



15.

Študentska konferenca
s področja zdravstvenih ved

IZOBRAŽEVANJE IN VSEŽIVLJENJSKO UČENJE ZA RAZVOJ ZDRAVSTVENIH VED

**ZBORNİK PRISPEVKOV
Z RECENZIJO**





FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE V CELJU

V sodelovanju z:

Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede



Fakulteta za zdravstvo
Angele Boškin



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM



Fakulteta za zdravstvene in socialne vede
Faculty of Health and Social Sciences Slovenj Gradec

Častna pokroviteljica študentske konference:



Predsednica Republike Slovenije

dr. Nataša Pirc Musar

Študentsko konferenco so podprli:



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



Strokovno društvo
medicinskih sester, babic in
in zdravstvenih tehnikov Celje



REGIJSKO ŠTUDIJSKO SREDIŠČE

IZOBRAŽEVANJE IN VSEŽIVLJENJSKO UČENJE ZA RAZVOJ ZDRAVSTVENIH VED

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednika

Alenka Presker Planko
dr. Boris Miha Kaučič

Izdala in založila

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

Leto izdaje

2023

Oblikovanje in prelom besedila

Alenka Presker Planko

Oblikovanje naslovnice

Inicial design, Blaž Boršič s. p.

Dostopno na

https://drive.google.com/file/d/1sRUZk35ZtYE-Uxp1IR3_I9Rmo_fm9Kyj/view?usp=sharing

ali na

<https://www.fzvce.si/raziskovanje-in-razvoj/raziskovalno-delo-studentov/studentske-konference/>

Avtor/ji prispevka je/so odgovoren/odgovorni za vse trditve in podatke, ki jih navaja/jo v prispevku.

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

[COBISS.SI-ID 152970243](#)

ISBN 978-961-6889-51-3 (PDF)

Recenzenti:

Ester Benko
Mateja Bahun
Duška Drev
Sara Fabjan
dr. Bojana Filej
dr. Rok Fink
mag. Vida Gönc
mag. Nevenka Gričar
dr. Andreja Hrovat Bukovšek
dr. Tadeja Jakus
dr. Mojca Jevšnik
dr. Anita Jug Došler
dr. Matic Kavčič
dr. Boris Kovač
mag. Anton Koželj
dr. Nevenka Krčevski Škvarč
dr. Gorazd Laznik
dr. Ljiljana Leskovic
Ivanka Limonšek
dr. Denisa Manojlović
dr. Nataša Mlinar Reljić
Jasmina Nerat
Kristina Rakuša Krašovec
Mojca Rastohar
David Ravnik, Ph.D. Republika Češka
Šefik Salkonič
Cvetka Skale
Helena Skočir
dr. Darjan Smajla
dr. Sedina Kalender Smajlović
Marta Smodiš
Tita Stanek Zidarič
mag. Maja Strauss
dr. Jadranka Stričević
Mateja Šimec
Tina Vetter
dr. Gorazd Voga
dr. Matej Voglar
dr. Monika Zadnikar
mag. Marija Zrim
dr. Valerija Žager Marciuš

Lektorji za slovenski /angleški jezik:

DOMINATUS digital d.o.o.
Sebastijan Frumen
Zarja Frančiška Gošnik
Jelica Žalig Grce
dr. Ivanka Huber
dr. Barbara Jurša Potocco
Sabina Krsnik
Alenka Matjašič
Helena Merkač
Tina Levec
dr. Tomaž Petek
Tanja Radovan
Marta Smodiš
Darja Teran s.p.

KAZALO / TABLE OF CONTENTS

POZDRAVNI NAGOVORI	11
PRISPEVKI ŠTUDENTSKE KONFERENCE	19
ZNANJE, KI GA POTREBUJEJO NEFORMALNI OSKRBOVALCI ZA OSKRBO OSEB S STANJEM DEMENCE V DOMAČEM OKOLJU / KNOWLEDGE NEEDED BY INFORMAL CARERS TO CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA IN THE HOME ENVIRONMENT	
Polona Moličnik, Danica Železnik	20
OSAMLJENOST STAREJŠIH ODRASLIH PO IZGUBI PARTNERJA / LONELINESS IN OLDER ADULTS AFTER LOSS OF A PARTNER	
Mojca Rak Matjaž, Boris Miha Kaučič	31
KAKOVOST ŽIVLJENJA OSEB Z DEPRESIVNO MOTNJO V DOMAČEM OKOLJU PO HOSPITALIZACIJI / QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE HOME ENVIRONMENT AFTER HOSPITALISATION	
Tamara Cajnko, Mihael Nedeljko, Boris Miha Kaučič.....	40
VZROKI IN POSLEDICE PADCEV PRI STANOVALCIH V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU / CAUSES AND CONSEQUENCES OF FALLS AMONG RESIDENTS IN A SOCIAL WELFARE INSTITUTION	
Jožef Repas, Duška Drev	51
OCENA DNEVNEGA VNOSA PREHRANSKIH VLAKNIN Z ŽITI IN PRISTOPI K VEČANJU PORABE POLNOZRNATIH IZDELKOV / ESTIMATING THE DAILY INTAKE OF DIETARY FIBRE FROM CEREALS AND APPROACHES TO INCREASING THE CONSUMPTION OF WHOLEGRAIN PRODUCTS	
Sernc, Boris Kovač	61
LISTERIOZA V NOSEČNOSTI: PREGLED LITERATURE / LISTERIOSIS IN PREGNANCY: A LITERATURE REVIEW	
Laura Aracki, Jasmina Nerat, Kasandra Musović, Damijana Bosilj	70
MATERINA ČUSTVENA RAZPOLOŽLJIVOST NA PREHODU V MATERINSTVO / MATERNAL EMOTIONAL AVAILABILITY IN TRANSITION TO MOTHERHOOD	
Nika Juvan, Metka Skubic	81
SEZNANJENOST ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE S PREDNOSTMI DOJENJA / NURSING STUDENTS' AWARENESS ABOUT THE BENEFITS OF BREASTFEEDING	
Barbara Pintar Jazbec, Andreja Hrovat Bukovšek.....	91
DOŽIVLJANJE DUHOVNOSTI STARŠEV OTROK Z MOTNJO AVTISTIČNEGA SPEKTRA / EXPERIENCING SPIRITUALITY IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER	
Sabina Vreš, Nataša Mlinar Reljić, Barbara Kegl	102
POGOSTOST IMPLEMENTACIJE NA DOKAZIH PODPRTE ZDRAVSTVENE NEGE/ FREQUENCY OF IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED NURSING	
Filip Krajnc, Andreja Kvas, Tina Kavčič.....	111

MENTORSTVO SKOZI OČI ŠTUDENTOV / MENTORING THROUGH STUDENTS' EYES	
Katarina Romšak, Marta Smodiš.....	120
MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH – PREGLED LITERATURE / INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS – LITERATURE REVIEW	
Maša Brinovec, Jerneja Raduha, Jure Bence, Nina Grobelnik, Tamara Štemberger Kolnik	127
VPLIV STRESA, KI GA DOŽIVLJA MEDICINSKA SESTRA, NA VARNOST PACIENTA / THE EFFECT OF STRESS EXPERIENCED BY THE NURSE ON PATIENT SAFETY	
Nuša Sorgar, Kasandra Musovič, Klavdija Čuček Trifkovič	136
KAKO UČINKOVITA SO ORODJA ZA SPODBUJANJE RAZKUŽEVANJA ROK MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI, SODELAVCI IN OBISKOVALCI / THE EFFECTIVENESS OF NUDGE TOOLS FOR PROMOTING HAND DISINFECTION AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS, ASSOCIATES AND VISITORS	
Neža Podvratnik, Mojca Jevšnik, Alenka Petrovec Koščak	152
PREDSTAVITEV PROJEKTA »KAKO PRAVILNO UMITI ROKE? NIČ LAŽJEGA.« / OVERVIEW OF THE PROJECT "HOW TO WASH YOUR HANDS PROPERLY? NO BRAINER."	
Ana Vlahovič, Tjaša Erjavec, Gregor Jereb	163
OPOLNOMOČENJE PACIENTA S KRONIČNIM OBOLENJEM V SKUPNOSTI - PRIMERI DOBRIH PRAKS DOMA IN V TUJINI / EMPOWERING THE CHRONICALLY ILL PATIENT IN THE COMMUNITY - EXAMPLES OF GOOD PRACTICE IN SLOVENIA AND ABROAD	
Rebeka Lekše	170
POJAVNOST BOLEČINE V SPODNJEM DELU HRBTA IN/ALI BOLEČINE V MEDENIČNEM OBROČU IN ZADOVOLJSTVO S PROGRAMOM VARNA VADBA V NOSEČNOSTI / INCIDENCE OF LOWER BACK PAIN AND/OR PELVIC GIRDLE PAIN AND SATISFACTION WITH THE SAFE EXERCISE PROGRAM IN PREGNANCY	
Breda Kordež, Žiga Kozinc, Marina Dobnik	193
PRIMERJAVA VPLIVOV EKSCENTRIČNE VADBE IN TRADICIONALNE VADBE PROTI UPORU NA MIŠIČNO ZMOGLJIVOST, TELESNO SESTAVO IN GIBALNO FUNKCIJO PRI STAREJŠIH ODRASLIH: SISTEMATIČEN PREGLED Z META-ANALIZO / THE EFFECT OF ECCENTRIC VS. TRADITIONAL RESISTANCE EXERCISE ON MUSCLE STRENGTH, BODY COMPOSITION, AND FUNCTIONAL PERFORMANCE IN OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-ANALYSIS	
Klemen Čretnik, Žiga Kozinc, Nejc Šarabon	202
SEDENJE IN TELESNA DEJAVNOST ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE V ČASU COVID-19 / SITTING AND PHYSICAL ACTIVITY OF PHYSIOTHERAPY STUDENTS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC	
Patricia Akalovič, Mateja Bahun, Monika Zadnikar	213
OBRAVNAVA LATERALIZACIJE POGAČICE S POMOČJO KINEZILOŠKIH ELASTIČNIH TRAKOV IN GIBALNE TERAPIJE – ŠTUDIJA PRIMERA / TREATMENT OF PATELLAR LATERALIZATION USING KINESIOLOGICAL ELASTIC TAPES AND EXERCISE THERAPY – A CASE STUDY	
Pia Jenko, David Ravnik.....	222

PROSVETLJENOST POPULACIJE O RAKU MATERNIČNEGA VRATU IN OKUŽBI S HPV / POPULATION EDUCATION ABOUT CERVICAL CANCER AND HPV INFECTIONS	
Luka Kuhar, Edvard Jakšič	231
OZAVEŠČENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV O KONTAMINACIJI VODE Z LEGIONELO / HEALTHCARE WORKERS' AWARENESS OF WATER CONTAMINATION WITH LEGIONELLA	
Hana Špeglič, Mateja Šimec	237
STRESNA URINSKA INKONTINENCA MED ŠTUDENTI UP FVZ / STRESS URINARY INCONTINENCE AMONG STUDENTS OF UP FHS	
Petra Železnik, Vita Slak, Marina Dobnik	244
OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O ŠKODLJIVOSTI KAJENJA / AWARENESS ABOUT THE HARMFULNESS OF SMOKING AMONG ADOLESCENT POPULATION	
Tanja Cencelj Rovšnik, Andreja Hrovat Bukovšek	254
POZNAVANJE VSEBIN TEMELJNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA PRI OSNOVNOŠOLCIH: PRIMERJAVA ZNANJA PRED IN PO UDELEŽBI NA ZDRAVSTVENOVZGOJNI DELAVNICI O OŽIVLJANJU / THEORETICAL KNOWLEDGE OF BASIC LIFE SUPPORT AMONG SCHOOLCHILDREN BEFORE AND AFTER IMPLEMENTATION OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION TRAINING	
Ana Smolič	265
POMEN PRISOTNOSTI PRI PREDAJI SLUŽBE V KLINIČNEM OKOLJU ZA ŠTUDENTE ZDRAVSTVENE NEGE / THE IMPORTANCE OF PRESENCE IN CLINICAL HANDOVER IN A CLINICAL ENVIRONMENT FOR NURSING STUDENTS	
Anja Nikolić, Gorazd Laznik	274
ODNOS ŠTUDENTOV IN DIJAKOV ZDRAVSTVENE NEGE DO DELA S STAREJŠIMI UPORABNIKI ZDRAVSTVENIH STORITEV: KVANTITATIVNA RAZISKAVA / NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS WORKING WITH OLDER HEALTH SERVICE USERS: A QUANTITATIVE STUDY	
Tina Ferfolja, Aljoša Karapandža Kalin, Mirko Prosen, Sabina Ličen	281
PIŠČANEC PRI STAROSTNIKI, GOVEJI ZREZEK PRI ODRASLIH IN JAGODE PRI OTROCIH SO NAJPOGOSTEJŠI VZROK ZA ZAPORO DIHALNIH POTI S TUJKI: PRELIMINARNA ANALIZA PODATKOV / CHICKEN IN THE OLDER POPULATION, STEAK IN YOUNGER ADULTS, AND STRAWBERRY IN CHILDREN ARE THE MOST FREQUENT CAUSES OF FOREIGN BODY AIRWAY OBSTRUCTION: PRELIMINARY DATA ANALYSIS	
Nino Fijačko, Gregor Štiglic, Špela Metličar	288
VPLIVI UŽIVANJA GOBE RESASTI BRADOVEC NA SESTAVO ČREVESNE MIKROBIOTE ODRASLIH / EFFECTS OF HERICIUM ERINACEUS CONSUMPTION ON ADULT GUT MICROBIOTA COMPOSITION	
Dominika Češek, Zala Jenko Pražnikar, Katja Kranjc, Andrej Gregori	291
OBRAVNAVA PACIENTA Z AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM / TREATMENT OF A PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME	
Sara Cizelj, Mateja Šimec	299

