v omejitvi operacij na nujne, omejitvi številu oseb v operacijski sobi, pomembni uporabi OVO, še več pozornosti pa bi po njihovih mnenjih in ugotovitvah morali nameniti pravilnemu odstranjevanju osebne zaščitne opreme ter pravilnemu ravnanju z odpadki. V drugem članku (bolnica stara 69 let, okužena s koronavirusom, operativno zdravljenje) pa Cheng idr. (2020) ugotavljajo, da do prenosa okužbe z bolnika na zdravstveno osebje v operacijski sobi ni prišlo. Operacijsko osebje je upoštevalo njihove standardne zaščitne ukrepe proti nalezljivim boleznim. V operacijski sobi so vzdrževali zrak pod tlakom z laminarnim pretočnim sistemom za minimalno širjenje aerosolov po operacijski sobi.

Veliko avtorjev (Abdelrahman idr., 2020; Alawattagama idr., 2020; Ali idr., 2020; Bastos idr., 2020) daje poseben pomen tudi prezračevanju operacijske sobe. Pomembno je, da so med izvajanjem operacije vrata operacijske sobe zaprta, po končani operaciji pa se operacijska soba ustrezno prezrači. Kananizadeh idr. (2020) pa v svojem članku navajajo ugotovitve iz literature, s katerimi je mogoče zmanjšati širjenje in škodljiv vpliv koronavirusa. Priporočajo uporabo operacijske sobe pod negativnim tlakom ali pa vsaj možnost, da se operacijska soba opremi s HEPA filtri (klimatske naprave). Alawattagama idr. (2020) menijo, da mora ventilacija v operacijski sobi ostati vključena, da se zrak čim bolj razredči, preden pride po sistemu do drugih prostorov (in takrat naj ne bi povzročal večjega tveganja za prenos okužbe). Zelo pomembno pri tem je tudi upoštevanje smernic glede intubacije in ekstubacije operiranega pacienta. Dvajset minut po intubaciji pacienta ne sme nihče od osebja vstopiti ali izstopiti iz operacijske sobe. Ekstubacija pacienta poteka, ko operacijsko osebje zapusti operacijsko sobo (Alawattagama idr., 2020).

Alawattagama idr. (2020) v članku navajajo načrt gibanja po operacijskih prostorih, ki so ga vzpostavili v eni izmed bolnišnic v Združenem kraljestvu z namenom preprečevanja prenosa

okužbe s koronavirusom. Načrt gibanja zajema vstopno cono operacijskih prostorov (zelena cona), kjer si operacijsko osebje nadene osebno zaščitno opremo, pa vse do izstopne cone (rumena cona), kjer osebje zapusti operacijske prostore. Operacijska soba (rdeča cona) predstavlja najvišje tveganje za prenos okužbe. Tam je gibanje omejeno na minimalno število oseb. Vzpostavljen mora biti tudi načrt transporta pacienta v operacijsko sobo in iz nje (dostopne poti). Abdelrahman idr. (2020) pa so mnenja, da je zelo pomembno uporabljati povsem ločene operacijske sobe, ki so namenjene izključno operacijam covid bolnikov.

Varnost v operacijski sobi predstavlja tudi pravilno ravnanje z odpadki in ustrezno, dosledno čiščenje in razkuževanje operacijske sobe. Bastos idr. (2020) v članku navajajo pomembnost pravilnega slačenja osebne zaščitne opreme, ki se z vsemi drugimi odpadki odloži med kužne odpadke (rdeče vrečke, kužno). Podobne ugotovitve navajajo tudi Firstenberg idr. (2020). Operacijski inštrumenti se morajo poslati v centralno sterilizacijo v zaprtih plastičnih škatlah. Dosledna mora biti tudi higienizacija operacijskega osebja po operaciji, kar zajema obvezno tuširanje in razkuževanje rok. Po operaciji se mora izvesti ustrezna dezinfekcija operacijske sobe in opreme (Bastos idr., 2020). Firstenberg idr. (2020) poudarjajo dodatno razkuževanje operacijske sobe z ultravioletno svetlobo.

Abdelrahman idr. (2020) navajajo, da je v operacijski sobi smiselna uporaba materiala za enkratno uporabo in odstranitev nepotrebne opreme. Čez opremo, ki pa se ne more odstraniti, pa se namesti zaščitna folija, da preprečimo kontaminacijo s koronavirusom (Firstenberg idr., 2020).

Raziskava narejena v Italiji v prvem valu epidemije (marec 2020) prikazuje rezultate, da je epidemija v kar 80 % vplivala na spremembo delovnih načrtov. Raziskava kaže tudi, da obstaja precejšen razkorak med mednarodnimi priporočili uporabe osebne varovalne opreme in vsakodnevno klinično prakso. Anketa je pokazala, da operacijska ekipa v kar 30 % ni nikoli uporabila osebne varovalne opreme med operativnim posegom (Baiocchi idr., 2020). Zelo vzpodbudne rezultate pa je prikazala raziskava v Združenem kraljestvu in na Irskem. Rezultati študije namreč dokazujejo, da sta varnost pacientov in kooperativni rezultati (smrtnost operiranih pacientov) enakovredna dobi pred epidemijo. Tako v času epidemije kot tudi pred njo je bilo torej dobro poskrbljeno za varnost pacientov v operacijski dejavnosti (Giele idr., 2020).

6 Zaključek

Varnost v operacijski dejavnosti je ključnega pomena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave pacienta, pa tudi za psihofizično počutje zdravstvenih delavcev. Epidemija covid-19 je močno zarezala v zdravstveni sistem, v njegovo organizacijo in vsakodnevno delovno prakso. Spremenila je tudi delovni proces in organizacijo v operacijski dejavnosti. Pomembno je, da v času epidemije poskrbimo za maksimalno varnost pacientov in zdravstvenega osebja tudi v operacijski sobi. V večini člankov, ki smo jih raziskali, avtorji poudarjajo pomen uporabe osebne varovalne opreme. Prav tako je za zagotavljanje ustrezne varnosti pomembno prezračevanje operacijskih sob in dosledna ter pravilna dezinfekcija operacijskih prostorov po uporabi. Zdi se, da je vsa varnost v operacijski sobi trenutno usmerjena v preprečevanje prenosa koronavirusa in čim hitrejšo zajezitev epidemije z namenom vrniti in vzpostaviti zdravstveni sistem, kot smo ga poznali nekoč.

LITERATURA

1. Abdelrahman, T., Ansell, J., Beamish, A. J., Egan, R., Ryan Harper, E., Evans, T. idr. (2020). Systematic review of recommended operating room practice during the COVID-19 pandemic. *BJS Open*, 4 (5), 748–756. Pridobljeno 26. 12. 2020 s <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs5.50304>.
2. Abdelrahman, T., Beamish, A. J., Egan, R. J., Evans, T., Ryan Harper, E., Harries, R. L., Hopkins, L. idr. (2020). Surgery during the COVID-19 pandemic: operating room suggestions from an international Delphi process. *BJS Society*, 107 (11), 1450–1458. Pridobljeno 26. 12. 2020, s <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.11747>.
3. Ahčan, U., Bitenc, M., Cimerman, M., Crnjac, A., Gasparini, M., Komadina, R. idr. (2020). Vpliv Covid-19 na organizacijo kirurške dejavnosti. *Zdravniški vestnik* 89, 11 – 12. Pridobljeno 28. 12. 2020, s <https://vestnik.sz.d.si/index.php/ZdravVest/article/view/3080>.
4. Ajazaj, A. in Hrastnik K. (2019). Pomen kirurškega umivanja in razkuževanja rok kot dejavnik tveganja pri prenosu okužb. V T. Požarnik (ur), *Zbornik XL – Kako lahko preprečimo okužbe v perioperativnem okolju* (str. 45–51). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
5. Alawattagama, H., Ballecer, J., Britton, C., Hayman, G., Macfarlane, C., Nicola S. idr. (2020). COVID-19 preparedness and response at a large UK major trauma operating theatres department. *Journal of Perioperative Practice*, 30, 7–8. Pridobljeno 11. 1. 2021, s <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1750458920934406>.
6. Ali, S. R., Clancy, R., Dobbs, T. D., Emman, C., Ibrahim, N., Jessop, Z. M. idr. (2020). Personal Protective Equipment (PPE) for Surgeons during COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Availability, Usage, and Rationing. *BJS Society*, 107 (10), 1262–1280. Pridobljeno 26. 12. 2020, s <https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bjs.11750>.
7. Arnautović, S., Berkopec, M., Brdnik, B., Luštek, B., Marolt, M., Mrvar, S. idr. (2019). Perioperativna zdravstvena nega. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
8. Baiocchi, G. L., Catarci, M., Catena, F., Pierluigi M. in Patriiti A. (2020). Emergency general surgery in Italy during the COVID-19 outbreak: first survey from the real life. *BMC Part of Springer Nature*, 15/36. Pridobljeno 7. 1. 2021, s <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00314-3>.
9. Bastos, V. D. S., Cavalcanti, T. P., Cunha, A. G., Gomes, L. C. P., Gusmao-Cunha, A. M. in Peixoto, T. L. (2020). How to prepare the operating room for COVID-19 patients. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 47, 20202575. Pridobljeno 7. 1. 2021, s https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100609&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
10. Beović, B., Bregant, T., Bitenc, M., Fafangel, M., Gorišek Miksič, N., Grmek Košnik, I. idr. (2020). Osnovne informacije o covidu-19 – kratek povzetek. *ISIS* 10, 30–35.
11. Cheng, C., Guo, S., Gao, J., Li, Y., Lian L. in Yang M. (2020). The aggressive surgical treatment and outcome of a colon cancer patient with COVID-19 in Wuhan, China. *BMC Part of Springer Nature*, 20/269. Pridobljeno 11. 1. 2021, s <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-020-01411-y>.
12. Drnovšek Logar, N. (2019). Zrak v operacijski dvorani in vzdrževanje klimatskih sistemov. V T. Požarnik (ur.), *Zbornik XL – Kako lahko preprečimo okužbe v perioperativnem okolju* (str. 143–149). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
13. Firstenberg, M. S., Forrester, J., Hanna, J., Libby, M., Mangino J. E. in Ochs M. (2020). Isolation protocol for a COVID-2019 patient requiring emergent surgical intervention: case presentation. *BMC Part of Springer Nature*, 14/15. Pridobljeno 26. 12. 2020, s <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-020-00243-9>.
14. Giele, H., Mair, M., Mosahebi, A., Patel, N. G., V. Ramakrishnan in D. Reissis. (2020). Safety of major reconstructive surgery during the peak of the COVID-19 pandemic in the United Kingdom and Ireland – multicentre national cohort study. *JPRAS An International Journal of Surgical*