GLASBENA TERAPIJA IN NJEN VPLIV NA DUŠEVNO ZDRAVJE PACIENTOV S SHIZOFRENIJO / MUSIC THERAPY AND ITS IMPACT ON THE MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	
Aleks Kukovec, Klavdija Čuček Trifkovič, Anja Plemenitaš Ilješ, Tomaž Stradovnik	307
SOČUTNA IZČRPANOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE V PALIATIVNI OSKRBI / COMPASSION FATIGUE IN PALLIATIVE CARE NURSING	
Ana Tomšič, Ljiljana Leskovic	311
PROSVETLJENOST POPULACIJE O PALIATIVNI OSKRBI V POMURJU / EDUCATION OF THE POPULATION ABOUT PALLIATIVE CARE IN POMURJE	
Dragica Bogatin, Edvard Jakšič	320
MEDPOKLICNO SODELOVANJE V DOMOVIH ZA STAREJŠE OBČANE IN V PALIATIVNI OSKRBI – PREGLED LITERATURE / INTERPROFESSIONAL COOPERATION IN RETIREMENT HOMES AND IN PALLIATIVE CARE – LITERATURE OVERVIEW	
Klara Novak, Kristina Durić, Eva Naraločnik, Tamara Štemberger Kolnik	329
VKLJUČEVANJE STANOVALCEV SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV V PALIATIVNO OSKRBO / INCLUSION OF SOCIAL CARE INSTITUTIONS RESIDENTS IN PALLIATIVE CARE	
Mario Šilec, Maja Šeruga	342
UMIRANJE KOT SESTAVNI DEL ŽIVLJENJA / DYING AS AN INTEGRAL PART OF LIFE	
Lea Koroša, Edvard Jakšič	354
ZDRAVSTVENA NEGA STAREJŠIH OSEB S SRČNO-ŽILNIMI BOLENJI / HEALTH CARE OF ELDERLY PEOPLE WITH HEART DISEASES	
Lea Jelen Anđelić, Lana Jelen Anđelić, Edvard Jakšič	361
PRIPRAVA PACIENTA NA GASTROSKOPSKO IN KOLONOSKOPSKO PREISKAVO / PATIENT PREPARATION FOR GASTROSCOPIC AND COLONOSCOPIC EXAMINATION	
Ana Omerzel, Mateja Šimec	369
USTREZNA UPORABA OBLOG PRI KRONIČNIH RANAH / THE USE OF MODERN WOUND DRESSINGS IN THE TREATMENT OF CHRONIC WOUNDS	
Tjaša Šorli, Kristina Rakuša Krašovec	378
MOŽNOSTI UPORABE ELASTIČNIH LEPILNIH TRAKOV PO KIRURŠKIH POSEGIH / POSSIBILITIES OF USING ELASTIC ADHESIVE TAPES AFTER SURGERY	
Jan Lotrič, Maja Frangež, Mateja Bahun	385
SPREJEMANJE ETIČNIH ODLOČITEV V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU – PREGLED LITERATURE / ETHICAL DECISION MAKING IN PRIMARY HEALTH CARE – LITERATURE REVIEW	
Darja Lasič, Sedina Kalender Smajlović	393
ETIČNE DILEME PRI SPREMENJENI TELESNI PODOBI / ETHICAL DILEMMAS IN BODY IMAGE MODIFICATION	
Sara Šabjan, Edvard Jakšič	402

UPORABA SVINČENE ZAŠČITE ZA PACIENTE: ANKETA MED SLOVENSКИMI RADIOLOŠKIMI INŽENIRJI / USE OF LEAD SHIELDING FOR PATIENTS: SURVEY OF SLOVENIAN RADIOLOGICAL ENGINEERS	
Katarina Hren, Nejc Mekiš, Laura Dolenc.....	409
NAČRTOVANJE TURISTIČNEGA OBJEKTA TERME ČATEŽ PO NAČELIH UNIVERZALNEGA OBLIKOVANJA / DESIGNING TERME ČATEŽ TOURIST FACILITY ACCORDING TO THE PRINCIPLES OF UNIVERSAL DESIGN	
Tina Štrasner, Alenka Plemelj Mohorič, Mateja Dovjak.....	418
PREDNOSTNA RAZISKOVALNA PODROČJA V ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED LITERATURE / RESEARCH PRIORITY AREAS IN NURSING CARE – LITERATURE REVIEW	
Eva Hokkanen, Sedina Kalender Smajlovič.....	427
PROBLEMATIKA MOTENJ PREHRANJEVANJA MED MLADIMI IN DEJAVNIKI TVEGANJA / PROBLEMS OF DISORDERED EATING AMONG ADOLESCENTS AND RISK FACTORS	
Katarina Adamič, Maša Černelič Bizjak.....	435
POZNAVANJE IN UPORABA PROBIOTIKOV MED SLOVENCИ / KNOWLEDGE AND USE OF PROBIOTICS AMONG SLOVENIANS	
Viktorija Pucko, Maja Strauss, Ksenija Ekart, Sabina Fijan	444
PRILAGODITEV ŽIVLJENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV TER NJIHOVIH STARŠEV PRI SOOČANJU S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 1 / ADAPTING THE LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AND THEIR PARENTS IN DEALING WITH DIABETES TYPE 1	
Larisa Šmarčan, Sandra Martinuč	452

POZDRAVNI NAGOVORI



Sanela Pečečnik

predsednica Programsko-organizacijskega odbora 15. Študentske konference in predsednica Študentskega sveta Fakultete za zdravstvene vede v Celju



Dobrodošli na 15. Študentski konferenci s področja zdravstvenih ved, ki letos poteka v organizaciji Študentskega sveta Fakultete za zdravstvene vede v Celju. Veseli me, da se po treh letih srečanj na daljavo lahko ponovno srečamo v živo, v knežjem mestu. Celje je mesto z bogato zgodovino in razvojem terciarnega izobraževanja v regiji.

Častna pokroviteljica študentske konference je predsednica Republike Slovenije, dr. Nataša Pirc Musar, ki v svojem mandatu naslavlja pet ključnih ciljev. Študentska konferenca sledi drugemu cilju, ki pravi, da nihče ne sme ostati brez zdravstvenih storitev takrat, ko jih potrebuje. Če želimo zagotavljati holistično, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, potrebujemo kompetentne zdravstvene strokovnjake.

Leto 2023 je razglašeno za evropsko leto znanj in spretnosti, da bi vseživljenjskemu učenju dali nov zagon. Po besedah predsednice Evropske komisije mora biti

usmerjeno v učenje. Letošnja študentska konferenca poudarja pomen vseživljenjskega učenja kot imperativ sodobnega časa. Izobraževanje in vseživljenjsko učenje sta stalnici vseh nas, ki delujemo ali bomo kmalu delovali v zdravstvu. Vseživljenjsko učenje je pomemben del kariernega napredovanja vsakogar izmed nas in pomeni pridobivanje formalnega in neformalnega znanja skozi celotno karierno pot.

Študentska konferenca je eden redkih projektov, ki uspešno deluje od leta 2009, pri tem pa danes povezuje študente osmih visokošolskih zavodov. Namen študentske konference je povezovanje študentov različnih strokovnih področij v zdravstvu z željo po partnerskem medpoklicnem sodelovanju. Veseli me, da letos aktivno sodeluje 48 študentov/diplomantov s področja zdravstvenih ved, ki ste v okviru študija pod mentorstvom visokošolskih učiteljev pripravili izvrstne prispevke. Nekateri boste prvič predstavili svoje raziskovalno delo in tako stopili na pot predajanja in širjenja z izobraževanjem pridobljenega znanja. Letos bodo potekale tudi videopredstavitve in predstavitve e-posterjev.

Prispevki študentov/diplomantov so tudi letos objavljeni v e-zborniku študentske konference, ki je dostopen na spletni strani fakultete. Hvala avtorjem, recenzentom, lektorjem in ocenjevalcem prispevkov ter tudi urednikoma zbornika. Čestitke vsem letošnjim nagrajencem za najboljše prispevke. Ob koncu mi dovolite, da se zahvalim vsem, ki ste doprinesli k organizaciji in izvedbi letošnje študentske konference.

izr. prof. dr. Gorazd Voga

dekan Fakultete za zdravstvene vede v Celju



Na FZV smo na letošnjo konferenco še posebej ponosni, saj poteka pod častnim pokroviteljstvom predsednice Republike Slovenije dr. Nataše Pirc Musar, ki bo udeležence nagovorila pred predajo ključa organizatorjem naslednje konference.

Vsem, ki so kakorkoli pripomogli k organizaciji konference, se iskreno zahvaljujemo, vam pa želim uspešen sestanek in prijetno bivanje v knežjem mestu.

Drage študentke in študentje, spoštovani gostje,

dobrodošli na 15. konferenci študentov s področja zdravstvenih ved. Letošnjo, kot zadnjo v drugem krogu, organiziramo zopet v Celju. Na konferenci sodelujejo študentje vseh 8 fakultet, ki bodo predstavili 48 strokovnih prispevkov.

Konferenca po nekaj viharnih pandemičnih letih poteka letos zopet v živo, kar omogoča neposredne medsebojne stike med študenti in učitelji slovenskih fakultet za zdravstvene vede. In prav med epidemijo smo lahko dodobra spoznali, kako neosebni in pomanjkljivi so stiki in komunikacija po spletu. Neposredne predstavitve svojega dela in javni ali osebni odzivi nanje poleg strokovnih informacij omogočajo tudi dozorevanje predavateljev in razpravljalcev in so dobra priprava za kasnejše vsakdanje delo, ki bo v veliki meri temeljilo na medsebojnih odnosih z bolniki in s sodelavci. Zaradi tega sem prepričan, da boste po končani konferenci bogatejši za strokovna spoznanja in bolj vešč v medsebojnem sporazumevanju.

izr. prof. dr. Andrej Starc

dekan Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani



Sodobna družba zahteva učenje v vseh življenjskih obdobjih. Tehnološki razvoj in potrebe po hitrem prilagajanju spremembam zahtevajo pridobivanje novega znanja in spretnosti. Vlaganje v znanje in usposabljanje postaja najzanesljivejša in najvarnejša naložba za posameznika, organizacije in družbo, saj omogoča konkurenčno prednost.

Zdravstvene institucije, kjer se zaposlujejo naši diplomanti, so kompleksni sistemi, raznoliki po svojem delovanju. Zaposleni organizaciji dajejo konkurenčno prednost s tem, kar znajo, kako to znanje uporabljajo in kako hitro se lahko naučijo kaj novega. Naši diplomanti se morajo za uspešno poklicno kariero izobraževati ter izpopolnjevati tudi po končanem formalnem izobraževanju. Narava poklica od njih zahteva permanentno spremljanje najnovejših spoznanj znanosti in stroke ter njihovo implementacijo v klinično okolje.

Pomena in skrbi za vseživljenjsko učenje svojih diplomantov se zavedamo tudi visokošolske institucije, zato ponudbo formalnih

programov izobraževanja dopolnjujemo s ponudbo formalnih in neformalnih oblik izpopolnjevanja, običajno v okviru centrov za vseživljenjsko učenje. Tovrstni izobraževalni dogodki so priložnost za vzdrževanje stikov fakultete z diplomanti, za povezovanje teorije in prakse.

Upamo, da študenti med izobraževanjem na fakulteti pridobijo zavedanje, da je razvoj kariere vseživljenjski proces, ki vključuje nenehno izobraževanje ter izpopolnjevanje, kar izoblikuje posameznika tako poklicno kot tudi osebnostno. Skozi študijski proces si prizadevamo, da jih opremimo z znanjem, kako analitično spremljati procese v delovnem okolju, kako kritično spremljati spoznanja znanosti in stroke ter jih upoštevati pri svojem delovanju.

Vodilna misel letošnje študentske konference je pomembna za prihodnost stroke. Želimo vam, da dogodek uspešno izpeljete in izkoristite prednosti ponovnega srečanja v živo.

izr. prof. dr. Mateja Lorber

dekanica Univerze v Mariboru Fakultete za zdravstvene vede



Spoštovane študentke in študenti!

Izobraževanje in vseživljenjsko učenje je temelj vsake družbe in predstavlja stalen proces za pridobivanje in prenos novega znanja in ugotovitev v prakso ter s tem prispeva k razvoju zdravstvenih ved. Z novim znanjem se odzivamo in prilagajamo na spremembe družbe, preko prepoznavanja potreb prebivalstva, ki se odražajo tudi s spremembami zdravstvenega sistema.

Na letošnji študentski konferenci boste preko svojih predstavitev izkazali svojo strokovno rast, s katero si utrjujete svojo profesionalno identiteto in pripadnost stroki ter na ta način podajate številne nove ideje in predloge za prihodnost in razvoj zdravstvenih ved.

Drage študentke in študenti, naj postane izobraževanje in vseživljenjsko učenje stalen proces na vaši življenjski in profesionalni poti v vseh življenjskih obdobjih, s katerim boste pridobivali znanja in spretnosti, potrebnih za krepitev zavedanja samega sebe, vaše vloge v življenju ter razvijanja pozitivnega odnosa do sebe in okolja.

Upam in želim, da bo študentski dogodek zaznamovan z uspešnostjo, sodelovanjem in izmenjavo znanja za prihodnost zdravstvene

stroke ter povezovanjem med študenti in visokošolskimi učitelji izobraževalnih institucij v Sloveniji.

Vsem udeležencem študentske konference želim uspešno delo, ki bo ostalo v spominu kot kreativno in prijetno druženje.

prof. dr. Nejc Šarabon

dekan Fakultete za vede o zdravju Univerze
na Primorskem



Osnovno poslanstvo izobraževalnih ustanov je odgovoren in kakovosten prenos znanja, vendar prenosa znanja ne bi bilo brez kontinuiranega raziskovanja in novih dognanj. Organizatorji letošnje 15. študentske konference s področja zdravstvenih ved, s pomenljivim naslovom *»Izobraževanje in vseživljenjsko učenje za razvoj zdravstvenih ved«*, so želeli poudariti pomen kontinuiranega vseživljenjskega učenja. S hitrim razvojem znanosti in tehnologij je pridobivanje novih znanj, spretnosti ter kompetenc nujno potrebno, če želimo kot strokovnjaki na področju zdravja in zdravega življenjskega sloga nuditi kakovostne in sodobne storitve. Taisto je v ljudskem jeziku lepo zapisal izolski kantavtor Drago Mislej - Mef v himni Univerze na Primorskem: *»Samo obstati ne smeš!«*, zato ostanite radovedni, iščite nove informacije, udeležite se nove ideje, četudi se včasih zdijo preveč visokoleteče.

Vsem udeležencem in organizatorjem konference želim uspešno izvedbo konference ter prijetno druženje.

doc. dr. Sanela Pivač

dekanja Fakultete za zdravstvo Angele Boškin



Spoštovani študentke in študenti, mentorice in mentorji, spoštovani organizatorji in gostje! Dobrodošli na letošnji študentski konferenci s področja zdravstvenih ved, ki nas že desetletje in pol povezuje pri raziskovanju, izmenjavi znanj in izkušenj ter tudi pri sproščnem druženju s sovrstniki iz slovenskih zdravstvenih fakultet. 15. obletnica hkrati potrjuje, da gre za prireditev, ki je našla trdno mesto med dogodki v slovenskem raziskovalno-izobraževalnem okolju ter je med deležniki prepoznana kot pomembna obogatitev v letnem koledarju. Verjamem, da bo tako tudi letos.

Letošnja nosilna tema, ki se navezuje na evropsko leto spretnosti, prinaša pomembno priložnost za razmislek o delovanju izobraževalnih inštitucij, študentov in visokošolskih učiteljev, raziskovalcev ter sistemov, tako danes, še bolj pa jutri, ki ga bodo na eni strani zaznamovale demografske spremembe, na drugi pa izjemno hiter napredek tehnologije in znanosti.

Kako torej biti uspešen v svetu, kjer bodo lahko računalniki vse bolj izvajali tudi tista

opravila in naloge, ki smo jih doslej pripisovali izključno človeški inteligenci? Kako skrbeti za osebni in profesionalni razvoj, ko znanje zastara hitreje kot kdaj koli prej in ko tisti, ki stopicajo na mestu, v svojem strokovnem razvoju dejansko hitro nazadujejo?

Živimo v času zelenega in digitalnega prehoda, ki so ju še pospešile pandemija, vojna v Evropi in vse bolj vidne posledice podnebnih sprememb. Vemo, da nas lahko digitalna orodja osvobodijo napornih in ponavljajočih se opravil ter tako izboljšajo učinkovitost, dostopnost in kakovost zdravstvene oskrbe, a samo v primeru, če jih bomo znali pravilno uporabljati. Kako se torej pripraviti na te izzive?

S spodbujanjem vseživljenjskega učenja, kjer si je Evropska komisija za cilj postavila, da se usposabljanja vsako leto udeleži vsaj 60 odstotkov odraslih. V Sloveniji smo pri vključenosti odraslih v izobraževanje pod evropskim povprečjem, prav tako se je vključenost v letu 2020 (verjetno zaradi epidemije) še precej znižala.

Spodbuda Evropske komisije za ponovni razmislek, kako spodbuditi vseživljenjsko učenje, torej prihaja v pravem trenutku. Verjamem, da boste s svojimi raznolikimi idejami in odkritji k temu prispevali tudi na tokratni konferenci.

Zahvaljujem se Fakulteti za zdravstvene vede v Celju, ki je poskrbela za organizacijo 15. študentske konference s področja zdravstvenih ved. Vsem udeleženkam in udeležencem želim prijetno in znanja polno konferenčno doživetje!

doc. dr. Nevenka Kregar Velikonja

dekanica Fakultete za zdravstvene vede
Univerze v Novem mestu



Spoštovani študentje,

Zdravstvena nega je, skupaj z medicino in ostalimi poklici na področju zdravstva, področje, ki se zelo hitro razvija. Ta razvoj prinaša družbi številne koristi, pa tudi izzive. Napredek znanosti in stroke namreč terja prilagajanje organizacije in usposobljen kader, ki te novosti implementira v zdravstveni sistem.

Naslov letošnje študentske konference "Izobraževanje in vseživljenjsko učenje za razvoj zdravstvenih ved" odraža zavedanje, da napredku na področju zdravstva lahko sledimo le s stalnim izobraževanjem in izpopolnjevanjem.

Na področju zdravstvene nege je stalno izobraževanje nujno, saj je potrebno za obnavljanje licence za delo. Pravilnik o specialnih znanjih, ki ga je sprejela Zbornica - Zveza, daje podlago za formalizacijo izobraževanj na nekaterih specifičnih področjih dela v zdravstveni negi. Čedalje več zaposlenih v zdravstveni negi in drugih

poklicih na področju zdravstva se izobražuje tudi na podiplomski stopnji študija. Ob naraščajočih delovnih obremenitvah sicer številnim zmanjka časa in motivacije za dodatna izobraževanja, vendar smo ob navedenem lahko prepričani, da se kultura vseživljenjskega učenja pri zaposlenih v zdravstvu krepi.

Želim vam, da boste tudi po zaključenem študiju našli motivacijo za izobraževanje in raziskovalno delo, da boste s tem krepili svoje kompetence, ki vam bodo omogočale delati tako, da bo vsak posameznik deležen čim boljše obravnave. Dobro in strokovno delo vam bo prineslo zaupanje vaših sodelavcev in pacientov, to pa je glavnih temeljev, da boste pri delu zadovoljni in ga z veseljem opravljali. Čestitam vam za sodelovanje na študentski konferenci in vam želim uspešno poklicno pot!

zasl. prof. dr. Ludvik Toplak

predsednik Alma Mater Europaea – ECM



Spoštovane študentke in študenti
zdravstvenih ved!

Najprej čestitam študentkam in študentom Fakultete za zdravstvene vede v Celju za organizacijo letošnje konference posvečene aktualnemu vprašanju »Izobraževanje in vseživljenjsko učenje za razvoj zdravstvenih ved».

Ponovim zadovoljstvo, da študenti dajete dober vzgled, da organizirate skupno konferenco vseh zdravstvenih fakultet v Sloveniji, brez razlike glede statusa ali regije. Vsi študirate po evropsko usklajenem, akreditiranem programu s primerljivo vsebino, glede obsega in nivoja študija, glede kakovosti učiteljev in zahtevane infrastrukture in vsi ste posvetili svoj študij za humani poklic na področju zdravstva.

Novi časi, nove tehnologije, nova znanstvena spoznanja ter nove metode zdravljenja zahtevajo od zdravstvenih delavcev organizirano in redno izobraževanje ter vseživljenjsko učenje, da bi tako mogli odgovoriti na izzive tudi novo odkritih bolezni.

Glede na to, da sodobne komunikacije, nove tehnologije, internacionalizacija znanja in trga na eni strani silijo k poenotenju in harmonizaciji študijskih programov v Evropi, na drugi strani pa v diferenciacijo akademskih disciplin s specializacijami, je prav, da se stroka, teorija in politika v Sloveniji, tudi na področju zdravstvenih ved, jasno opredeli za implementacijo Bolonjskega procesa tudi v Sloveniji, tako kot je to že uresničeno pri zdravstveni negi. Le tako se boste študenti lahko vključili v internacionalizacijo izobraževanja, s tem pa v izmenjavo znanj in izkušenj v Evropi. V izobraževalnem procesu v zdravstvenih programih je izjemno pomembna strokovna praksa, kar zahteva veliko napora učiteljev in mentorjev, da tako prenašajo znanje in izkušnje na mlade rodov, zato jim gre posebna zahvala.

V imenu Alma Mater Europaea – ECM, ki izvaja zdravstvene programe na vseh treh bolonjskih stopnjah, želim uspešno sodelovanje med študenti in učitelji tudi v bodoče, konferenci pa uspešno delo.

prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik

dekanica Fakultete za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec



Da bi bili na tekočem z novimi dokazi in smernicami, ki se nenehno razvijajo, se morajo zdravstveni delavci nenehno strokovno izpopoljevati. V ta namen so strokovne organizacije opredelile vseživljenjsko učenje kot temeljno kompetenco v zdravstvenih poklicih. Hiter razvoj inteligentnih tehnologij skupaj s trendi ostajanja doma v obdobju pandemije po covidu-19 je močno spremenil zdravstveno vedenje mladih in preoblikoval življenjski slog. Digitalne zdravstvene tehnologije se vedno bolj uporabljajo med

mladimi, vendar pa je malo znanega o njegovih posledicah na njihovo zdravje, zato so potrebne raziskave za osvetlitev tega pojava. Visokošolskim zavodom se priporoča, da zagotovijo usposabljanje, ki študentom omogoča, da postanejo vseživljenjsko naravnani, študente usmerjajo k nenehnemu izobraževanju in k vseživljenjskemu učenju na različnih stopnjah izobraževanja in kariernega kontinuuma.

Primeri dobrih praks so prav gotovo že tradicionalne študentske konference s področja zdravstvenih ved. Letos poteka že petnajsta in tokrat jo organizira Fakulteta za zdravstvene vede v Celju.

Verjamem, da se bo na konferenci izmenjalo veliko primerov dobrih praks in da bo konferenca ostala v lepem spominu tako študentom, kakor visokošolskim učiteljem.

PRISPEVKI ŠTUDENTSKE KONFERENCE



ZNANJE, KI GA POTREBUJEJO NEFORMALNI OSKRBOVALCI ZA OSKRBO OSEB S STANJEM DEMENCE V DOMAČEM OKOLJU

KNOWLEDGE NEEDED BY INFORMAL CARERS TO CARE FOR PEOPLE WITH DEMENTIA IN THE HOME ENVIRONMENT

**Polona Moličnik, mag. zdr. in soc. ved, mag. ekon. in posl. ved
prof. dr. (Republika Finska) Danica Železnik**

Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec
polonamolicnik@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Demenca je bolezen, ki poteka pri vsaki osebi drugače. Za obravnavo starejših oseb z demenco so potrebna posebna znanja. Namen raziskave je bil ugotoviti primanjkljaj znanja neformalnih oskrbovalcev oseb s stanjem demence v domačem okolju in predstaviti izobraževalni program za njihovo oskrbo.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativni metodi. Primarni viri so pridobljeni z anketnim vprašalnikom, razvitim za potrebe raziskave. Sekundarni viri so zbrani s podatkovnih baz COBISS, PubMed, Google Scholler, Springer Link, CINAHL in ProQuest. Podatki so analizirani, statistično obdelani ter grafično in tabelarično prikazali s pomočjo programov Microsoft Excel 2016 ter IBM SPSS Statistics 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 2016). Uporabljen je namenski vzorec 126 neformalnih oskrbovalcev oseb s stanjem demence iz Koroške regije.