- Reconstruction, 73/12. Pridobljeno 10. 1. 2021, s [https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815\(20\)30699-9/fulltext#%20](https://www.jprasurg.com/article/S1748-6815(20)30699-9/fulltext#%20).
15. Jie, R., Jining, Q., Hua, L., Huidong, C., Feng, Z., Kun, Y. idr. (2020). Prevention of nosocomial COVID-19 infections in otorhinolaryngology-head and neck surgery. *World Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095881120300950>.
 16. Kananizadeh, N., Martinello, R. A., Ehsan S. Mousavi in Sherman J. D. (2020). COVID-19 Outbreak and Hospital Air Quality: A Systematic Review of Evidence on Air Filtration and Recirculation. *Environmental Science & Technology*. Pridobljeno 5. 1. 2021, s <https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.est.0c03247>

Samoocena kakovosti življenja odraslih s kožno boleznijo

KLJUČNE BESEDE: kožna bolezen, DLQI, kakovost življenja, odnos, medicinska sestra

POVZETEK - Uvod: Koža je največji organ človeškega telesa, zato je pomembno zavedanje, da se patologija v dermatologiji razteza globlje kot le na kožo. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako pacienti s kožno boleznijo ocenjujejo kakovost življenja. Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metodologija raziskovanja. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo anketnega vprašalnika. Priložnostni vzorec je zajemal 150 pacientov. Pridobljene podatke smo analizirali z deskriptivno metodo in inferenčno statistiko. Rezultati: Ugotovili smo, da ne prihaja do razlik glede vpliva kožne bolezni na kakovost življenja med moškimi in ženskami ($p = 0,880$; $U = 2437,000$), kar nakazuje, da kožna bolezen ovira tako ženske kot moške pri delu oziroma učenju ($\chi^2(1) = 1,933$; $p = 0,138$). Na kakovost življenja starejših anketirancev ima kožna bolezen manjši vpliv kot na mlajše anketirance ($p = 0,002$; $r = -0,249$). Razprava: Kroničen in neozdravljiv potek kožne bolezni negativno vpliva na kakovost življenja pacientov. Pri obravnavi pacienta s kožno boleznijo moramo biti pozorni tako na vidne spremembe na koži, kot tudi na čustva.

KEYWORDS: Skin diseases, DLQI, quality of life, attitude role of nurse

ABSTRACT - Introduction: Skin is the largest organ of human body, therefore, it is important to be aware that pathology in dermatology extends deeper than just the skin. The main purpose of this research is to determine how patients with skin disease assess their quality of life. Methods: A quantitative methodology was used. The data was gathered by the survey questionnaire session. The enclosed sample included 150 patients. The data obtained were analysed using a descriptive method and inferential statistics. Results: We estimated that there is no difference between the impact of skin disease on the quality of life between men and women ($p=0,880$; $U=2437,000$), which suggest that skin disease impedes both women and men at work or learning ($\chi^2(1) = 1,933$; $p=0,138$). The quality of life of older respondents is less affected by skin disease than by younger respondents ($p=0,002$; $r=-0,249$). Discussion: The chronic and incurable course of skin disease negatively affects the quality of life of patients. When treating a patient with a skin disease, we must pay attention to both visible changes in the skin and emotions.

1 Teoretična izhodišča

Večina dermatoloških bolezni ne predstavlja neposredne grožnje za življenje, vendar njihov kroničen in neozdravljiv potek zelo negativno vpliva na kakovost življenja pacientov (Al-Hoqail, 2009, str. 105–109; Hay idr., 2014, str. 1527–1534). Koža nam pove, kdaj v telesu obstajajo nepravilnosti ali zdravstvene težave. Pokaže nam prehranski status posameznika in je lahko tudi pokazatelj čustvenih skrbi. Poznavanje najpogostejših dermatoloških bolezni povečuje sposobnosti posameznika, da ponudi ustrezno oskrbo pacientu (Lyons in Ousley, 2015). V raziskavi Hay idr. (2014, str. 1527–1534) je bilo ugotovljeno, da je kožna bolezen ena najpogostejših človeških bolezni. Prežema vse kulture, pojavlja se v vseh starostnih obdobjih in prizadene med 30 in 70 % posameznikov. Kronična stanja kože lahko negativno vplivajo na kakovost življenja posameznika, vplivajo na njihovo fizično, funkcionalno in čustveno počutje. Prav tako ima kožna bolezen močan vpliv na celotno življenje posameznika. Povzroča prezgodnjo smrt, pogosteje povzroča strukturne in funkcionalne omejitve, ki lahko resno vplivajo na kakovost življenja (Deshpande, Shivakumar, Kavita, Tripathy in Chaturvedi, 2016,

str. 215–220). Kožna bolezen ne vpliva samo na posameznika, ampak tudi na njegovo družino. Življenje skrbnikov se lahko poslabša, zlasti s socialnega vidika, saj je potrebno nuditi precej časa za skrb pacienta, in psihološkega, zlasti zaradi odnosa ljudi do vidne bolezni (Mikhael, Abd El-Rahman in Sherine, 2013, str. 144–151; Schmid - Ott in Steen, 2010). Škodljivi učinki dermatoloških bolezni na zdravje segajo od fizične nezmožnosti pa vse do smrti (Connor, 2017, str. 117–132; Hay idr., 2014, str. 1527–1534). Psihosocialni in poklicni vpliv kožnih bolezni je pogosto primerljiv z drugimi kroničnimi boleznimi, če ne celo večji od njih. Ti negativni učinki lahko na koncu ogrozijo splošno kakovost življenja (Hong, Koo, B. in Koo, J., 2008, str. 54–59; Tuckman, 2017, str. 53–57). Kožne bolezni se pojavljajo na vseh področjih delovanja zdravstvene nege. Potreba po izboljšanju dermatološkega izobraževanja je bila ugotovljena na podlagi visoke stopnje kožnih bolezni, zlasti pri starejši populaciji (Lyons in Ousley, 2015). V raziskavi (Resneck in Kimball, 2008, str. 211–216) je bilo ugotovljeno, da ima samo 10 % medicinskih sester formalno dermatološko usposabljanje na izobraževalni ustanovi, vendar jih je 53 % poročalo, da so imele v kliniki v času izobraževanja kroženje na dermatološkem oddelku. Ustrezno znanje medicinski sestre pomaga, da razkrije mite o kužni naravi kožnih bolezni, saj se psihosocialne posledice kožnih bolezni ne smejo zanemarjati. Medicinske sestre so tiste, ki preživijo veliko časa s pacientom in se o tem z njim tudi pogovarjajo, ga izobražujejo in predstavijo tehnike negovanja kože. To povečuje pacientovo zaupanje in potencialno pacienti postanejo »strokovnjaki« obvladovanja svoje bolezni in se tako lažje soočajo s težavami (Lyons in Ousley, 2015; Peters, 2018). Spremljanje vpliva kožnih bolezni na kakovost življenja je zelo koristno zaradi več razlogov. Pacientom omogoča, da izrazijo svoje občutke, se zavedajo skrbi zdravnikov in medicinskih sester ter izboljšujejo komunikacijo zdravstvenega osebja s pacientom. Uporaba informacij iz preproste, vendar formalno potrjene meritve kakovosti življenja lahko pomaga zdravniku pri sprejemanju ustrežnejših kliničnih odločitev in ima lahko dodatno prednost dokumentiranja jasne utemeljitve za uporabo dražjih zdravil ali z njimi povezanih tveganj (Deshpande idr. 2016, str. 215–220). To pojasnjuje tudi, zakaj se je v zadnjem desetletju postopoma povečevala mednarodna uporaba vprašalnika »Dermatology life quality index«. Z njim ocenjujemo vpliv dermatoloških bolezni na kakovost življenja pacienta. Kratka in preprosta uporaba omenjenega vprašalnika je privedla do njegove priljubljenosti tako v klinični praksi kot v raziskavah (Al-Hoqail, 2009, str. 105–109; Chernyshov, 2019, str. 167–174; Kalboussi, Kacem, Aroui in Maalel, 2019, str. 1–8; Nijsten, 2012, str. 11–13; Peters, 2018; Schmid - Ott in Steen, 2010).

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako pacienti s kožno boleznijo ocenjujejo kakovost življenja.

Cilji raziskave so ugotoviti, v kolikšni meri kožna bolezen vpliva na kakovost življenja pacienta, ali starejši pacienti s kožno boleznijo bolje ocenjujejo kakovost življenja ter ali obstaja razlika glede ocene kakovosti življenja med pacienti s kožno boleznijo glede na spol. V raziskavi smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja in hipoteze:

- RV1: Kako pacienti s kožno boleznijo ocenjujejo kakovost življenja glede na proučevane vidike posameznikovega življenja?
- H1: Starost pacientov se povezuje z oceno kakovosti življenja pacientov s kožno boleznijo.
- H2: V oceni kakovosti življenja obstaja razlika glede na spol.
- H3: Kožna bolezen pri delu oziroma učenju ovira ženske bolj kakor moške.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo raziskovanja. Gre za tehniko, ki jo raziskovalci uporabljajo za pripravo strukture raziskave, in način za zbiranje ter analizo informacij, ki so relevantne (Polit in Beck, 2014). Kvantitativno raziskovanje temelji na

pozitivistični paradigmi. Pri kvantitativnem raziskovanju si prizadevamo, da pridobimo podatke iz vzorca, ki se najbolje ujema s ciljno populacijo, ki jo raziskujemo (Rebar, Gersch, Macnee in McCabe, 2010). Podatke v okviru kvantitativnega dela smo pridobili s pomočjo vprašalnika. Uporabljena je bila tehnika anketiranja. Izvedli smo priložnostno vzorčenje, kar pomeni, da vzorec sestavljajo tisti, ki so pri roki glede na vnaprej določene lastnosti (Powell in Lynn, 2010). Zbrane podatke smo obdelali z uporabo deskriptivne metode (povprečne vrednosti, frekvenca, mere razpršenosti) in inferenčne statistike (test hi-kvadrat, Spearmanova korelacija in Mann Whitneyjev test).