Rezultati: Pogostost pomoči pri opravljanju aktivnosti ni odvisna od tega, ali je oskrbovalec posameznikov sorodnik ali ne. Potreba po različnih znanjih o napredovanju demence in drugih znanjih povezanih z njo je statistično značilno prisotna. Posamezniki, ki osebi s stanjem demence pomagajo krajše časovno obdobje imajo statistično značilno večjo prisotno potrebo po znanjih. Obremenjenost anketirancev je visoka. Prisotna je večja potreba po znanju pri anketirancih ki doživljajo strah pred demenco.

Diskusija in zaključek: Glede na rezultate raziskave sklepamo, da je najboljši mogoči pristop v trenutnih razmerah glede posredovanja znanja neformalnim oskrbovalcem oseb s stanjem demence, individualni pristop strokovnih delavcev Zdravstvenovzgojnih centrov ali Centrov za krepitev zdravja. Upoštevati moramo, da se razvijajo novejši pristopi in metode tako pri odkrivanju kakor tudi pri obravnavi oseb s stanjem demence.

Ključne besede: demenca, neformalni oskrbovalci, izobraževanje, svetovanje

ABSTRACT

Introduction: Dementia is a disease that progresses differently in each person. Special skills on how to treat elderly patients with dementia are needed. The aim of this study was to identify the

knowledge deficit of informal caregivers of people with dementia in the home environment and to present an educational programme for their care.

Methods: This research is based on a quantitative method. Primary sources were obtained with a questionnaire developed for the purpose of the study. Secondary sources were collected from COBISS, PubMed, Google Scholar, Springer Link, CINAHL and ProQuest databases. Data were analysed, statistically processed and presented via graphs and tables, using Microsoft Excel 2016 and IBM SPSS Statistics 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 2016). A purposive sample of 126 informal caregivers of people with dementia from the Carinthia region was used.

Results: The frequency with which caregivers provide help with activities does not depend on whether the caregiver is a relative or not. The need for different knowledge about dementia progression and other dementia-related knowledge is statistically significant. Individuals who help the person with dementia for a shorter period have a statistically significantly higher need for knowledge. The burden of respondents is high. There is a greater need for knowledge among respondents who experience fear of dementia.

Discussion and conclusion: Based on the results of the research, we conclude that the best possible approach in the current situation regarding the provision of knowledge to informal caregivers of people with dementia is an individual approach by professionals from Health Education Centres or Health Promotion Centres. It should be kept in mind that newer approaches and methods are being developed both for the detection and treatment of people with dementia.

Keywords: dementia, informal caregivers, education, counselling

1 UVOD

Na svetu je vsako leto 9,9 milijona novih primerov demence, od tega 2,5 milijona v Evropi. Leta 2015 je bilo ocenjeno, da po vsem svetu živi 47,5 milijona ljudi z demenco. Demenca je sindrom, ki ga povzročajo nevrodegenerativne bolezni, ki vplivajo na spomin, mišljenje, vedenje in sposobnost opravljanja vsakodnevnih dejavnosti. Med starejšimi odraslimi je ta skupina bolezni eden glavnih vzrokov invalidnosti in odvisnosti, zato osebe z demenco pogosto potrebujejo dolgotrajno ali stalno oskrbo (Teles idr., 2020).

Več kot 44 milijonov družinskih članov, sosedov, prijateljev in znancev po vsej Evropi skrbi za obolele, bolne ali invalidne svojce, prijatelje in znance. Z delom, ki ga opravljajo, zagotavljajo kar med 70 in 90 % oskrbe. Na nivoju Slovenije je to vsak deseti posameznik. Ocenjuje se, da se je v času epidemije koronavirusa to število še povečalo, s tem pa seveda tudi težave, s katerimi se soočajo.

Kakovostna oskrba osebe s stanjem demence ne pomeni le to, da ji zagotavljamo stoddostotno varnost, temveč pomeni oskrbo, ki temelji na individuumu in je vanjo vpleten multidisciplinaren tim, vključno z neformalnimi oskrbovalci (Ramovš idr., 2018).

Obremenitve, ki jih doživljajo neformalni oskrbovalci, so večplastne. Pojavljajo se na različnih življenjskih ravneh. Obremenitve, ki jih bomo opisovali, so tako fizične, psihične kot tudi ekonomske in socialne. Vse omenjene so lahko neformalnemu oskrbovalcu nevarne za njegovo zdravje. Glede na zahtevno odgovornost življenja, ki jo kronične bolezni prinesejo v naš vsakdan, se vseeno vprašamo, čemu. Obstajajo namreč tudi pozitivni učinki, ki nastanejo pri neformalnih oskrbovalcih oseb s stanjem demence. Naloga strokovnih delavcev v zdravstvu je vsekakor tudi to, da neformalnim oskrbovalcem pomagamo prepoznati in negovati te pozitivne učinke ter tako razširiti poslanstvo preventive, s katero lahko preprečimo ali dolgoročno odložimo razvoj določenih bolezni v prihodnje. Vsi, tako zdravstveni delavci, socialni oskrbovalci kakor tudi neformalni oskrbovalci, imajo določeno vlogo pri oskrbi osebe s stanjem demence. Vsi lahko pozitivno vplivajo na pacientove spremembe. Poglavitni so: predanost delu, vložen čas in namenjena pozornost pacientu (Reeves, Causton & Hurt, 2017).

Ugotovitve raziskave avtorjev Lethin idr. (2015) kažejo, da je družinskim pomočnikom, ki se znajdejo v vlogi neformalnih oskrbovalcev, v veliko pomoč, da sodelujejo s formalnimi oskrbovalci, saj se tako bolje prilagodijo potrebam, ki jih posameznik izkazuje, in tako zagotovijo celovito in kakovostno oskrbo oseb z demenco v domačem okolju (Lethin idr., 2015). Cajnko (2018) navaja, da samo informacije o demenci niso dovolj, temveč se moramo sprijazniti, sprejeti in tudi pomagati ljudem s stanjem demence.

2 METODE

Raziskava temelji na kvantitativni metodi. Primarne vire smo pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, razvitega za potrebe naše raziskave. Na osnovi prebrane literature, smo z metodo deskripcije pojasnili osnovne pojme. Uporabili smo tudi metodo komparacije in tako med seboj primerjali različne vire. Z metodo kompilacije smo vire tudi povzemali. Sekundarne vire smo zbirali s pomočjo pregleda verodostojnih virov ter strokovnih in znanstvenih člankov slovenskih in tujih avtorjev (Obzornik zdravstvene nege) ter internetnih virov (baze podatkov COBISS, PubMed, Google Scholler, Springer Link, CINAHL in ProQuest).

Kot merski instrument za zbiranje primarnih virov smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda, analize in sinteze strokovnih člankov (Kavšek (2021), Lipar (2017), Flogie (2013) idr.). V uvodnem delu smo anketiranim pojasnili način in vzrok zbiranja podatkov, anonimnost, prostovoljnost sodelovanja, način izpolnjevanja vprašalnika ter vračanja izpolnjenih vprašalnikov. Anketni vprašalnik smo, pred izvedbo ankete, testirali na manjšem številu anketiranih (n = 10) in ga, glede na dobljene rezultate, po potrebi dopolnili oz. spremenili.

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Anketirali smo neformalne oskrbovalce oseb s stanjem demence iz Koroške regije. Do neformalnih oskrbovalcev smo pristopili s pomočjo Pomoči na domu Doma starejših na Fari, Doma starejših na Fari, Koroškega doma starostnikov Črneče ter Zdravstvenega doma Ravne na Koroškem. Neformalni oskrbovalci so do vprašalnika

lahko dostopili tako preko spleta kot tudi v papirnati obliki. V raziskavo smo vključili 126 neformalnih oskrbovalcev.

3 REZULTATI

Za analizo podatkov smo oskrbovalce ločili na skupino tistih, ki so z osebo s stanjem demence v sorodstvenem razmerju, in tiste, ki niso. Prvo skupino je predstavljalo 116 (92,1%) anketirancev drugo pa 10 (7,9 %). Ker skupini nista bili enako zastopani in ker so porazdelitve odgovorov na postavke odstopale od normalne ($p < 0,001$), smo za testiranje razlik med skupinama uporabili neparametričen Mann-Whitneyjev U test.

Tabela 1: Testiranje razlik v pogostosti pomoči glede na sorodstveno/nesorodstveno razmerje oskrbovalca in posameznika s stanjem demence

	Sorodstveno razmerje ($N = 116$)		Nesorodstveno razmerje ($N = 10$)		Mann-Whitney	
	M	SD	M	SD	U	p
Pomoč pri finančnih opravilih	3,10	1,36	2,50	1,41	435,50	0,19
Finančna podpora.	2,91	1,66	2,10	1,45	421,50	0,14
Nakupovanje.	3,28	1,36	2,90	1,52	501,50	0,46
Pomoč pri osnovnih opravilih	2,68	1,24	2,83	1,84	565,00	0,89
Nega telesa (umivanje celega ali le dela telesa).	2,73	1,52	2,80	1,99	564,50	0,89
Oblačenje in slačenje.	2,98	1,44	2,80	1,99	526,50	0,62
Vzdrževanje pripomočkov za oskrbo (invalidski voziček, hojica, slušni aparat, proteza ...).	2,77	1,44	2,80	1,81	576,00	0,97
Gospodinjstva opravila (čiščenje, postiljanje).	3,18	1,58	3,20	1,75	574,00	0,96
Uporaba stranišča in kopalnice.	2,48	1,54	2,80	1,99	547,50	0,76
Kuhanje samo za osebo.	2,42	1,45	2,70	1,77	532,00	0,65
Hranjenje.	2,18	1,50	2,70	1,89	504,00	0,46
Pomoč pri hoji	2,69	1,30	2,50	1,29	530,00	0,65
Pomoč pri hoji znotraj hiše/stanovanja.	2,61	1,44	2,40	1,71	518,00	0,56
Pomoč pri hoji izven doma.	2,77	1,37	2,60	1,08	550,00	0,78
Pomoč pri preživljanju prostega časa in opravkih	2,35	0,89	2,38	0,88	556,00	0,83
Igranje miselnih iger za krepitev spomina.	2,41	1,31	2,40	1,17	566,00	0,90
Ustvarjalno preživljanje prostega časa (npr.: slikanje, risanje, petje ...).	2,20	1,29	2,60	1,17	454,50	0,24

	Sorodstveno razmerje (N = 116)		Nesorodstveno razmerje (N = 10)		Mann-Whitney	
	M	SD	M	SD	U	p
Označevanje bistvenih informacij (npr.: na steno napišemo aktualni datum).	2,31	1,23	2,70	1,34	479,00	0,34
Sprehajanje.	2,63	1,37	2,60	1,08	567,00	0,90
Spremljanje pri opravkih (pošta, banka, zdravnik ...).	1,99	1,15	2,00	1,33	564,00	0,88
Informiranje o demenci (pri zdravstvenih delavcih, prijateljih, društvih ...).	2,55	1,14	2,00	1,15	431,00	0,17
Pomoč pri obvladovanju simptomov demence	1,90	1,10	1,70	1,03	524,50	0,60
Zaklepanje vrat njegove/njene spalnice ali stanovanja.	2,05	1,49	1,60	1,08	498,50	0,40
Opravičevanje drugim ljudem zaradi neprimerne vedenja osebe.	1,74	1,07	1,80	1,14	569,50	0,92

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Predvidevali smo, da bodo pomoč pogosteje nudili tisti, ki so z obolelimi v sorodstvenem razmerju, a se to ni izkazalo, saj nobena p vrednost Mann-Whitneyjevega testa ni bila statistično značilna, kar lahko vidimo v Tabeli 5 ($p > 0,05$). Povzamemo lahko, da pogostost pomoči pri opravljanju aktivnosti ni odvisna od tega, ali je oskrbovalec posameznikov sorodnik ali ne.

Število aktivnosti, pri katerih posamezniki nudijo pomoč pogosto oz. 3–5x tedensko, je nihalo med nič in 19, v povprečju pa je bilo tovrstnih aktivnosti pet ($M = 4,90$; $SD = 5,04$). Ker se je vsak udeleženec opredelil zgolj za eno institucijo, od katere bi želel pomoč, informacije in znanje za oskrbo osebe s stanjem demence, hipoteze dve nismo mogli preverjati, kot je bila zastavljena. Preverili pa smo, ali prihaja do pomembnih razlik v številu aktivnosti glede na to, pri katerih institucijah bi želeli pomoč, kar smo zaradi neenake zastopanosti v skupinah in nenormalno porazdeljenih podatkov ($p < 0,001$) naredili s pomočjo Kruskal-Wallisovega testa.