2.2 Opis instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran vprašalnik, s katerim smo ocenili kakovost življenja pacientov s kožnim obolenjem v zadnjem tednu. Pred anketiranjem smo si pridobili dovoljenje avtorja za uporabo vprašalnika (Dermatology life quality index). Vprašalnik je delno odprtega tipa, povzeli smo ga po Finlay in Khan (1992) in ga delno prilagodili. Vprašalnik obsega 14 vprašanj. Nekatera vprašanja smo izločili (ime, naslov in datum) zaradi zagotavljanja anonimnosti pacientov. Dodali smo vprašanja, kot sta spol in starost pacienta. Pri vseh vprašanjih smo izločili četrti možni odgovor (ni pomembno), saj se nam zdi odveč in je enako vrednoten kot tretji odgovor (nič). Po prilagoditvah vprašalnik obsega 13 vprašanj, od tega je 11 vprašanj zaprtega tipa, dve pa odprtega tipa. Prva tri vprašanja se nanašajo na spol, starost in medicinsko diagnozo. Ostalih 10 vprašanj se nanaša na različne vidike pacientovega življenja in so razvrščena v naslednje kategorije: fizični simptomi, kot je bolečina (1), občutki, kot je zadrega (2), vsakodnevne aktivnosti (3 in 4), prosti čas (5 in 6), delo in šola (7), osebno razmerje (8 in 9) in terapija (10). Pri teh desetih vprašanjih se odgovori ovrednotijo od 0 (nič) do 3 (zelo močno). Vrednotenje vprašalnika Dermatology life quality index je vsota teh rezultatov do največje možne vrednosti 30. Višja, kot je skupna ocena, večji je učinek kožne bolezni na življenje pacienta. Vprašalnik se nanaša na zadnjih sedem dni pacientovega življenja.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostno in priložnostno vzorčenje. Vzorec je zajemal paciente, ki so bili v času raziskave obravnavani v sodelujoči dermatološki ambulanti in bioresonančnem centru. V raziskavo je bilo vključenih 150 pacientov s kožnim obolenjem. Od tega je bilo 33 % ($n = 49$) moških in 67 % ($n = 101$) žensk. Povprečna starost anketirancev je bila $36,37 \pm 42,43$ leta. Najmlajši anketiranec je bil star 19 let, najstarejši pa 79 let.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Kvantitativna raziskava je potekala od meseca julija 2018 do maja 2019 v sodelujoči dermatološki ambulanti in bioresonančnem centru po pridobitvi soglasja za sodelovanje v raziskavi. Ankete so bile razdeljene med paciente v času obiska dermatološke ambulante in bioresonančnega centra. Anketiranci so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave. Anketiranje je potekalo anonimno. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, anketiranci pa so imeli tudi možnost odkloniti sodelovanje. Vsem anketirancem je bila zagotovljena anonimnost podatkov. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), Oviedsko konvencijo (Svet Evrope, 2009) in Helsinško deklaracijo (Neubauer, 2001, str. 101–103). Zbrane podatke smo obdelali z uporabo deskriptivne metode (povprečne vrednosti, frekvenca, mere razpršenosti) in inferenčne statistike (test hi-kvadrat, Spearmanova korelacija in Mann Whitneyjev test). S pomočjo linearne regresije preverjanja porazdelitve glede starosti in vsote DLQI smo ugotovili, da porazdelitev podatkov ni normalna ($y=42,6-0,68x$; R^2 Linear = 0,076). Zaradi tega smo se odločili za uporabo neparametričnih testov. Uporabljen je bil računalniški program SPSS.

3 Rezultati

S pomočjo anketnega vprašalnika smo pridobili rezultate in z analizo ugotovili, da je imelo največ sodelujočih diagnozo dermatitis, sledijo pa diagnoze luskavica in akne ter rozacea, glivične bolezni kože, kožni tumor, plešavost, herpes in pigmentacija.

Tabela 1: Vpliv kožne bolezni na kakovost življenja anketiranca

Diagnoze	Povprečje vsote DLQI	N
Akne	5,78	18
Dermatitis	11,28	57
Glivične bolezni kože	4,10	10
Herpes	6,33	5
Pigmentacija	5,20	5
Plešavost	7,00	6
Kožni tumor	6,33	9
Luskavica	9,86	22
Rozacea	10,56	18

Iz Tabele 1 je razvidno, da kožna bolezen dermatitis najbolj vpliva na anketirance s povprečno vrednostjo vsote DLQI 11,28. Temu sledi s povprečno vrednostjo DLQI 10,56 diagnoza rozacea, s povprečno vrednostjo DLQI 9,86 luskavica, plešavost s povprečno vrednostjo DLQI 7,00, kožni tumor in herpes s povprečno vrednostjo DLQI 6,33, akne s povprečno vrednostjo DLQI 5,78 in pigmentacija s povprečno vrednostjo DLQI 5,20. Med anketiranci pa je najmanj vplivala na kakovost življenja medicinska diagnoza glivične bolezni kože, in sicer s povprečno vrednostjo DLQI 4,10.

Tabela 2: Vpliv kožne bolezni na življenje pacienta

	N (%)			
	Zelo močno	Močno	Malo	Nič
1. Koliko je bila vaša koža v zadnjem tednu srbeča, vnetá, boleča ali zbadajoča?	25 (17 %)	33 (22 %)	63 (42 %)	29 (19 %)
2. Koliko ste bili zaradi težav s kožo v zadnjem tednu v zadregi ali ste se zavedali samega sebe?	24 (16 %)	49 (33 %)	61 (41 %)	16 (11 %)
3. Kako močno vas je vaša težava s kožo v zadnjem tednu ovirala pri nakupovanju ali skrbi za dom ali vrt?	10 (7 %)	21 (14 %)	39 (26 %)	80 (53 %)
4. Kako močno je vaša težava s kožo v zadnjem tednu vplivala na vaše oblačenje?	11 (7 %)	29 (19 %)	39 (26 %)	71 (47 %)
5. Kako močno je vaša težava s kožo v zadnjem tednu ovirala kakršne koli vaše družabne aktivnosti ali aktivnosti v prostem času?	9 (6 %)	19 (13 %)	62 (41 %)	60 (40 %)
6. Kako močno vam je vaša težava s kožo v zadnjem tednu otežila kakršno koli ukvarjanje s športom?	10 (7 %)	18 (12 %)	45 (30 %)	77 (51 %)
7. Ali vam je vaša težava s kožo v zadnjem tednu preprečila delo ali učenje?	Da		Ne	
	13 (8,7 %)		137 (91,3 %)	
Če »NE«, kako močno problematična je bila vaša težava s kožo v zadnjem tednu pri delu ali učenju?	Močno	Malo	Nič	
	101 (74 %)	14 (10 %)	22 (16 %)	
	N (%)			
	Zelo močno	Močno	Malo	Nič
8. Kako močno vam je vaša težava s kožo v zadnjem tednu povzročala težave pri odnosih s partnerjem ali katerim koli od dobrih prijateljev ali sorodnikov?	5 (3 %)	14 (9 %)	52 (35 %)	79 (53 %)
9. Kako močno vam je vaša težava s kožo v zadnjem tednu povzročala težave v spolnosti?	15 (10 %)	19 (13 %)	39 (26 %)	77 (51 %)
10. Kako močno je zdravljenje vaše težave s kožo v zadnjem tednu vplivalo npr. na nered doma ali na porabo časa?	1 (0,6 %)	6 (4 %)	31 (21 %)	112 (75 %)

Iz tabele 2 je razvidno, da 42 % anketirancev občuti fizične simptome, kot je bolečina, medtem ko 40,6 % anketirancev občuti zadrego. V kategoriji vsakodnevne aktivnosti 53 % anketiranih navaja, da kožna bolezen ne vpliva na nakupovanje, na skrb za dom ali vrt, 47,3 % anketirancev pravi, da kožna bolezen ne vpliva na oblačenje. V kategoriji prosti čas 41,3 % anketirancev pravi, da kožna bolezen malo vpliva na družabne aktivnosti, 51 % anketirancev pa, da kožna bolezen ne vpliva na ukvarjanje s športom, medtem ko 91,3 % anketirancev pravi, da kožna bolezen ne vpliva na delo in šolo. V kategoriji osebno razmerje 52,7 % anketirancev trdi, da kožna bolezen ne vpliva na odnose s partnerjem oziroma prijatelje/sorodnike in 51,3 % anketirancev, da kožna bolezen ne vpliva na spolnost. Prav tako smo ugotovili, da 74,7 % anketirancev trdi, da kožna bolezen ne vpliva na kategorijo terapija.

S pomočjo Spearmanovega testa korelacije smo ugotovili šibko negativno korelacijo ($r = -0,249$, $p = 0,002$) med starostjo in vrednostjo DLQI, kar pomeni, da se kakovost življenja pacientov negativno povezuje s starostjo, torej imajo starejši anketiranci nižjo vsoto DLQI oziroma ima kožna bolezen manjši vpliv na njihovo kakovost življenja. Z Mann-Whitneyevim testom smo ugotovili, da v oceni vpliva kožne bolezni na kakovost življenja ne obstaja statistično značilna razlika med moškimi in ženskami ($U = 2437,00$; $p = 0,880$). S Hi-kvadrat testom smo ugotovili, da ni statistično pomembne povezave med vplivom kožne bolezni pri delu oziroma učenju in spolom ($\chi^2(1) = 1,933$; $p = 0,138$).

4 Razprava

Raziskave smo se lotili z namenom, da ocenimo kakovost življenja pri ljudeh s kožno boleznijo. To smo dosegli z uporabo vprašalnika za ocenjevanje kakovosti pacientov z dermatološkim obolenjem. V raziskavi je sodelovalo 150 anketirancev, ki so bili v času raziskave obravnavani v sodelujoči dermatološki ambulanti in bioresonančnem centru.

Naše zastavljeno raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Kako pacienti s kožno boleznijo ocenjujejo kakovost življenja glede na proučevane vidike posameznikovega življenja?« Za ugotavljanje vpliva kožne bolezni na kakovost življenja pacienta smo uporabili vsoto vprašalnika za oceno kakovosti življenja DLQI, katerega najvišja možna vrednost je 30. Višja, kot je vsota vrednosti DLQI, večji vpliv ima kožna bolezen na kakovost življenja pacienta. V raziskavi smo ugotovili, da kožna bolezen najbolj vpliva na anketirance z diagnozo dermatitis (povprečna vrednost DLQI 11,28), medtem ko na kakovost življenja najmanj vpliva diagnoza glivične bolezni kože (povprečna vrednost DLQI 4,10). V raziskavi (Al-Hoqail, 2009, str. 105–109) je bilo ugotovljeno, da Papuloskvamske bolezni s povprečno vrednostjo DLQI 15,3 najbolj vplivajo na kakovost življenja, najmanj pa pigmentacija s povprečno vrednostjo DLQI 6. Glede pigmentacije smo podoben rezultat dobili tudi v naši raziskavi, in sicer je bila povprečna vrednost DLQI 5,20. Medtem ko je bilo v raziskavah (Karimkhani idr., 2017, str. 406–412; Nguyen idr., 2019) ugotovljeno, da na kakovost življenja pacienta najbolj vpliva dermatitis, malo manj pa luskavica. Do podobnega rezultata smo prišli tudi v naši raziskavi – za diagnozo dermatitis je sledila diagnoza rozacea s povprečno vrednostjo DLQI 10,56, nato diagnoza luskavica s povprečno vrednostjo DLQI 9,86. V raziskavi (Ghajarzadeh, Ghiasi in Kheirkhah, 2012, str. 511–515) je bilo ugotovljeno, da na kakovost življenja pacienta najbolj vpliva luskavica, in sicer s povprečno vrednostjo vsote DLQI 12,8. V naši raziskavi smo ugotovili smo, da ima kožna bolezen na kakovost življenja pacientov srednji vpliv. Ugotovili smo tudi, da ima kožna bolezen na več kot polovico pacientov negativen vpliv.

Preverili smo tudi našo prvo hipotezo, ki se je glasila »Starost pacientov se povezuje z oceno kakovosti življenja pacientov s kožno boleznijo«. Med starostjo in kakovostjo življenja obstaja negativna in šibka povezanost ($p = 0,002$, $r = -0,249$), kar pomeni, da starejši anketiranci ocenjujejo manjši vpliv kožne bolezni na njihovo kakovost življenja. V raziskavah (Al-Hoqail, 2009, str. 105–109; Ghajarzadeh idr., 2012, str. 511–515) niso ugotovili bistvene povezanosti med vsoto DLQI in starostjo. Medtem ko so v raziskavi (Abolfotouh, Alkhowailed, Suliman in Al-Turaif, 2012, str. 633–642) ugotovili, da pri starejših anketirancih kožna bolezen bolj vpliva na kakovost življenja kakor pri mlajših. Ta ugotovitev je v nasprotju z našimi rezultati in zanimiva zaradi prevladujočega dojemanja, da so mlajši pacienti bolj dovzetni za psihološke učinke kožnih sprememb (Abolfotouh idr., 2012, str. 633–642).

Preverili smo tudi našo drugo hipotezo, ki se je glasila »Obstaja razlika v oceni kakovosti življenja glede na spol«. Pri vplivu kožne bolezni na kakovost življenja med moškimi in ženskami nismo ugotovili razlike ($p = 0,880$, $U = 2437,000$). V raziskavah (Abolfotouh idr., 2012, str. 633–642; Al-Hoqail, 2009, str. 105–109; Kalboussi idr., 2019, str. 1–8; Nguyen idr., 2019) je bilo ugotovljeno, da ima kožna bolezen večji vpliv na njihovo kakovost življenja pri ženskah. To je mogoče pojasniti z značilnostmi žensk, kot so telesna podoba in psihološke motnje ter družbena sprejemljivost (Kalboussi idr., 2019, str. 1–8). V raziskavi (Agner, Andersen, Brandão in Bruynzeel, 2009, str. 291–296) prav tako kot mi niso odkrili bistvene razlike med moškimi in ženskami glede vpliva na kakovost življenja, ugotovili so celo, da so bili moški bolj prizadeti kot ženske. Ta ugotovitev kaže, da se ljudje različno odzivajo na stresne situacije. Do razlike v različnih rezultatih lahko prav tako prihaja zaradi razlik med populacijo, metodami vzorčenja, izvedbo študij in spektrom raziskanih bolezni.

S pridobljenimi rezultati smo preverili še našo zadnjo hipotezo, ki se je glasila »Kožna boleznij bolj ovira ženske kakor moške pri delu oziroma učenju«. Ugotovili, da spol ne vpliva na oceno vpliva kožne bolezni pri delu oziroma učenju ($\chi^2(1) = 1,933$; $p = 0,138$). Ne glede na dobljen rezultat se strinjamo s Kalboussi idr. (2019, str. 1–8), ki so ugotovili, da kožna bolezen ovira ljudi pri produktivnosti, saj smo tudi mi ugotovili, da ima kožna bolezen vpliv na delo in učenje tako pri moških kot tudi pri ženskah. V raziskavi Kalboussi idr. (2019, str. 1–8) so ugotovili, da ima kožna bolezen pomemben vpliv na poklicno dejavnost pacientov. Tudi Nguyen idr. (2019) so ugotovili, da kožna bolezen ovira anketirance pri delu.

Naša raziskava je zajemala le priložnostno vzorčenje, pri katerem vzorec ne omogoča posplošitve na celotno populacijo. Vendar nam kljub temu poda vpogled v to, kako kronična kožna bolezen vpliva na kakovost življenja pacienta. Potrebna bi bila kvantitativna raziskava na večjem številu anketirancev. Prav tako bi bilo dobro izvesti raziskave v bolnišničnem okolju, v katerem bi obravnavali večino pacientov s težjimi oblikami kroničnih obolenj. Zanimiva bi bila tudi izvedba kvalitativne raziskave, saj bi tako dobili bolj poglobljen vpogled na vpliv in doživljanje kožnega obolenja s strani pacientov, ki se z njim soočajo.

5 Sklep

Kožne bolezni sodijo med ene izmed najbolj pogostih bolezni, vendar se vplivu kožne bolezni na pacientovo kakovost življenja velikokrat posveča premalo pozornosti. Ugotovljeno je bilo, da kožne bolezni povzročajo pacientom veliko breme, in sicer ne glede na starost in spol, ter da ima kožna bolezen vpliv na kakovost življenja pri obeh spolih. V zvezi s finančnim bremenom so tudi pacienti s kožnimi boleznimi pogosteje izpostavljeni visokim zdravstvenim stroškom in izgubljeni produktivnosti dela. Poleg tega lahko simptomi, poslabšajo samozavest pacientov, kar bistveno vpliva na njihovo vključenost v družbene dejavnosti. Kožna bolezen vpliva na delo oziroma učenje tako pri ženskah kot moških, medtem ko ima na kakovost življenja starejših anketirancev manjši vpliv kot na mlajše anketirance. Merjenje samoocene kakovosti življenja pri odraslih z boleznimi kože je pomemben vidik pri vodenju teh pacientov. Raziskave na tem področju nam podajo širšo sliko o diagnozi in razumevanju pacienta. To nam omogoči izvajanje kakovostnejše zdravstvene nege za boljše okrevanje pacienta. V nadaljnje bi bilo potrebno izvesti še obširnejše kvantitativne in kvalitativne raziskave.

LITERATURA

1. Abolfotouh, A. M., Alkhowailed, M. S., Suliman, W. in Al-Turaif, D. (2012). Quality of life in patients with skin diseases in central Saudi Arabia. *International Journal of General Medicine*, 5 (1), 633–642.
2. Agner, T., Andersen, K. E., Brandão, F. M. in Bruynzeel, D. P. (2009). Contact sensitisation in hand eczema patients-relation to subdiagnosis, severity and quality of life: a multi-centre study. *Contact Dermatitis*, 61 (5), 291–296.
3. Al-Hoqail, I. A. (2009). Impairment of quality of life among adults with skin disease in King Fahad Medical City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 16 (3), 105–109.
4. Chernyshov, P. V. (2019). The evolution of quality of life assessment and use in dermatology. *Dermatology*, 235 (3), 167–174.
5. Connor, C. J. (2017). Management of the psychological comorbidities of dermatological conditions: practitioners' guidelines. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 10 (1), 117–132.
6. Deshpande, H., Shivakumar, Kavita, M. B., Tripathy, T. B. in Chaturvedi A. (2016). Assessment of quality of life in patients with skin disorders undergoing ayurvedic panchakarma (biopurification) as management. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 21 (3), 215–220.

7. Finlay, A. Y. in Khan, G. K. (30. 8. 2017). Dermatology life quality index (DLQI), 1992 Pridobljeno s <http://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=1653&itemtype=document>.
8. Ghajarzadeh, M., Ghiasi, M. in Kheirkhah, S. (2012). Associations between skin diseases and quality of life: a comparison of psoriasis, vitiligo, and alopecia areata. *Acta Medica Iranica*, 50 (7), 511–515.
9. Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I. W., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J. idr. (2014). The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *The Journal of Investigative Dermatology*, 134 (6), 1527–1534.
10. Hong, J., Koo, B. in Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, 21 (1), 54–59.
11. Kalboussi, H., Kacem, I., Aroui, H. in Maalel, O. E. (2019). Impact of allergic contact dermatitis on the quality of life and work productivity. *Dermatology Research and Practice*, 1–8.
12. Karimkhani, C., Dellavalle, R. P., Coffeng, L. E, Flohr, C., Hay, R. J., Langan, S. M. idr. (2017). global skin disease morbidity and mortality: an update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*, 153 (5), 406–412.
13. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Uradni list RS, št. 71.
14. Lyons, F. in Ousley, L. (2015). *Dermatology for the advanced practice nurse*. New York: Springer Publishing Company.
15. Mikhael, N. W., Abd El-Rahman in Sherine, H. (2013). How do skin diseases affect the family quality of life? *Journal of the Egyptian Women's Dermatologic Society*, 10 (3), 144–151.
16. Neubauer, D. (2001). Helsinška deklaracija Svetovnega zdravniškega združenja: etična načela za medicinske raziskave na človeških osebkih. *JAMA*, 9 (2), 101–103.
17. Nguyen, S. H., Nguyen, L. H., Vu, G. T., Nguyen, C. T., Le, T. H. T., Tran, B. X. idr. (2019). Health-related quality of life impairment among patients with different skin diseases in Vietnam: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 16 (3), E305.
18. Nijsten, T. (2012). Dermatology life quality index: time to move forward. *Journal of Investigative Dermatology*, 132 (1), 11–13.
19. Peters, J., (29. 1. 2018). Nursing patients with skin disorders. Pridobljeno s <https://nursekey.com/nursing-patients-with-skin-disorders/#s0075>.
20. Polit, D. F. in Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
21. Powell, R. R. in Lynn, S. C. (2010). *Basic research methods for librarians*. 5th ed. Santa Barbara: Libraries Unlimited.
22. Rebar, C. R., Gersch, C. J., Macnee, C. L. in McCabe, S. (2010). *Understanding nursing research: using research in evidence-based practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
23. Resneck, J. S. in Kimball, A. B. (2008). Who else is providing care in dermatology practices? Trends in the use of nonphysician clinicians. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58 (2), 211–216.
24. Schmid - Ott, G. in Steen, T. (2010). *International encyclopedia of rehabilitation*. New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
25. Svet Evrope, (2009). *Človekove pravice v zvezi z biomedicino, Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
26. Tuckman, A. (2017). The potential psychological impact of skin conditions. *Dermatology and Therapy*, 7 (1), 53–57.