Tabela 2: Testiranje razlik v izbiri preferirane institucije glede na število aktivnosti, pri katerih nudijo pomoč

	M	SD	N
Socialne službe.	0,00	0,00	2
Zdravstva (centri za krepitev zdravja, zdravstvenovzgojni centri, patronaža, osebni zdravniki ...).	5,33	5,15	90
Dom starejših – Pomoč na domu.	3,90	4,80	29
Pomoči ne želim.	4,80	4,55	2

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Ugotovili smo, da glede na preferiranje ustanove, ki bi nudila pomoč, ne prihaja do statistično pomembnih razlik v številu aktivnosti, pri katerih udeleženci nudijo pomoč ($\chi^2 = 5,477, p = 0,14$). Na opisni ravni lahko rečemo, da tisti, ki pomagajo z največjim naborom aktivnosti, v večji meri iščejo informacije in pomoč na strani zdravstva ter pomoč iz domov starejših oz. pomoči na domu. (Tabela).2

Zaradi nenormalno porazdeljenih odgovorov na postavke ($p < 0,001$) smo rezultate testirali z neparametričnim Wilcoxonovim testom predznačenih rangov, s katerim smo preverjali, ali ocenjene vrednosti pri naštetih področjih pomembno odstopajo od nevtralne vrednosti 3, ki ocenjuje občasno potrebo po znanju na posameznem področju. Višje povprečne vrednosti opisujejo nižjo potrebo po znanjih.

Tabela 3: Ocena prisotnosti potrebe po določenih znanjih

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Prepoznati pričetek demence.	2,85	1,59	0,45
Napredovanje demence.	1,91	1,36	0,00
Kako lahko pomagam preprečiti hitro napredovanje bolezni?	1,71	1,28	0,00
Kako lahko obvladam svoja čustva?	2,71	1,59	0,06
Kako naj se soočim s stresom?	2,61	1,51	0,01
Zapolniti in organizirati dneve.	3,07	1,33	0,61
Kako naj zagotovim dobro prihodnost?	2,48	1,31	0,00
Kako naj se sprostim?	2,98	1,54	0,99
Komu lahko zaupam svoje težave?	3,52	1,79	0,00
Kdo mi lahko poda nasvet glede domov za starejše?	3,00	1,73	0,65
Kaj je osebna asistenca?	2,15	1,40	0,00
Kako naj najdem nekoga, ki mi bo pomagal pri oskrbi?	2,13	1,58	0,00
Ali lahko naredim še karkoli več za osebo?	2,09	1,34	0,00

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Iz Tabele 3 lahko razberemo, da je potreba po znanjih o napredovanju demence, o preprečevanju hitrega napredovanja bolezni, o soočanju s stresom, o zagotavljanju dobre prihodnosti in poznavanju osebne asistence, iskanju pomoči ter o maksimalnem nudenju pomoči osebi s stanjem demence statistično značilno prisotna, kar potrjujejo *p* vrednosti manjše od 0,05. Visoko prisotno je znanje o tem, komu lahko zaupajo svoje težave, saj povprečna vrednost odstopa v drugo smer.

Predvidevali smo, da posamezniki, ki osebi s stanjem demence pomagajo krajše časovno obdobje, bodo ocenjevali statistično značilno večjo prisotno potrebo po določenih znanjih kot osebe, ki s posamezniki z demenco delajo že dlje časa.

Zaradi odstopanja porazdelitve odgovorov od normalne vrednosti ($p < 0,001$) smo povezanost preverjali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije.

Tabela 4: Spearmanovi koeficienti korelacije med časovnim obdobjem pomoči in potrebo po določenih znanjih

	Leta oz. časovno obdobje pomoči
Prepoznati pričetek demence.	0,207*
Napredovanje demence.	0,054
Kako lahko pomagam preprečiti hitro napredovanje bolezni?	0,004
Kako lahko obvladam svoja čustva?	0,150
Kako naj se soočim s stresom?	0,209*
Zapolniti in organizirati dneve.	0,198*
Kako naj zagotovim dobro prihodnost?	0,176*
Kako naj se sprostim?	0,205*
Komu lahko zaupam svoje težave?	0,341**
Kdo mi lahko poda nasvet glede domov za starejše?	0,244**
Kaj je osebna asistenca?	-0,080
Kako naj najdem nekoga, ki mi bo pomagal pri oskrbi?	-0,080
Ali lahko naredim še karkoli več za osebo?	0,011

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Ugotovili smo, da imajo posamezniki, ki osebi s stanjem demence pomagajo krajše časovno obdobje, značilno večjo prisotno potrebo po znanjih o prepoznavanju začetka demence, soočanju s stresom, organiziranju dnevov in zagotavljanju prihodnosti, lastnem sproščanju, najbolj pa glede tega, kam se obrniti po nasvete glede domov za starejše in kdo so osebe, ki bi jim lahko zaupali svoje težave. Povezanosti so nizke, a značilne, zato hipotezo 4 sprejmemo.

Udeleženci so v splošnem poročali o visoki obremenjenosti. V Tabeli 5 lahko vidimo, da je posameznik, ki je poročal o najvišji stopnji obremenjenosti, poročal tudi o tem, da ne želi, da oseba ostane v domači oskrbi. Posamezniki, ki so prav tako ocenjevali visoko stopnjo obremenjenosti, pa na željo osebe z demenco, želijo, da le-ta ostane v domačem okolju. Tisti z najnižjo oceno obremenjenosti želijo, da bi bile osebe kar se da dolgo v domači oskrbi.

Razlike med skupinami smo zaradi odsotnosti normalne porazdelitve ($p < 0,001$) in neenako zastopanih skupin testirali s pomočjo Kruskal-Wallisovega testa, ki ni bil statistično značilen ($\chi^2 = 6,63, p = 0,09$). Vsi oskrbovalci so visoko obremenjeni, zato obremenjenost ne odloča o želji po domači oskrbi osebe z demenco.

Tabela 5: Testiranje razlik v preferiranju domače oskrbe glede na stopnjo obremenjenosti

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Seveda, želim si (želel/a sem si), da je kar se da dolgo v domači oskrbi!	3,63	0,95	64
Čeprav si želim, da bi ostal/a doma, sem preobremenjen/a in si želim, da bi jo/ga sprejeli v dom za starejše ...	3,94	0,98	36
Ne, ne želim, da ostaja v domači oskrbi! (Nisem želel/a, da ostaja v domači oskrbi.)	5,00	/	1
Tudi če sem preobremenjen/a, si želim, da ostane v domačem okolju, ker si on/a ne želi v dom za starejše ...	4,08	0,91	25

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Udeležence smo razdelili v skupino tistih, ki so poročali, da jih je čedalje bolj strah, da bi se demenca pojavila pri njih, in skupino tistih, ki tega ne doživljajo. Prvih je bilo 52, kar predstavlja 41,3 % vzorca, drugih pa 74, kar predstavlja 58,7 %.

Iz Tabele 6 lahko razberemo, da med zaskrbljenimi in tistimi, ki to niso, prihaja do pomembnih razlik na področju zapolnitve in organiziranja dnevov ter zagotavljanja dobre prihodnosti. Večja potreba po znanju na omenjenih področjih je prisotna pri posameznikih, ki doživljajo strah pred demenco.

Tabela 6: Testiranje razlik v potrebi po specifičnih znanjih glede na doživljanje strahu pred demenco

	Strah pred demenco (N = 52)		Ni strahu pred demenco (N = 74)		Mann-Whitney <i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Prepoznati pričetek demence.	2,77	1,55	2,91	1,61	1.837,00	0,66
Napredovanje demence.	1,77	1,25	2,00	1,44	1.774,00	0,41
Kako lahko pomagam preprečiti hitro napredovanje bolezni?	1,50	1,08	1,85	1,39	1.644,00	0,11
Kako lahko obvladam svoja čustva?	2,58	1,46	2,81	1,69	1.824,00	0,61
Kako naj se soočim s stresom?	2,40	1,36	2,76	1,60	1.725,50	0,31
Zapolniti in organizirati dneve.	2,69	1,06	3,34	1,44	1.438,50	0,01
Kako naj zagotovim dobro prihodnost?	2,17	1,12	2,69	1,39	1.529,50	0,04
Kako naj se sprostim?	2,75	1,23	3,14	1,71	1.729,50	0,32
Komu lahko zaupam svoje težave?	3,44	1,78	3,58	1,81	1.828,50	0,63
Kdo mi lahko poda nasvet glede domov za starejše?	3,04	1,76	2,97	1,71	1.886,50	0,85
Kaj je osebna asistenca?	2,04	1,20	2,23	1,52	1.879,00	0,81
Kako naj najdem nekoga, ki mi bo pomagal pri oskrbi?	2,10	1,54	2,15	1,63	1.914,50	0,96

	Strah pred demenco (N = 52)		Ni strahu pred demenco (N = 74)		Mann-Whitney U	p
	M	SD	M	SD		
Ali lahko naredim še karkoli več za osebo?	1,92	1,20	2,20	1,43	1.737,50	0,33

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

4 RAZPRAVA

Rezultati raziskave pokažejo, da pomoč zdravstva (centri za krepitev zdravja, zdravstvenovzgojni centri, patronaža, osebni zdravniki ...) udeležencem raziskave pomeni največ, saj jih je kar 71,4 % poročalo, da bi od njih želeli prejemati pomoč, informacije in znanje o oskrbi oseb s stanjem demence, saj imajo največ strokovnega znanja o bolezni, jim zaupajo, ker imajo največ izkušenj in kompetenc in poznajo širok spekter pomoči. Če bi centri za krepitev zdravja ali zdravstvenovzgojni centri zdravstvenih domov organizirali izobraževanja in svetovanja, bi večina, natančneje 68,3 % udeležencev raziskave izbrala obliko individualnega svetovanja pri sebi doma, kjer bi strokovni delavci lahko spoznali njihova življenja in življenje osebe s stanjem demence. Izpostavljeno je bilo kot glavna prednost.

Glede na rezultate lahko sklepamo, da je najboljši mogoči pristop v trenutnih razmerah individualni pristop strokovnih delavcev Zdravstvenovzgojnih centrov ali Centrov za krepitev zdravja. Osredotočamo se torej na preventivo in svetujemo Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje za dopolnitev presejalnih programov, ki so trenutno vezani na programe Svit, Dora in Zora, da se vzpostavi preventivni presejalni program tudi za demenco. Slednji se seveda naj razvijejo s pomočjo strokovnjakov, ki so trenutno že vpeti v delo in raziskovanje demence tako pri nas kakor v tujini. Upoštevati moramo, da se razvijajo novejši pristopi in metode tako pri odkrivanju kakor tudi pri poznejši obravnavi oseb s stanjem demence.

V strokovni literaturi je zaznati, da so metode za ohranjanje sposobnosti opravljanja osnovnih vsakodnevnih življenjskih aktivnosti: bazalna stimulacija, spominjanje, biografska metoda, senzorne terapevtske aktivnosti, snoezelen ter metoda, ki je podrobneje opisana tudi v našem delu – montessori. Izjemnega pomena so nenehno izobraževanje in strokovno dopolnjevanje ter povezovanje vseh strokovnih delavcev vpletenih v obravnavo oseb s stanjem demence. Velik manko je tukaj viden pri sodelovanju strokovnjakov na področju demence, zaposlenih v primarnem zdravstvenem varstvu in domovih za starejše ... Prepričani smo, da neformalni oskrbovalci potrebujejo izobraževanje, zato podajamo nekaj smernic, na podlagi katerih razvijamo program.

V pristopu strokovnih delavcev (diplomiranih medicinskih sester s specialnimi znanji, psihologov in delovnih terapevtov) pripravimo sklop individualnih svetovanj na domu osebe s stanjem demence.