Znanje študentov o lipoproteinih v krvi

KLJUČNE BESEDE: dislipidemija, srčno-žilne bolezni, medicinska sestra

POVZETEK - Za obvladovanje srčno-žilnih bolezni in z njimi povezane dislipidemije (motnja v presnovi maščob) se priporočajo poleg farmakoloških tudi nefarmakološki ukrepi, katerih svetovanje in spremljanje je največkrat v domeni diplomirane medicinske sestre (DMS). Namen raziskave je bil ugotoviti znanje študentov zdravstvene nege o lipoproteinih v krvi, dislipidemijah in njihovem vplivu na različne bolezni v primeru neuravnovešenosti ter raziskati, ali imajo študenti po končanem študiju ustrezno znanje za zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami. Spletna anketa med rednimi in izrednimi študenti visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega je bila izvedena v mesecu juliju 2020. Znanje študentov je bilo ocenjeno s sklopom vprašanj, ki smo jih ovrednotili s 25 točkami. Stališča smo ugotavljali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico. V raziskavi je sodelovalo 75 študentov Fakultete za zdravstvene vede v Novem mestu. Z vrednotenjem znanja smo ugotovili, da so anketiranci v povprečju pravilno odgovorili na 80 % vprašanj. V največji meri so se strinjali s trditvijo, da izpolnjeni vprašalnik o življenjskih navadah koristi diplomirani medicinski sestri pri načrtovanju vsebine zdravstveno-vzgojnega svetovanja. Sodelujoči v večini izkazujejo zadovoljivo znanje o dislipidemijah in zavedanje o vlogi diplomirane medicinske sestre pri njihovem obvladovanju.

KEYWORDS: dyslipidemia, cardiovascular disease, nurse

ABSTRACT - For the control of cardiovascular diseases and related dyslipidemias (disorders of fat metabolism), non-pharmacological measures are recommended in addition to pharmacological ones. Most often, the counseling and monitoring of non-pharmacological measures are in the domain of a registered nurse (RN). The purpose of the research was to determine the knowledge of nursing students about blood lipoproteins, dyslipidemias, and their impact on different diseases in the case of imbalance and to research whether the students possess adequate knowledge for health education work with patients with dyslipidemia after their studies. An online survey among full-time and part-time students of the first-cycle professional higher education study program Nursing was conducted in July 2020. The students' knowledge was assessed with a set of questions which were evaluated with 25 points. Positions were determined using a 5-point Likert scale. In the research, 75 students of the Faculty of Health Sciences in Novo mesto participated. By evaluating the knowledge, we ascertained that the respondents answered 80% of the questions correctly on average. To the greatest extent, they agreed with the statement that the completed questionnaire on lifestyle habits benefits RN in planning the content of health education counseling. The majority of participants show satisfactory knowledge about dyslipidemias and awareness of the role of RN in them.

1 Uvod

Po podatkih epidemioloških študij ima 50 % odraslih v razvitem svetu zvišano koncentracijo vsaj enega od lipidov (Avberšek - Lužnik in Gartner, 2014, str. 83). Raziskave dokazujejo, da zvišana raven lipidov vpliva na nastanek srčno-žilnih bolezni (Fras, 2012, str. 42). Ishemična srčna bolezen in možganska kap sta največja morilca na svetu, v letu 2016 je bilo skupno umrlih 15,2 milijona. Te bolezni so v zadnjih 15 letih vodilni vzrok smrti na globalni ravni (The top 10 causes of death, 2018). Zvišan celokupni holesterol in holesterol oz. lipoprotein nizke gostote sta glavna dejavnika zapletov koronarne bolezni. Iz tega razloga je zelo pomembno urejanje ravni maščob v krvi, predvsem LDL holesterola (Fras, 2012, str. 42). V prispevku želimo poudariti vlogo medicinske sestre pri nefarmakološkem zdravljenju omenjenih težav, ki jih povzročajo neravnovesja lipoproteinov v krvi, in na podlagi rezultatov anketiranja študentov

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje zdravstvene nege predstaviti naše ugotovitve.

Lipidi so nepolarne molekule in so v vodnem polarnem okolju slabo topni. Zato njihov transport v plazmi poteka v kompleksu s proteini in tako nastanejo lipoproteini (Repnik in Potočnik, 2013, str. 24). Lipoproteini v krvi so serumski delci, sestavljeni iz različnih kombinacij triacilglicerolov, fosfolipidov, holesterola, holesterolnih estrov ter apolipoproteinov oz. specifičnih proteinov (Boyer, 2005, str. 514). V odnosu na gostoto razlikujemo: lipoproteine z najmanjšo gostoto – hilomikrone, lipoproteine zelo majhne gostote – VLDL, lipoproteine majhne gostote – LDL in lipoproteine velike gostote – HDL (Boyer, 2005, str. 515).

Za dislipidemijo je značilna povišana vrednost tistih maščob v krvi, ki so povezane z razvojem ateroskleroze, in nižja vrednostjo tistih maščob, ki so povezane z manjšo verjetnostjo srčno-žilnih bolezni (Jovanovski, Krek, Grošelj in Kotnik, 2017, str. 220). Dislipidemija je najpomembnejši dejavnik razvoja endotelne disfunkcije, ki povzroča srčno-žilne zaplete in posledično privede do velikega števila smrtnih primerov (Jovanovski idr., 2017, str. 220).

Kot normalne vrednosti holesterola, lipoproteinov in trigliceridov se najpogosteje navajajo naslednje vrednosti (Suwa Stanojević, 2017, str. 91): skupni (celokupni) holesterol: < 5,0 mmol/l krvi; holesterol LDL: < 3,0 mmol/l krvi; trigliceridi: < 2,0 mmol/l krvi; holesterol HDL: > 1,2 mmol/l pri moških in > 1,4 mmol/l pri ženskah. Pri različnih boleznih, in sicer sladkorni, ledvični, srčnem infarktu in po možganski kapi, je zgornja meja normalnih vrednosti spremenjena, določena je nižje kot v splošni populaciji (Suwa Stanojević, 2017, str. 91).

1.1 Vloga diplomirane medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z različnimi motnjami v uravnavanju lipoproteinov v krvi

Prvotni cilj zdravljenja dislipidemij je preprečevanje ateroskleroze in njenih posledic. Pri uravnavanju lipoproteinov je pomembno, da začnemo z nefarmakološkimi ukrepi, ki se prvenstveno izvajajo v referenčnih ambulantah, zdravstveno-vzgojnih centrih in v ambulantah za motnje v presnovi maščob (v njih medicinska sestra prevzema pomembno vlogo). Ti so predvsem zaščitna mediteranska prehrana in zdrav način življenja, opustitev kajenja ter redna aerobna telesna dejavnost. Če zdrav življenjski slog ne zadošča, da bi dosegli ciljno raven lipoproteinov, je potrebno tudi zdravljenje z zdravili (Cevc, 2017, str. 71).

V Sloveniji se od leta 2002 uspešno izvaja Nacionalni program primarne preventive srčno-žilnih bolezni, ki poteka v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti. Vsi opredeljeni bolniki, starejši od 30 let, so vabljeni v referenčne ambulante, kjer se preverja vrednost celokupnega holesterola, LDL, HDL in trigliceridov (Petek Šter, 2017, str. 130), zato je pomembno, da je medicinska sestra seznanjena z dejavniki, ki vplivajo na laboratorijske rezultate (Janša Trontelj, 2018, str. 114), ker na ta način pripravi pacienta na pravilen odzem.

Delo diplomiranih medicinskih sester prvenstveno temelji na učenju pacienta, motiviranju in svetovanju o ohranjanju zdravja (Terbovc in Gomišček, 2017, str. 35). Medicinska sestra se zavzema za zdrav življenjski slog in ga podpira, spremlja in vodi paciente s kronično boleznijo, opravlja preventivne preglede ciljne populacije za zgodnje odkrivanje dejavnikov tveganja ter vodi preventivne programe (Pečelin in Sočan, 2016, str. 158).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti raven znanja študentov zdravstvene nege o lipoproteinih v krvi in dislipidemijah, raziskati njihova stališča o vlogi diplomirane medicinske sestre pri uravnavanju lipoproteinov v krvi pri različnih boleznih ter ugotoviti, ali imajo študenti po končanem študiju ustrezno znanje za samostojno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Primarni podatki za analizo so pridobljeni s tehniko anketiranja.

2.2 Opis instrumenta

Anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače strokovne literature (Jovanovski, Krek, Grošelj in Kotnik, 2017; Slak, 2019; Avberšek-Lužnik in Gartner, 2014), vsebuje 2 vprašanja polodprtega in 8 vprašanj zaprtega tipa. Prvi sklop vprašanj se nanaša na demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovna doba). Drugi sklop je namenjen raziskovanju znanja študentov o lipoproteinih v krvi in pristopih diplomirane medicinske sestre pri njihovem uravnavanju. Za ocenjevanje znanja posameznih študentov smo odgovore v tem sklopu ovrednotili z do 25 točkami. Tretji sklop vprašanj je namenjen preučevanju stališč študentov zdravstvene nege o vplivu zdravstveno-vzgojnega dela na ravnovesje lipoproteinov v krvi in pomembnosti le-tega. Za ugotavljanje stališč anketiranih smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico.

2.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala med študenti visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega. V raziskavo so bili vključeni redni in izredni študenti 1., 2. in 3. letnika Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. Za izvedbo raziskave smo predhodno pridobili soglasje Komisije za razvojno-raziskovalno dejavnost Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje je bilo izvedeno z odprtokodno aplikacijo za spletno anketiranje Ika na domeni www.ika.si. Potekalo je v mesecu juliju 2020. Povabilo za sodelovanje v raziskavi je bilo objavljeno na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. V sodelovanju s FZV UNM, ki ima dostop do podatkov o študentih, je bila povezava do anket poslana tudi na e-poštne naslove vseh študentov. Zagotovljena je bila anonimnost. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno.

Na povabilo k sodelovanju se je odzval 101 študent. V celoti je na anketni vprašalnik odgovorilo 75 študentov.

Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel, jih grafično prikazali v obliki tabel in grafov ter analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi in zaključku. Za ugotavljanje statističnih razlik med različnimi demografskimi skupinami smo uporabili t-test in ANOVA v statističnem programu SPSS (IBM SPSS Statistics, ver. 25). V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

V anketi o znanju študentov zdravstvene nege o lipoproteinih v krvi je bilo vključenih 197 anketirancev, ustreznost pa je bila 101 anketa. Od tega je bilo 14 moških, kar predstavlja 14 % vseh anketirancev, in 87 žensk, kar predstavlja 86 % vseh anketirancev. V celoti je na anketo odgovorilo 75 respondentov. Pri posameznih analizah je navedeno, koliko respondentov je zajetih.

Največ anketirancev, in sicer 81 oz. 80 %, je imelo končano srednjo zdravstveno šolo. Zaključeno šolanje na gimnaziji je imelo 10 % anketirancev. Pod opcijo drugo je 10 anketirancev navedlo srednjo kozmetično šolo, zdravstveno fakulteto ali drug dodiplomski študijski program.

Tistih, ki so v celoti odgovorili na vsa vprašanja, je bilo 59 s srednjo zdravstveno šolo, z gimnazijo 9 študentov in za opcijo drugo se je opredelilo 7 študentov.

Do 1 leta izkušenj v zdravstvu je imelo 27 anketirancev, 18 anketirancev je delalo v zdravstvu od 1 do 5 let. Več kot 5 let delovne dobe v zdravstvu je imelo 25 anketirancev, 31 anketirancev še ni delalo v zdravstvu.

3.1 Znanje anketirancev o lipoproteinih v krvi in dislipidemiji

Pri vprašanjih, ki so preverjala znanje, so anketiranci obkrožili DA, če so menili, da je trditev pravilna, oziroma NE, če so menili, da je nepravilna. V povprečju so anketiranci na vprašanja iz tega sklopa v 72,6 % odgovorili pravilno.

Tabela 1: Znanje anketirancev o dislipidemiji in lipoproteinih v krvi (N = 75)

		Odgovori		
		DA N (%)	NE N (%)	Skupaj N (%)
Dislipidemija je (pri vsaki trditvi označite DA, če je trditev pravilna, oziroma NE, če je nepravilna):				
a)	Motnja v presnovi krvnih maščob.	71 (95)	4 (5)	75 (100)
b)	Pomemben dejavnik za razvoj kroničnih srčno-žilnih bolezni.	73 (97)	2 (3)	75 (100)
c)	Optimalna raven lipidov v krvi.	16 (21)	59 (79)	75 (100)
d)	Stanje, ki se ne more izboljšati brez uporabe zdravil.	27 (36)	48 (64)	75 (100)
e)	Lahko primarna (genetska) in sekundarna (pridobljena zaradi nezdravega življenjskega sloga).	72 (96)	3 (4)	75 (100)
f)	Izključno sekundarno stanje (pridobljena zaradi nezdravega življenjskega sloga).	22 (29)	53 (71)	75 (100)
LDL je lipoprotein nizke gostote.		64 (85)	10 (13)	75 (100)
HDL je lipoprotein nizke gostote.		15 (20)	60 (80)	75 (100)
Vzdrževanje ravnovesja HDL in LDL v krvi je pomembno.		74 (99)	0 (0)	75 (100)
Poljudno LDL imenujemo tudi slabi holesterol.		65 (87)	10 (13)	75 (100)
V lipoproteinih višje gostote je večji delež lipidov in manjši delež proteinov kot pri lipoproteinih nizke gostote.		65 (87)	10 (13)	75 (100)
Optimalno je, če je v naši krvi višja koncentracija LDL in nižja koncentracija HDL.		21 (28)	54 (72)	75 (100)

*Legenda: *kreпка* – pravilni odgovori; N – frekvenca.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

Za ovrednotenje znanja študentov o diagnostičnih kriterijih in postopkih spremljanja bolnikov glede na meritve smo združili rezultate odgovorov dveh vprašanj in ugotovili, da je pravilno na vprašanja odgovorilo le 29 študentov (38,7 %), 8 (10,7 %) pa jih je v celoti odgovorilo napačno.

Dodatno smo ovrednotili znanje oz. mnenje študentov o načinih uravnavanja lipoproteinov v krvi. Kot najpogostejše načine za uravnavanje koncentracije lipoproteinov v krvi smo podali 7 različnih metod, med katerimi so se študentje odločali. S ponujenim odgovorom, da uravnavanje koncentracije lipoproteinov v krvi ni možno, se ni strinjal niti eden študent. Največ študentov, in sicer 80, je kot najpogostejšo metodo za uravnavanje lipoproteinov v krvi izbralo telesno dejavnost. Na drugem mestu je bila zdrava prehrana z manj maščobami, za katero se je odločilo 78 študentov. Za zdravila za uravnavanje maščob se je odločilo 76 študentov. Kot ustrezne pristope za uravnavanje lipoproteinov v krvi so študenti v visokem deležu navedli tudi zmanjšanje pitja alkohola, prenehanje kajenja in izogibanje stresu. Da je prehrana, bogata z maščobami, metoda za uravnavanje lipoproteinov v krvi, so obkrožili 4 anketiranci.

Za oceno znanja posameznih študentov smo vprašanja in pravilne odgovore ovrednotili z do 25 točkami. Študenti so zbrali od 11,5 do 24,5 točke, in sicer so v povprečju dosegli 20,1 ali 80,4 % možnih točk. Tabela 2 povzema oceno znanja 75 študentov, ki so v celoti odgovorili na anketni vprašalnik. Rezultati so predstavljeni glede na starostno strukturo, spol, izobrazbo in leta dela v zdravstvu. Statistična analiza (t-test, ANOVA) ne pokaže statistično značilnih razlik v znanju med različnimi starostnimi skupinami, med spoloma in glede na izobrazbo. Ugotovili pa smo, da na znanje vpliva število let dela v zdravstvu, in sicer več znanja izkazujejo študenti z več delovnimi izkušnjami (ANOVA, $F = 2,82$, $p = 0,045$).

Tabela 2: Znanje študentov o lipoproteinih glede na demografske podatke (N = 75)

	<i>Starost anketirancev</i> (št. anketirancev v skupini)				
	<i>do 20 let</i> (9)	<i>od 21 do</i> <i>30 (39)</i>	<i>od 31 do</i> <i>40 (5)</i>	<i>od 41 do</i> <i>50 (4)</i>	<i>Ni</i> <i>podatkov</i> (18)
□ min. št. točk anketirancev	17	13	17	20,5	11,5
□ maks. št. točk anketirancev	23,5	23,5	23,5	24,5	24
□ povprečno št. zbranih točk	20,27	19,98	20,4	22,12	19,75
□ povprečen odstotek točnih odgovorov (%)	81,11	79,94	81,60	88,50	79
<i>Spol anketirancev</i>					
	<i>Moški (12)</i>		<i>Ženski (63)</i>		
□ min. št. točk anketirancev	13		11,5		
□ maks. št. točk anketirancev	23,5		24,5		
□ povprečno št. zbranih točk	19,58		20,21		
□ povprečen odstotek točnih odgovorov (%)	78,33		80,82		
<i>Izobrazba</i>					
	<i>Srednja</i> <i>zdravstvena</i> (59)		<i>Gimnazija</i> (9)		<i>Drugo (7)</i>
□ min. št. točk anketirancev	11,5		17,5		17,5
□ maks. št. točk anketirancev	24,5		23,5		22
□ povprečno št. zbranih točk	19,90		21,05		20,57
□ povprečen odstotek točnih odgovorov (%)	79,62		84,22		82,28
<i>Leta dela v zdravstvu</i>					
	<i>do 1 leta</i> (19)	<i>od 1 do</i> <i>5 (17)</i>	<i>več kot 5</i> (15)	<i>Nisem še</i> <i>delal/-a</i> (24)	

□ min. št. točk anketirancev	16,5	11,5	13	16,5
□ maks. št. točk anketirancev	24	23,5	24,5	23,5
□ povprečno št. zbranih točk	20,65	18,55	20,06	20,79
□ povprečen odstotek točnih odgovorov (%)	82,63	74,23	80,26	83,16

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

3.2 Stališča anketirancev o vlogi medicinske sestre pri delu z bolnikom z dislipidemijo

Za ugotavljanje stališč anketiranih smo uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico. Anketiranci so se najmanj strinjali ($\bar{x} = 3$) s trditvijo, da bodo po končanem študiju pripravljene na samostojno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami (brez dodatnega izobraževanja), najbolj pa so se strinjali ($\bar{x} = 4,4$) s trditvijo, da je izpolnjeni vprašalnik o življenjskih navadah za diplomirano medicinsko sestro koristen pri načrtovanju vsebine zdravstveno-vzgojnega svetovanja.