- I. Prvo srečanje naj poteka v domačem okolju osebe s stanjem demence, kjer se strokovnjak poglobi v življenje tako osebe s stanjem demence kot tudi neformalnega oskrbovalca in z obema opravi pogovor. Na podlagi pogovora strokovnjak zabeleži življenjsko zgodbo, ki mu pomaga pri obrazložitvi vedenjskih vzorcev oziroma razloži, kako izkušnje iz njegove preteklosti vplivajo na trenutno stanje. Na podlagi pridobljenih življenjskih zgodb in izkušnje iz okolja, v katerem osebi bivata, pripravi osebni načrt individualne obravnave primera.
- II. Drugo srečanje naj bo namenjeno praktičnemu usposabljanju neformalnih oskrbovalcev za življenje z osebo s stanjem demence. Pogovor je vezan na prilagoditev okolja osebi s stanjem demence, komunikaciji (ki bo odnos obogatila in izboljšala kakovost življenja tako neformalnemu oskrbovalcu kakor tudi osebi s stanjem demence), prikazu različnih pristopov oz. metod (tudi alternativnih oz. tistih, za katere je strokovnjak usposobljen in smatra, da bi bile primerne za aktualen primer) vsakodnevnih aktivnosti, ki jih lahko neformalni oskrbovalec uporabi ob stiku z osebo s stanjem demence.
- III. Tretje srečanje naj bo namenjeno obnovitvi prejšnjega srečanja in prostoru za vprašanja, ki se morda pojavljajo v očeh neformalnega oskrbovalca ali osebe s stanjem demence. Tretje srečanje naj bo tudi namenjeno tehnikam sproščanja, ki se predstavijo neformalnemu oskrbovalcu.
- IV. Četrto srečanje naj bo namenjeno organiziranju časa neformalnega oskrbovalca in usmerjanju do nujnih informacij in kontaktov, ki jih bo oseba v nadaljnje potrebovala.
- V. Peto srečanje naj bo izvedeno vsaj mesec dni od zadnjega srečanja. V zadnjem srečanju se odprejo teme pogovora: Kako vam gre? Ali zaznate kakšne spremembe pri vas ali pri osebi s stanjem demence? Ali veste, kako odreagirati? Kako se počutite vi? Ali skrbite za svoje blagostanje?

5 ZAKLJUČEK

V letu 2023 zdravilo, ki bi povsem ozdravilo osebo s stanjem demence, še ne obstaja, je pa ključno zgodnje odkrivanje bolezni, saj jo lahko precej upočasnimo.

Dejavnik tveganja, ki je trenutno največji, je starost, se pa pojavlja vedno več primerov, ko osebe zbolijo pred 65. letom. Drugi dejavniki tveganja, ki izstopajo, so: nižja stopnja izobrazbe, zmanjšana miselna aktivnost in socialna izključenost (Zlobec idr., 2018, str. 10).

Vemo, da demenca ne prizadene samo osebe s stanjem demence, ampak tudi tiste, ki za to osebo skrbijo. Za eno osebo s stanjem demence v povprečju skrbijo vsaj trije ljudje. Bolezen lahko povzroča čustveno stisko, finančno breme in ob dolgoletni oskrbi pripelje tudi do izgorevanja in družbene izolacije (Snoj Kumlanc, 2020).

V delu smo velikokrat poudarjali, kako pomembno je pravo znanje v pravem trenutku, tako za osebo s stanjem demence kakor tudi za neformalnega oskrbovalca. Avtorici Kejžar in Jenko (2020) posebej poudarita, da je za družinske člane oz. za neformalne oskrbovalce (kot tudi vse druge ljudi v socialni mreži osebe s stanjem demence), zelo pomembno, da se o sami bolezni čim boljše poučijo, da se opolnomočijo s potrebnimi znanji, da vse pomembne storitve načrtujejo vnaprej, da poskrbijo za svoje zdravje, da vzdržujejo medosebne odnose in poiščejo pomoč oz. zunanjo mrežo, kjer lahko delijo svoje občutke in misli.

Demenco bi lahko opredelili kot epidemijo sodobnega časa, zato sta nujno potrebna čimprejšnje ukrepanje, tako z novimi preventivnimi presejalnimi programi kakor tudi z izobraževanjem strokovnih delavcev na vseh področjih zdravstva (ZVC, CKZ, dipl. med. sestre v družinski medicini, patronaža, centri za duševno zdravje ...), ter praktični prenos tega znanja neformalnemu oskrbovalcem. Previdni pa moramo biti v posledicah obremenitve, ki jih lahko čutijo neformalni oskrbovalci, in na razvoj novih kronično nenalezljivih bolezni.

LITERATURA IN VIRI

1. Cajnko A. (2018). *Demenca, moja učiteljica: Druga dopolnjena izdaja*. Mokronog: Založba Muck Blažina.
2. Kejžar A. & Jenko N. (2020). *Vsak dan znova: Knjiga o demenci*. Radovljica: Založba Didakta.
3. Lethin C., Hallberg I.R., Karlsson S. & Janlöv, A. (2015). Family caregivers experience of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scand J Caring Sci*;2016;30;526-534. Dostopno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12275> (29. 5. 2022).
4. Ramovš J., Rant M., Ramovš M., Grebenšek T. & Ramovš A. (2018). Družinski in drugi neformalni oskrbovalci v Sloveniji. Dostopno na: <http://www.inst-antontrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=1845> (25. 5. 2022).
5. Reeves H., Causton A. & Hurt M. (2017). Dementia care is everyone's business. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2017;7 (Suppl 2): A1-A120. Dostopno na: https://spcare.bmj.com/content/7/Suppl_2/A45.1 (28. 5. 2022).
6. Snoj Kumlanc N. (2020). Demenca in z njo povezan pogled sorodnikov na minljivost življenja (*magistrska naloga, Fakulteta za socialno delo*). Dostopno na: <https://repozitorij.uni-lj.si/lzpisGradiva.php?id=116063> (28. 5. 2022).
7. Teles S., Ferreira A., Seeher K., Fréel & Paúl C. (2020). Online training and support program (iSupport) for informal dementia caregivers: *protocol for an intervention study in Portugal*. Dostopno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1364-z> (29. 5. 2022).
8. Zlobec L.Š., Krivec D., Bastarda M., Virant A., Jurjevič M., Hojan V., Tratnik L. & Jurinčič H. (2018). *Demenci prijazne točke: Vzpostavitev mreže demenci prijaznih točk v okviru oblikovanja demenci prijaznega okolja*. Ljubljana.

OSAMLJENOST STAREJŠIH ODRASLIH PO IZGUBI PARTNERJA

LONELINESS IN OLDER ADULTS AFTER LOSS OF A PARTNER

Mojca Rak Matjaž, dipl. m. s. (VS)

doc. dr. Boris Miha Kaučič

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za paliativno oskrbo

mojca.matjaz28@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Raziskati smo želeli osamljenost starejših odraslih po smrti partnerja in ugotoviti, kako na prebolevanje vpliva socialna mreža. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako vpliva izguba partnerja na življenje starejših odraslih.

Metode: Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu, metodi vsebinske analize in tehniki intervjuja. Nestrukturiran intervju je obsegal 9 vprašanj odprtega tipa. Uporabljen je bil neslučajnostni, namenski vzorec. V njem so sodelovali starejši odrasli, tri ženske in trije moški, ki so bili starejši od 65 let, v obdobju izgube partnerja do 1 leta.

Rezultati: Ugotovili smo, da se je vsem intervjuvancem po izgubi partnerja/partnerice življenje spremenilo. Ovdoveli moški so prevzeli hišna opravila, ovdovele ženske pa opravila v okolici hiše. Moški so se po izgubi partnerice zaprli vase, dva intervjuvanca sta prepogosto posegla po alkoholu. Socialna mreža se je pri moških zmanjšala, pri ženskah povečala. Več časa, kot je minilo od partnerjeve smrti, bolj so se začeli vključevati v socialno mrežo. Dva moška sta si našla novo partnerico.

Diskusija in zaključek: Po smrti partnerja so se vsem intervjuvancem spremenila življenja. Zaradi premajhnega vzorca rezultatov ne moremo posploševati, zato bi bilo treba izvesti kvantitativno raziskavo na večjem vzorcu. Najbolj pomembno bi bilo nudenje psihološke podpore in usmerjanje žalujočih v skupine za žalujoče. V prihodnje bi bilo smiselno raziskati življenja starejših odraslih po izgubi partnerja po daljšem obdobju izgube in proučiti njihovo kakovost življenja in socialno mrežo.

Ključne besede: osamljenost, smrt, starejši odrasli, smrt partnerja, zakonsko partnerstvo

ABSTRACT

Introduction: We wanted to investigate the loneliness of older adults after the death of a partner and explore how the social network affects recovery. We wanted to research how the loss of a partner affects the lives of older adults.

Methods: The research was based on a qualitative research approach, content analysis method and interview technique. The unstructured interview consisted of 9 open-ended questions. A

non-random, purposive sample was used. It involved older adults, three women and three men, who were over 65 years of age and had been bereaved for up to 1 year.

Results: *We found that all interviewees' lives changed after losing their partner. Older men took over the housework, while older women did chores outside the house. After the loss of their partners, the men withdrew, two interviewees resorted to excessive drinking. Social networking decreased for men and increased for women. The more time that passes since their partner's death, the more social they become. Two men found a new partner.*

Discussion and conclusion: *After the death of their partner, the lives of all the interviewees changed. Due to the small sample we cannot generalize the results. It would be necessary to do a quantitative study on a larger sample. The most important thing would be to offer psychological support and direct the bereaved to support groups for the bereaved. In the future, it would make sense to investigate the lives of older adults after the loss of a partner after a longer period of loss and to examine their quality of life and their social network.*

Keywords: *loneliness, death, older adults, death of partner, marital partnership*

1 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Starejši odrasli pogosto ostajajo popolnoma sami. Še posebej občutljivi so na osamljenost in socialno izolacijo zaradi poslabšanja fizičnega zdravja, smrti zakoncev, partnerjev in večje verjetnosti, da živijo sami (Victor & Bowling, 2012). Kakovost življenja po izgubi partnerja je bistveno nižja, osamljenost pa bistveno višja v primerjavi s starejšimi odraslimi v splošni populaciji (Engel, Brijnath, Chong, Hills & Hjorth, 2022). Osamljenost in socialna izolacija v poznejšem življenju povzročita socialno izključenost, zmanjšano dobro počutje in zdravstvene težave (Neves, Sanders, & Kukanović, 2019). Izgubo zakonca pogosto spremljajo številne življenjske spremembe, kot so izguba identitete, izguba skupnih prijateljev, lahko pripelje tudi do spremembe družbenega statusa ali celo socialne izključenosti (Noel & Blair, 2012). Po izgubi partnerja naenkrat ni več osebe, ki bi pripravila kosilo in poskrbela za ureditev vrta. Za marsikoga je nova večšina tudi poklicati bližnje in prijatelje in se dogovoriti za skupno druženje (Simonič, 2013). Osamljeni starejši odrasli se pogosto izolirajo od okolice, kar jih vodi v socialno izključenost in razpad odnosov v družini in skupnosti (Weldrick & Grenier, 2018). V poznem življenjskem obdobju se tudi socialni stiki zredčijo. Nekateri ovdovali posamezniki se uspešno prilagodijo novim življenjskim pogojem, drugi pa trpijo za dolgotrajnimi psihološkimi težavami (Mlakar, 2016). Osredotočanje na preprečevanje osamljenosti lahko zmanjša tveganje za pojav bolezni (Martín-María, Caballero, Lara, Domènech, & Haro, 2020).

Z raziskavo želimo ugotoviti osamljenost starejših odraslih po izgubi partnerja. Oblikovali smo naslednja raziskovalna cilja:

- ugotoviti, kako spol vpliva na osamljenost in življenjske spremembe po smrti partnerja,

- ugotoviti, kako na prebolevanje smrti partnerja vpliva socialna mreža starejšega odraslega.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalni vprašanja. Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je povezanost med osamljenostjo in življenjskimi spremembami po smrti partnerja in raziskovalno vprašanje 2: Kako na prebolevanje smrti partnerja vpliva socialna mreža?

2 METODE

Raziskovalna metoda: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, metodo vsebinske analize in tehniko intervjuja.

Merski instrument: Za instrument smo uporabili nestrukturiran intervju, ki smo ga razvili na osnovi pregleda literature (Kralj, 2013; Azeredo & Afonso, 2016; Govedič, 2019). Intervju je vseboval 9 vprašanj odprtega tipa. Prvo vprašanje je vsebovalo demografske značilnosti intervjuvancev (spol, starost, izobrazba, čas, ki je minil od partnerjeve smrti), ostala vprašanja pa so se navezovala na raziskovalna vprašanja.

Opis vzorca: Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, vključili smo 6 intervjuvancev; 3 moške in 3 ženske osebe. Povprečna starost je bila 75 let. Povprečna leta skupnega zakona so bila 41 let. V povprečju je minilo od partnerjeve smrti 9 mesecev. Vključitvena merila so bila: upokojena oseba, starost >65 let, vdova/vdovec največ 1 leto.