Tabela 3: Stališča študentov o delu in vlogi medicinske sestre pri obravnavi bolnikov z dislipidemijo

		f %	Stopnja strinjanja s trditvijo					Skupaj	\bar{x}	SD
			1	2	3	4	5			
1.	Z zdravstveno-vzgojnim delom diplomirane medicinske sestre je možno v veliki meri vplivati na življenjski slog in posledično na raven LDL in HDL.	0 0 %	3 4 %	10 13 %	35 47 %	27 36 %	75 100 %	4,1	0,8	
2.	Ustrezna priprava preiskovanca na odvzem krvi vpliva tudi na rezultate meritev lipoproteinov.	3 4 %	4 5 %	16 21 %	30 40 %	22 29 %	75 100 %	3,9	1,04	
3.	Cilj zdravljenja dislipidemij je preprečevanje aterosklerotičnih srčno-žilnih bolezni.	0 0 %	0 0 %	5 7 %	40 53 %	30 40 %	75 100 %	4,3	0,6	
4.	Obseg sprememb, ki jih z življenjskim slogom lahko dosežemo v maščobnem profilu posameznika, je v primerjavi z zdravili manjši.	1 1 %	15 20 %	30 40 %	20 27 %	9 12 %	75 100 %	3,3	0,97	
5.	Izpolnjeni vprašalnik o življenjskih navadah je za diplomirano medicinsko sestro koristen pri načrtovanju vsebine zdravstveno-vzgojnega svetovanja.	0 0 %	0 0 %	4 5 %	39 52 %	32 43 %	75 100 %	4,4	0,59	
6.	Menim, da bom po končanem študiju pripravljen/-a na samostojno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami (brez dodatnega izobraževanja).	7 9 %	20 27 %	19 26 %	20 27 %	8 11 %	74 100 %	3	1,17	

*Legenda: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam; \bar{x} – povprečje; SD – standardni odklon; f – frekvenca.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020.

4 Razprava

Delo diplomiranih medicinskih sester v veliki meri vključuje tudi zdravstveno vzgojo, katere del je nefarmakološko zdravljenje. S tem razlogom smo želeli izvedeti, koliko študenti poznajo metode za uravnavanje lipoproteinov v krvi ter diagnostične postopke za merjenje lipidov v krvi in pripravo pacienta na odvzem.

Kot najučinkovitejše metode uravnavanja lipoproteinov so študenti v odgovorih navedli tako farmakološke kot tudi nefarmakološke ukrepe. Kot najpogostejše metode so navedli farmakološko zdravljenje ter poleg tega še zdravo prehrano z manj maščobami, prenehanje kajenja in pitja alkohola ter redno telesno dejavnost. Bouillon idr. (2011, str. 928) so v svoji raziskavi ugotovili, da je zmanjšanje ravni LDL v krvi povezano s povečano uporabo zdravil za zniževanje lipidov, izboljšanjem prehrane, zlasti razmerja med porabo belega in rdečega mesa in razmerjem vnosa polinenasičenih in nasičenih maščobnih kislin, ter povečanjem telesne aktivnosti. 98,7 % študentov meni, da je telesna aktivnost ena izmed metod uravnavanja lipoproteinov v krvi, kar podpira tudi študija avtorjev O'Donovan, Stensel, Hamer in Stamatakis (2017, str. 563) z ugotovitvijo, da je pri posameznikih z nizkim HDL priporočljiva telesna aktivnost.

Anketiranci v naši raziskavi so v večini (86,6 %) odgovorili, da preseganje določene meje LDL v krvi (daljše časovno obdobje) slabo vpliva na naše žile, ta se nalaga na njihove stene in vodi v nastanek ateroskleroze, kar je pravilen odgovor (Kanič in Nedog, 2006, str. 41). Odgovore pri tem vprašanju smo ovrednotili z do dvema točkama, v celoti je na to vprašanje pravilno odgovorilo 50 (66,7 %) študentov.

Da bi bila ekonomska učinkovitost zdravljenja najbolj ugodna, je pomembno motnje v presnovi maščob odkriti zgodaj oz. preden pride do sprememb na krvnih žilah. Realne rezultate pa dobimo z ustrezno pripravo preiskovanca oz. z upoštevanjem vseh priporočil predanalitične faze in diagnostičnih postopkov (Avberšek - Lužnik in Gartner, 2014, str. 84). Avberšek - Lužnik in Gartner (2014, str. 85) navajata, da je za določitev lipidov v krvi priporočljivo, da je preiskovanec tešč 12 ur in da je odvzem krvi izveden med 7. in 8. uro zjutraj. Z raziskavo smo ugotovili, da je 51 (68 %) študentov v celoti pravilno odgovorilo na vprašanje, da je za določitev lipidov pomembno, da je preiskovanec tešč 12 ur in da je odvzem opravljen med 7. in 8. uro zjutraj. 6 (8 %) študentov ni pridobilo nobene točke, 92 % študentov je zbralo nad 80 % točk, kar kaže na zelo dobro seznanjenost študentov.

Študenti v naši raziskavi so navedli prehrano, stres, telesno aktivnost, položaj telesa, čas odvzema in starost preiskovanca kot biološke dejavnike, ki vplivajo na koncentracijo lipoproteinov v krvi in s tem na rezultate laboratorijskih preiskav, kar je v skladu z drugimi raziskavami, ki navajajo, da moramo biti pozorni na telesni položaj, aktivnost, stres, akutna vnetja in druga bolezenska stanja ter zažem nadlahti ob odvzemu vzorca krvi, ker se bomo na ta način v največji meri izognili napakam in tako dobili realne rezultate lipidograma (Janša Trontelj, 2018, str. 114). Na 11. vprašanje o vplivih bioloških dejavnikov je 64 % študentov odgovorilo pravilno. Od ponujenih dejavnikov so študenti (96 %) kot glavni dejavnik navedli prehrano. Trampuš Bakija (2017, str. 21) pravi, da je največji vpliv prehrane viden pri določanju trigliceridov.

Grošel idr. (2016, str. 12) navajajo, da je pri odvzemu krvi potrebno pacientu zagotoviti pravilen položaj in paziti, da v postopku odvzema žilna preveza ni nameščena dlje kot minuto, saj bi lahko dobili lažne rezultate (Grošel idr., 2016, str. 13). Študenti iz naše raziskave so s tem slabo seznanjeni, kar je razvidno iz rezultatov, ki kažejo, da je le 9,3 % anketirancev obkrožilo položaj telesa kot dejavnik vpliva na rezultate krvnih preiskav. Možina (2008, str. 36) navaja, da se pri stoječem položaju zmanjša količina plazme in da predolgo nameščena žilna preveza pokaže lažno zvišane vrednosti lipidov.

Najslabše znanje so študenti pokazali pri diagnostičnih kriterijih: v celoti pravilno je odgovorilo le 29 študentov (38,7 %), 8 (10,7 %) pa jih je v celoti odgovorilo napačno. Glede na to, da imata več kot dve tretjini populacije zvišano raven krvnih lipidov (Petek Šter, 2017, str. 133), je znanje študentov o optimalni ravni lipidov v splošni in rizični populaciji nezadostno. O tako

aktualni problematiki bi morali vedeti več, saj se od njih pričakuje, da imajo potrebno znanje o ključnih težavah s področja zdravstva.

S podano trditvijo, da je z zdravstveno-vzgojnim delom diplomirane medicinske sestre možno v veliki meri vplivati na življenjski slog in posledično na raven LDL in HDL, so se študenti v povprečju strinjali ($\bar{x} = 4,1$). Njihovo strinjanje je v skladu s številnimi študijami, ki poročajo o pomembnosti preventivnih programov pod vodstvom diplomirane medicinske sestre in pomembnosti znanja, na podlagi katerega medicinske sestre pacientom lahko podajo ustrezno razlago in jim utemeljijo potrebo po upoštevanju preventivnih ukrepov in spremembi življenjskega sloga (Miller idr., 2017, str. 77; Harbman, 2014, str. 1549; Michelsen idr., 2018, b. s.; Jorstad, 2013, str. 1427; Jorstad idr., 2015, b. s.). Da je izpolnjeni vprašalnik o življenjskih navadah za diplomirano medicinsko sestro koristen pri načrtovanju vsebine zdravstveno-vzgojnega svetovanja, je bila najvišje ocenjena trditev. Kot navaja Janša Trontelj (2018, str. 118), lahko za lažje ugotavljanje individualnih bolnikovih potreb medicinske sestre pacientom ponudijo vprašalnik o življenjskih navadah, ki jim bo pomagal pri načrtovanju vsebine zdravstveno-vzgojnega svetovanja.

Ne glede na relativno dobro izkazano znanje o obravnavani tematiki pa je najnižje ocenjena trditev, da bodo po končanem študiju pripravljene na samostojno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami ($\bar{x} = 3$). Samokritičnost študentov je na mestu, saj ima diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti ključno vlogo pri zdravstveni vzgoji ter za opravljanje tega dela potrebuje izkušnje in podiplomska znanja (Pečelin in Sočan, 2016, str. 161). Kljub zavidljivemu teoretičnem znanju, ki ga študenti pridobijo po zaključenem dodiplomskem študiju, diplomirane medicinske sestre za samostojno delo v referenčni ambulanti potrebujejo specifična znanja in izkušnje oz. najvišjo stopnjo znanja in veščin po Milerjevi piramidi (Petek Šter, 2012, str. 99). Pridobljene rezultate lahko razložimo s pomanjkanjem izkušenj anketirancev, saj je več kot polovica anketiranih študentov brez delovnih izkušenj ali ima manj kot eno leto delovnih izkušenj. Hkrati pa je naša raziskava pokazala, da študenti z več delovnimi izkušnjami izkazujejo tudi več znanja o obravnavani temi.

5 Sklep

Namen naše raziskave je bil ugotoviti znanje študentov zdravstvene nege o lipoproteinih v krvi in njihovem vplivu na različne bolezni. Rezultati raziskave so pokazali, da imajo študenti zelo dobro splošno znanje o lipoproteinih. Vsebine, povezane s kardio-vaskularnimi boleznimi, HDL in LDL holesterolom ter vlogo medicinske sestre pri obravnavi teh bolezni, so vključene v več učnih načrtih predmetov visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega. Kot kažejo rezultati naše raziskave, v času študija študenti v večini pridobijo ustrezno znanje o obravnavani temi, zavedajo se vloge medicinske sestre pri obravnavi pacientov z dislipidemijami, hkrati pa so samokritični glede svoje usposobljenosti za samostojno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti z dislipidemijami.

Ozaveščenost študentov zdravstvene nege o preventivi kardio-vaskularnih bolezni z vzdrževanjem ravni lipoproteinov v krvi in o zdravem načinu življenja ter njihov zgled ima vpliv na celo populacijo, ker so prav študenti zdravstvene nege tisti, ki bodo v prihodnosti nosilci zdravstveno-vzgojnega delovanja.

LITERATURA

1. Avberšek - Lužnik, I. in Gartner, M. (2014). Laboratorijske preiskave – orodje za spremljanje hiperlipidemije in sladkorne bolezni. V I. Grmek Košnik, S. Hvalič Touzery in B. Skela Savič (ur.),

- Kronične bolezni sodobne družbe: od zgodnjega odkrivanja do paliativne oskrbe: Zbornik prispevkov z recenzijo (str. 82–89). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo. Pridobljeno 4. 6. 2020, s [https://www.fzab.si/uploads/FZJ_5_%20simpozij%20Katedre%20za%20temeljne%20vede_14_10_2014\(1\).pdf](https://www.fzab.si/uploads/FZJ_5_%20simpozij%20Katedre%20za%20temeljne%20vede_14_10_2014(1).pdf).
2. Bouillon, K., Singh - Manoux, A., Jokela, M., Shipley, M. J., Batty, G. D., Brunner, E. J. idr. (2011). Decline in low-density lipoprotein cholesterol concentration: lipid-lowering drugs, diet, or physical activity? Evidence from the Whitehall II study. *Heart (British Cardiac Society)*, 97 (11), 923–930.
 3. Boyer, R. (2005). *Temelji biokemije*. Ljubljana: Študentska založba.
 4. Cevc, M. (2017). Povišane maščobe v krvi – kdaj pričeti z zdravljenjem. V T. Žontar (ur.), *Kardiološki bolnik in pridružene bolezni* (str. 71–80). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babc in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji. Pridobljeno 4. 6. 2020, s <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Kardiolo%C5%A1ki-bolnik-in-pridru%C5%BEene-bolezni.pdf>.
 5. Fras, Z. (2012). Sodobne smernice za obravnavo dislipidemij v klinični praksi. V Z. Fras in P. Poredoš (ur.), 54. Tavčarjevi dnevi: Zbornik prispevkov (str. 41–65). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
 6. Grošel, A., Krhin, B., Lenart, K. in Možina, B. (2016). *Laboratorijski vodnik za paciente*. Ljubljana: Onkološki inštitut.
 7. Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International journal of nursing studies*, 51 (12), 1542–1556. Pridobljeno 3. 6. 2020, s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914000807>.
 8. Janša Trontelj, K. (2018). Motnje v presnovi krvnih maščob. V S. Kadivec (ur.), *Celostna obravnava bolnika s kronično pljučno boleznijo* (str. 112–123). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo. Pridobljeno 18. 7. 2020, s https://www.klinika-golnik.si/storage/_sites/golnik/app/media/Arhiv-gradiv-zbornikov/golniski-simpozij-2018-zbornik-predavanj-program-za-ms-in-zt-204.pdf.
 9. Jorstad, H. T., Chan, Y. K., Scholte op Reimer, W. J., Doornenbal, J., Tijssen, J. G. in Peters, R. J. (2015). Nurses' perspectives on nurse-coordinated prevention programmes in secondary prevention of cardiovascular disease: a pilot survey. *Contemporary nurse*, 51 (1), 96–106. Pridobljeno 17. 4. 2020, s <https://europepmc.org/article/pmc/pmc4784499>.
 10. Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, A. M. W., Liem, A., van Dantzig, J. M., Jaarsma, W. idr. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*, 99 (19), 1421–1430. Pridobljeno 6. 6. 2012, s <https://heart.bmj.com/content/99/19/1421.short>.
 11. Jovanovski, E., Krek, H., Grošel, U. in Kotnik, P. (2017). Dislipidemija pri otrocih. *Slovenska pediatrija*, 24 (4), 219–29. Pridobljeno 17. 4. 2020, s http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2017/2017_4_24_219-229-izv.pdf.
 12. Kanič, V. in Nedog V. (2006). Motnje presnove maščob ter srce in ožilje. V R. Hojs (ur.), 17. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine – Iz prakse za prakso (str. 39–49). Maribor: Splošna bolnišnica. Pridobljeno 11. 8. 2020, s https://www.ukc-mb.si/media/imported/fileadmin/_migrated/content_uploads/Internisti_zbornik.pdf.
 13. Michelsen, H. Ö., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A. in Leosdottir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. *BMC cardiovascular disorders*, 18 (1), 167. Pridobljeno 17. 4. 2020, s <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-018-0907-0>.
 14. Miller, K. E., Martz, D. C., Stoner, C., Jowers, A., Taheri, M. L., Sarzynski, M. A. idr. (2018). Efficacy of a telephone-based medical nutrition program on blood lipid and lipoprotein metabolism: Results of Our Healthy Heart. *Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia*, 75 (1), 73–78. Pridobljeno 23. 6. 2020, s <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=127876532&site=ehost-live>.

15. Možina, B. (2008). Vpliv predanalitičnih dejavnikov na kakovost rezultatov klinično-kemijskih preiskav. *Onkologija*, XII (1), 35–38. Pridobljeno 24. 8. 2020, s <https://www.revijaonkologija.si/Onkologija/article/view/405/398>.
16. O'Donovan, G., Stensel, D., Hamer, M. in Stamatakis, E. (2017). The association between leisure-time physical activity, low HDL-cholesterol and mortality in a pooled analysis of nine population-based cohorts. *European journal of epidemiology*, 32 (7), 559–566. Pridobljeno 8. 8. 2020, s <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0280-9>.
17. Pečelin, S. in Sočan, M. (2016). Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50 (2), 157–162. Pridobljeno 19. 7. 2020, s <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>.
18. Petek Šter, M. (2017). Dislipidemije. V J. Govc Eržen in M. Petek Šter (ur.), *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine* (str. 130–134). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
19. Repnik, K. in Potočnik, U. (2013). *Biokemija in molekularna biologija: navodila za laboratorijske vaje*. Maribor: Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo. Pridobljeno 9. 4. 2020, s https://www.fkkt.um.si/egradiva/fajli/Biokemija_in_Molekularna_biologija_2014.pdf.
20. Suwa Stanojević, M. (2017). *Varovalna in dietna prehrana za starejše*. Novo mesto: Konzorcij šolskih centrov. Pridobljeno 12. 4. 2020, s <http://www.razvoj-upd.si/wp-content/uploads/2017/07/14.-VAROVALNA-DIETNA-PREHRANA-ZA-STAREJSE-Milena-Suwa-Stanojevic.pdf>.
21. Terbovc, A. in Gomišček, B. (2017). Obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni v referenčni ambulanti družinske medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 51 (1), 34–41. Pridobljeno 17. 4. 2020, s <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/100>.
22. The top 10 causes of death. (24. maj 2018). WHO. Pridobljeno 4. 6. 2020, s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
23. Trampuš - Bakija, A. (2017). Pred laboratorijsko analizo. *Delo in varnost*, 63 (4), 20–23. Pridobljeno 20. 8. 2020, s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-87VD4XRC?ty=2017>.

ZNANJE – KLJUČ DO CELOSTNE OBRAVNAVE PACIENTA

13. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved

Novo mesto, 14. maj 2021

Programski odbor študentske konference

dr. Klavdija Čuček Trifkovič – dekanica Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru
doc. dr. Nevenka Kregar Velikonja – dekanica Fakultete za zdravstvene vede Univerze Novo mesto

doc. dr. Sanela Pivač – v. d. dekanja Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

izr. prof. dr. Andrej Starc – dekan Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani

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

prof. dr. Ludvik Toplak – predsednik Alma Mater Europaea

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

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

Organizacijski odbor študentske konference

dr. Mojca Blažič

dr. Karmen Erjavec

Ksenija Komidar

Petra Kotnik

dr. Lilijana Leskovic

Mateja Šimec

dr. Vesna Zupančič

Lektorji za slovenski in angleški jezik

Beata Dobrowolska

Barbara Cerkvenik

Sebastijan Frumen

Uršula Fujs

Christian Green

Tanja Hozner

Polona Krajnc

Tomaž Petek

Barbara Jurša Potocco

Ljerka Radoš

Nevenka Razboršek

Marta Smodiš

Jasmina Spahalić

Alenka Šalej

Darja Teran

Monika Zanjkovič

Jelica Žalig Grce

Recenzenti

Mateja Bahun
Darja Barlič Magajna
Andreja Draginc
Duška Drev
Karmen Erjavec
Bojana Filej
Rok Fink
Sonja Hlebš
Andreja Hrovat Bukovšek
Katarina Galof
Vida Gönc
Miroljub Jakovljević
Žan Jerenko
Sedina Kalender - Smajlović
Barbara Kegl
Boris Kovač
Nevenka Krčevski Škvarč
Nevenka Kregar Velikonja
Gorazd Laznik
Cecilija Lebar
Ljiljana Leskovic
Tina Levec
Ivanka Limonšek
Mateja Lorber
Mirna Macur
Jasmina Nerat
Marijana Neuberg
Andrej Ovca
Alenka Oven
Dorota Ozga
Anna Pilewska - Kozak
Darja Plank
Anita Prelec
Kristina Rakuša - Krašovec
Nataša Mlinar Reljić
Rosana Ribić
Darjan Smajla
Marta Smodiš
Mateja Šimec
Tamara Štemberger Kolnik
Gorazd Voga
Monika Zadnikar
Marija Zrim
Uroš Železnik
Ivana Živoder

Sodelujoči



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede



Z Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



Fakulteta za zdravstvo
Angele Boškin



Fakulteta za zdravstvene in socialne vede
Faculty of Health and Social Sciences **Slovenj Gradec**



VISOKA
ZDRAVSTVENA
ŠOLA V CELJU

Častna pokroviteljka konference

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev in medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov



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

Društvo Fizioterapevtov Slovenije - strokovno združenje



Združenje fizioterapevtov Slovenije
STROKOVNO ZDRUŽENJE
Slovenian Association of Physiotherapists

ČLAN WCPT - WCPT MEMBER

1000 Ljubljana, Linhartova 51
Slovenija