Opis zbiranja in obdelave podatkov: Za potrebe empiričnega dela smo izbrali znanstveno in strokovno literaturo iz podatkovnih baz Medline, ScienceDirect, Google učenjak in PubMed. Uporabili smo jezikovni kriterij ter se omejili na članke, dostopne v celotnem obsegu. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem jeziku: osamljenost, smrt, starejši odrasli, smrt partnerja, zakonsko partnerstvo. Uporabljene ključne besede v angleškem jeziku: loneliness, death, elderly people, partner death, marriage partnership. Časovno smo se omejili na objave med letoma 2017 in 2022. Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da avtorji navajajo podobne ugotovitve, zato smo uporabili tudi literaturo, starejšo od 10 let, ki je še relevantna. Za namen raziskave smo vključili 30 virov. Zbiranje in kritični pregled literature je potekal od meseca januarja 2022 do meseca marca 2023.

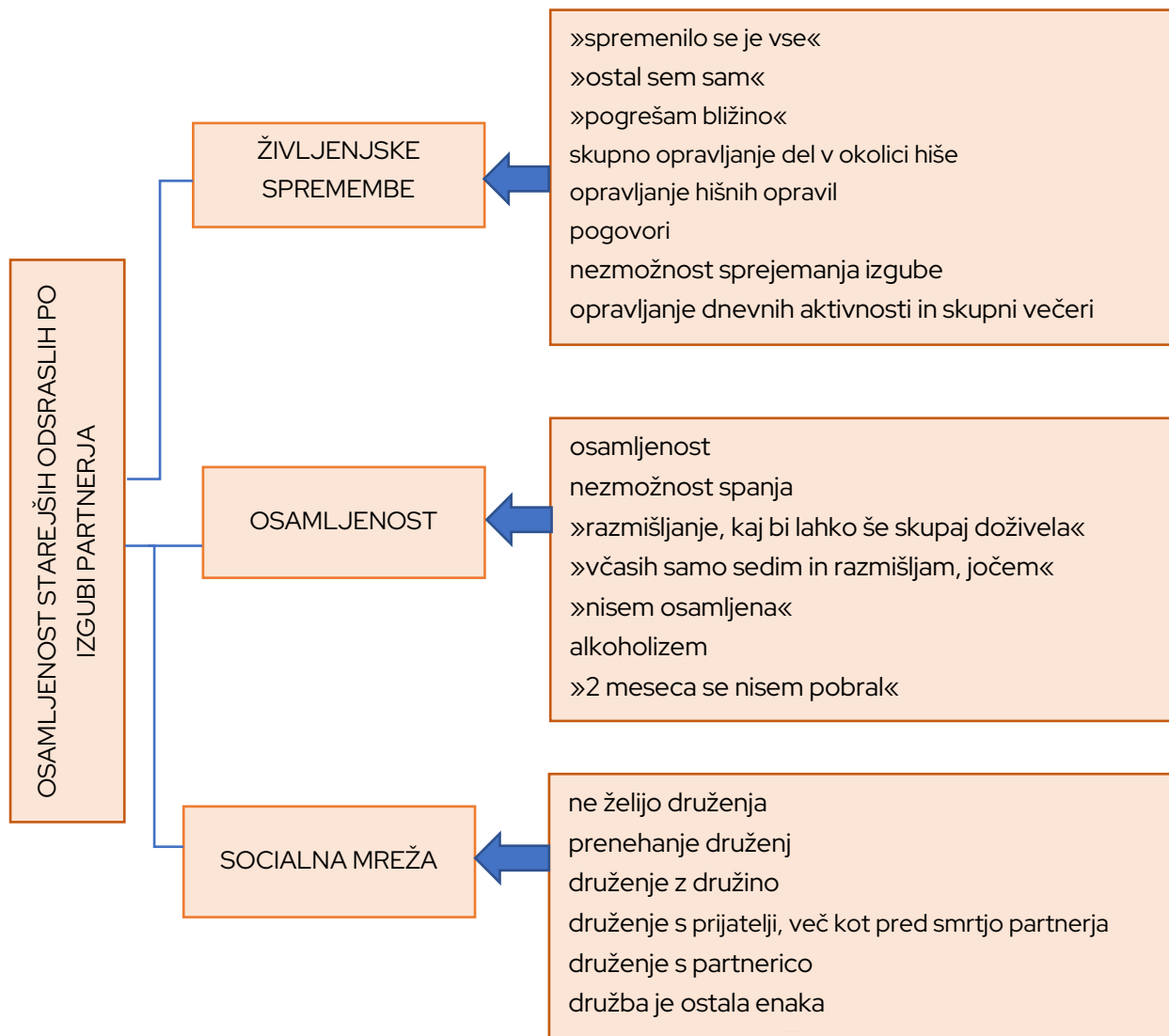
Nato smo s pomočjo literature pripravili vprašanja za intervju. Intervjuvanci so bili predčasno obveščeni o tematiki. Za izvedbo intervjuja smo pridobili pisno soglasje vseh intervjuvancev (informirani pristanek). Raziskava je potekala od 4. 4. do 6. 5. 2022. Intervjuje smo izvedli v domačem okolju. Izbrali smo miren prostor. Časovno so potekali od 60 do 90 min. Pridobljene podatke smo z dovoljenjem posneli in dobesedno prepisali. Nato smo jih vsebinsko analizirali na osnovi kodiranja.

Etični vidik raziskovanja: Pred začetkom raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja. Intervjuvancem smo zagotovili pravico do polne pojasnitve in pravico do zasebnosti, zaupnosti in anonimnosti. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in načela Oviedske konvencije (2009).

3 REZULTATI

Na podlagi analize intervjujev smo identificirali glavno kategorijo: **osamljenost po izgubi partnerja**. Glavna kategorija je sestavljena iz treh podkategorij: življenjske spremembe; osamljenost in socialna mreža in 22 kod.

Tabela 1: Prikaz kategorije Osamljenost starejših odraslih po izgubi partnerja



Vir Intervju: 2022

Iz Tabele 1 je razvidno, da smo kode iz intervjujev razvrstili v tri podkategorije, in sicer: »življenjske spremembe«, »osamljenost« in »socialna mreža«, te pa povezali v glavno kategorijo **»Osamljenost po izgubi partnerja«**. Na raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je povezanost med osamljenostjo in življenjskimi spremembami po smrti partnerja? smo uvrstili podkategoriji: življenjske spremembe in osamljenost. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav intervjuvancev, je razvidno, da so intervjuvanci odgovorili, da se je življenje po smrti partnerja/ke spremenilo. Pogrešajo bližino, skupno opravljanje dnevnih aktivnosti, skupno preživljanje prostega časa. Ženske so odgovorile, da pogrešajo pomoč pri opravljanju dnevnih aktivnosti in pri opravi del v okolici hiše. Moški pa so odgovorili, da prav tako pogrešajo bližino, skupno opravljanje del, sami so prevzeli hišna opravila (kuhanje, likanje). Pri dveh intervjuvancih smo ugotovili, da ne moreta sprejeti izgube in da se počutita, kot da sta ostala »sama«. V kategoriji osamljenost sta oba spola odgovorila, da se počutita osamljena. Ena izmed žensk nam je odgovorila, da se ne počuti osamljeno, saj ima dan zapolnjen z obiski sorodnikov. Ostali dve sta odgovorili, da veliko razmišljata o izgubi partnerja, da veliko jočeta; ena razmišlja o tem, kaj bi lahko še skupaj doživela. Dva moška pa sta osamljenost premagovala s pitjem alkohola. Na raziskovalno vprašanje 2: Kako na prebolevanje smrti partnerja vpliva socialna mreža? smo uvrstili kodo: socialna mreža. Ženske so odgovorile, da imajo več družbe kot pred izgubo partnerja. Pogosto jih pokličejo po telefonu ali obiščejo družinski člani in prijatelji. Ena izmed njih je odgovorila, da ji družba ne odgovarja, da je raje sama; Moški so odgovorili, da jim družba v začetku ni odgovarjala; druženj s skupnimi prijatelji je manj oz. jih sploh ni; dva izmed moških prosti čas preživljata z novo partnerico.

4 RAZPRAVA

V naši raziskavi ugotavljamo, da so starejši odrasli ne glede na spol izpostavili, da se je življenje po smrti partnerja spremenilo. Ženske pogrešajo bližino in skupno opravljanje hišnih opravil in opravil zunaj hiše, moški pa pogrešajo bližino partnerice in opravljanje hišnih opravil. Tekavčič-Grad (2014) navaja, da se večina žalujočih želi že kmalu po izgubi partnerja zaposliti z delom, glavni namen tega pa je, da preusmerijo lastne misli, kar potrjujemo tudi z opravljeno raziskavo, s katero smo ugotovili, da so moški prevzeli hišna opravila, ki jih je včasih opravljal njihova partnerica. Mali (2008) in Nemetschek (2000) sta zapisali, da se osamljeni in žalujoči lahko počutijo utrujene in imajo občutek, kot da jih je partner potegnil s seboj v smrt. Moški, ki so sodelovali v intervjujih, so izpostavili, da se počutijo osamljeni. Dva moška sta po smrti (sedaj več ne) prekomerno posegla po alkoholu. Hvalič Touzery (2014) navaja, da žene moškim v poznem starostnem obdobju, predstavljajo edino zaupnico. Agič (2016) je ugotovila, da so najpogostejši vzroki za škodljivo rabo in odvisnost od alkohola osamljenost, depresija in izguba bližnjih. Institut of Alcohol (Anon, 2020) so ugotovili, da starejši odrasli moški pijejo alkohol več in pogosteje kot starejše odrasle ženske. Ena od intervjuvank je odgovorila, da se ne počuti osamljeno. Dan ima zapolnjen z obiski in sprehodi, za katere pred smrtjo partnerja ni imela časa. Bennett & Soulsby (2012) in Bonanno, Westphal & Mancini (2011) so zapisali, da izguba zakonca morda ni povezana le z negativnimi posledicami, temveč lahko omogoči preusmeritev v

življenju in vzpodbudi osebno rast. Mlakar (2016) in Kogoj (2004) navajata, da moški redkeje iščejo ali sprejemajo možnosti, da bi se lahko pogovarjali o svojih stiskah, ženske pa poudarjajo potrebo po deljenju občutkov z drugimi. Na osamljenost vplivajo čas, ki je pretekel od smrti partnerja, bivalno okolje in socialna mreža. Te ugotovitve smo potrdili tudi v naši raziskavi. Vsi žalujoči gredo skozi faze žalovanja. Dodič (2016) navaja, da se najprej pojavi šok, sledijo zanikanje, jeza in pogajanje. Žalujoči si želi, da umrli pride nazaj. To smo ugotovili pri dveh intervjuvankah. Razmišljata o tem, kaj bi s partnerjem še lahko skupaj doživeli. Simonič (2013) je zapisala, da so žalujoči lahko še posebej na začetku po izgubi preokupirani z mislimi na umrlega (pogosto jokajo; hrepenijo po umrlem; pojavljajo se jim obsesivne misli, kako vplivati na to, da bi umrli spet živel). Sledi faza žalosti in faza sprejemanja. Ugotovili smo, da so v teh fazah ostali intervjuvanci. Bonanno (2008) in Simonič (2013) so zapisali, da pri običajnem žalovanju žalujoči ponovno vzpostavi ravnovesje v času od enega do dveh let po izgubi.

Moški v višji starosti imajo manjšo socialno mrežo kot ženske. Mnenju se pridružujejo tudi Hvalič Touzery (2014) & Štambuk (2019), ki so zapisali, da imajo moški vdovci manj stikov prvih 6 mesecev po smrti in imajo v višji starosti manj prijateljev kot ženske, zato lahko to v primeru izgube partnerke predstavlja velik primanjkljaj v njihovi socialni mreži. Intervjuvanke so nam zaupale, da je stikov z družino in prijatelji po smrti partnerja več. Tudi Azeredo & Afonso (2016) in Arambašić (2005) ugotavljajo, da je vključevanje v družbene dejavnosti za starejše odrasle najprimernejši način za spopadanje z osamljenostjo. Ženske se bolje prilagajajo vdovstvu, ker imajo bolj razvito socialno mrežo. Weldrick & Grenier (2018) menita, da se osamljeni starejši odrasli pogosto izolirajo od okolice, kar jih vodi v socialno izključenost in razpad odnosov v družini in skupnosti. Zoutewelle-Terovan & Cornelis Liefbroer (2018) in Verdery & Margolis (2017) ugotavljajo, da so tisti starejši odrasli, ki nimajo sorodnikov, bolj osamljeni kot tisti, ki imajo družino. Partnerji, ki niso imeli otrok, opisujejo večjo medpartnersko povezanost in večjo osamljenost po izgubi partnerke kot tisti, ki imajo otroke. Te teorije v naši raziskavi ne moremo potrditi, saj so vsi intervjuvanci imeli družino. Dva moška imata po več kot 9 mesecih novo partnerico, s katero občasno preživljata prosti čas. Pihlar (2010) navaja, da se moški v starosti v večji meri znova poročajo. Klevišar (2006) meni, da je žalujoči osebi v pomoč, če ima ob sebi nekoga, ki ga posluša, ki mu dovoli žalovati, saj le tako lahko najde novo življenjsko energijo. Štambuk (2019) je ugotovila, da žalujoči sam zase najbolje ve, katera izmed tehnik mu pomaga pri prebolevanju izgube. Pomembno je, da se človek ne zapre vase. Žalujočemu je treba dati čas in mu pustiti, da žaluje na svoj način. Žalovanje ni univerzalno, vsak človek žaluje na edinstveni način.

Skozi opravljeno raziskavo smo ugotovili, da se moški po izgubi partnerk zaprejo vase. Nekateri so posegli po alkoholu ali se zaposlili z delom, medtem ko so se ženske bolj družile z družinskimi člani in prijatelji. To pomeni, da so svojo žalost delile z drugimi in se lažje oz. hitreje sprijaznile z izgubo partnerja kot moški. To pa ne pomeni, da jim zaradi njihove izgube ni več težko, le prilagodile so se na življenje brez umrlega partnerja. Oba spola pa sta pogrešala bližino in opravljanje dnevnih aktivnosti in opravil v/izven hiše. Našo ugotovitev potrjujejo tudi drugi

raziskovalci Arambašič, 2005; Bennett et al., 2010; Bonanno et al., 2011; Tekavčič-Grad, 2014; Azeredo & Afonso, 2016, ki so zapisali, da izguba zakonca morda ni povezana le z negativnimi posledicami, temveč lahko omogoči preusmeritev v življenju in vzpodbudi osebno rast.

Vsak človek žaluje na svoj način in potrebuje čas. Nihče pa ne bi smel biti sam. Najbolj pomembno pa bi bilo ljudi spremljati, jim nuditi psihološko podporo in jih usmerjati v skupine za žalujoče. V Sloveniji imamo trenutno društvo Hospic; v obdobju 2013 – 2015 pa je nastal tudi Projekt Metulj. Vanj so bili vključeni strokovnjaki iz cele Slovenije. Pripravili so celovit nabor informacij, praktičnih znanj in koristnih nasvetov za pomoč tako bolnikom in njihovim bližnjim kot tudi zdravstvenim delavcem (Projekt Metulj, 2019).

5 ZAKLJUČEK

Skozi raziskavo smo ugotovili, da so se vsem intervjuvancem po smrti partnerja spremenila življenja. Moški so začeli opravljati hišna opravila, ženske pa so prevzele dela izven hiše. Večina intervjuvancev se počuti osamljene. Moški so osamljenost, od začetka izgube partnerke, predelovali sami. Izolirali so se od okolice, medtem ko so ženske imele bolj razširjeno socialno mrežo. Izguba zakonca pa morda ni vedno povezana le z negativnimi posledicami, temveč lahko omogoči preusmeritev v življenju in vzpodbudi posameznikovo osebno rast, kar smo potrdili tudi pri eni izmed intervjuvank. Ugotovili smo, da si moški v starosti večkrat ustvarijo nova skupna življenja, za razliko od žensk. Druženja, razen z družinskimi člani, večini po izgubi zakonca/partnerja niso odgovarjala. Za prebolevanje pa je potreben čas. Več ko ga je minilo od partnerjeve smrti, bolj so se začeli vključevati v socialno mrežo. Na področju osamljenosti in žalovanja v primerjavi med spoloma je bilo v Sloveniji izvedeno zelo malo raziskav z majhnim številom vzorcev. Tudi naša opravljena raziskava ima omejitve v izbrani metodologiji in vzorcu, zato ne moremo posploševati naših ugotovitev. V bodoče bi bilo primerno raziskati življenja starejših odraslih po izgubi partnerja po enem do treh let in ugotavljati, ali obstajajo razlike v njihovih življenjih, pri tistih ki so si ustvarili socialno mrežo, in tistih, ki si je niso.

Opravljena raziskava pomeni doprinos za zdravstveno stroko, saj smo z njo ugotovili, da je bila večina intervjuvancev osamljena, dva moška sta posegla tudi po alkoholu. Osamljenost, žalost in negativna čustva lahko vodijo v pojav različnih bolezenskih stanj ali depresije. Zato menimo, da bi moralo zdravstveno osebje dati več poudarka na spremljanje življenja starejših odraslih po izgubi partnerja, skozi obiske patronažnih medicinskih sester v domačem okolju ali v okviru integralne dolgotrajne oskrbe. Vsak človek žaluje na svoj način in potrebuje čas, nihče pa ne bi smel žalovati sam. Najbolj pomembno bi jim bilo nuditi psihološko podporo in jih usmerjati v skupine za žalujoče.

LITERATURA IN VIRI

1. Agić, A. (2016). *Pitje alkohola pri starostnikih* (diplomsko delo). Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Izola.
2. Arambašić, L. (2005). *Gubitak, tugovanje, podrška*. 2. dopolnjena izd. Jastrebarsko: Naklada Slap, pp. 516.
3. Azeredo, Z., & Afonso, M. A. N. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*, 19(2), 13–324. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
4. Bennett, K. M., & Soulsby, L. K. (2012). Wellbeing in bereavement and widowhood. *Illness Crisis Loss*, 20(4), 321–337. <https://doi.org/10.2190/IL.20.4.b>
5. Bonanno, G. A. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events: *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, pp. 101–113. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.1.20%>
6. Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, (7), 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
7. Dodič, D. (2016). *Smrt in žalovanje*. Ljubljana: Corason, 6–9.
8. Engel, L., Brijnath, B., Hills, D., Hjorth, L., Loi, S., Majmudar, I., et al. (2022). Quality of life and loneliness post-bereavement: Results from a nationwide survey of bereaved older adults. *Death Studies*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2155887>
9. Govedič, Z. (2019). *Osamljenost starih ljudi po izgubi partnerja* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo. Ljubljana.
10. Hvalič Touzery, S. (2014). Tradicionalne socialne mreže najstarejših ljudi v Sloveniji. *Kakovostna starost*, 17(1), 3–15.
11. Institute of alcohol studies. (2020). *Alcohol through the life course: older drinkers*. Retrieved Maj 7, 2022 from: <https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/Alcohol-through-the-life-course-older-drinkers.pdf>
12. Klevišar, M. (2006). *Spremljanje umirajočih*. 3. dopolnjena izd. Ljubljana: Družina, pp. 9–11.
13. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Retrieved from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=DRUG4051>
14. Kogoj, A. (2004). Psihološke potrebe v starosti. *Zdravniški vestnik*, 73(10), 749–751. Retrieved Maj 2, 2022 from: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-SQPFFVB2>
15. Kralj, M. (2013). *Starostnik in osamljenost* (specialistično delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
16. Mali, J. (2008). *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
17. Martín-María, N., Caballero, F.F., Lara, E., Domènech-Abella, J., Josep M., Haro, J. M., Olaya B., et al. (2020). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(1), 76–85. <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
18. Mlakar, T. (2016). Vzorci psihološkega prilagajanja na izgubo zakonca v starosti. *Kakovostna starost: časopis za socialno gerontologijo in gerontagogiko*, 18(4), 38–44.
19. Nemetschek, M. (2000). *Je čas prihoda in je čas slovesa*. Celovec: Celjska Mohorjeva družba, pp. 37–46.

20. Neves, B. B., Sanders, A., & Kukanovič, R. (2019). "It's the worst bloody feeling in the world": Experiences of loneliness and social isolation among older people living in care homes. *Journal of Aging Studies*, (49), 74-84. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100785>
21. Noel, B., & Blair, P. D. (2012). *I wasn't ready to say go&odbye: surviving, coping & healing after the sudden death of a loved one*. United States: Unabridged.
22. Oviedska konvencija. (2009). <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Oviedska-konvencija-in-protokoli-MZ.pdf>
23. Pihlar, T. (2010). *Socialni odnosi v starosti*. Retrieved Maj 5, 2022 from: <http://www.instantonatrstenjaka.si/tisk/kakovostna-starost/clanek.html?ID=838>
24. Projekt Metulj. (2019). Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe za bolnike z neozdravljivo boleznijo in njihove bližnje. Retrieved Marec 13, 2023 from: <https://paliativnaoskrba.si/o-projektu.html>
25. Slovensko društvo hospic, 2022. <https://hospic.si/programi/>
26. Tekavčič-Grad, O. (2014). *Žalovanje moških ob smrti bližnjega družinskega člana*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 1-19.
27. Verdery, A., M & Margolis, R. (2017). Projections of white and black older adults without living kin in the United States, 2015 to 2060. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(42), pp.11109-11114. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1710341114
28. Victor, C., R & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), pp. 313-331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
29. Weldrick, R & Grenier, A. (2018). Social isolation in later life: Extending the conversation. *Canadian Journal on Aging*, 37(1), pp. 76-83. <https://doi.org/10.1017/S071498081700054X>
30. Zoutewelle, Terovan, M & Cornelis, Liefbroer, A. (2018). Swimming against the stream: non-normative family transitions and loneliness in later life across 12 nations. *Gerontologist*, 58(6), pp. 1096-1108. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx>

KAKOVOST ŽIVLJENJA OSEB Z DEPRESIVNO MOTNJO V DOMAČEM OKOLJU PO HOSPITALIZACIJI

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH DEPRESSIVE DISORDER IN THE HOME ENVIRONMENT AFTER HOSPITALISATION

Tamara Cajnko, dipl. m. s. (VS)

Dom upokojevcev Ptuj, Alma Mater Europaea – ECM

asist. Mihael Nedeljko

doc. dr. Boris Miha Kaučič

Alma Mater Europaea – ECM, Katedra za zdravstveno nego

tamaracajnko123@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: O depresiji govorimo, kadar posameznikovo negativno razpoloženje traja več kot dva tedna in je le-to vsak dan zelo izrazito. Simptomi se kažejo v razpoloženju, vedenju, mišljenju in skupaj s telesnimi simptomi povzročijo nelagodje ter poslabšajo kakovost življenja. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je kakovost življenja ljudi z depresivno motnjo, ko se po hospitalizaciji vrnejo v domače okolje.

Metode: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop – metodo utemeljene teorije. Instrument raziskave je bil polstrukturiran intervju z dvanajstimi vprašanji, ki smo jih oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec. V intervjuju je sodelovalo šest oseb z depresivno motnjo, ki po hospitalizaciji bivajo v domačem okolju in izpolnjujejo vnaprej postavljene kriterije. V analizi podatkov smo izmed 160 kod oblikovali 24 podkategorij, ki smo jih smiselno združili v 9 kategorij, od teh predstavljamo tri kategorije.

Rezultati: Kvalitativna analiza besedila je pokazala, da so intervjuvani zadovoljivo seznanjeni z depresivno motnjo. Sodelujoči se zaradi depresivne motnje ne srečujejo s stigmatizacijo s strani družine, sorodnikov in prijateljev. V okolju bivanja se po hospitalizaciji ne počutijo ranljive, le-ta pa na njihovo počutje, samopodobo in kakovost življenja nima negativnega vpliva. Vsi intervjuvanci so se po hospitalizaciji samostojno in/ali s pomočjo družine integrirali v domače okolje.

Diskusija in zaključek: Pri osebah z depresivno motnjo je bistvenega pomena ponovna integracija po hospitalizaciji v domače okolje, saj to pomembno vpliva na kakovost življenja, na pojav in soočanje s stigmatizacijo, ki se lahko pojavi kot posledica bolezni. Naravna socialna mreža intervjuvanim predstavlja podporo pri soočanju z diagnozo, hospitalizacija pa posledično nima negativnega vpliva na njihovo kakovost življenja.

Ključne besede: depresivne motnje, stigmatizacija, socialna mreža, samopodoba, kakovost življenja

ABSTRACT

Introduction: *Depression is when a person's negative mood lasts for more than two weeks and is very distinct every day. Symptoms manifest themselves in mood, behaviour and thought and, together with physical symptoms, cause discomfort and impair the quality of life. The survey was designed to find out what quality of life is like for people with depression when they return to their home environment after hospitalisation.*

Methods: *We used a qualitative research approach – the grounded theory method. The research instrument was a semi-structured interview with twelve questions, which were based on a literature review. A non-randomised, purposive sample was used. Six patients with depressive disorders who are living at home after hospitalisation and who meet pre-set criteria were interviewed. In the data analysis, we created 24 subcategories from the 160 codes, which we sensibly combined into 9 categories, of which we present three.*

Results: *Qualitative analysis of the text showed that the interviewees were well acquainted with the concept of depressive disorder. Participants do not face stigma from family, relatives and friends because of their depressive disorder. They do not feel vulnerable in their living environment after hospitalisation and it does not have a negative impact on their well-being, self-image and quality of life. All interviewees have integrated independently and/or with the help of their family into their home environment after hospitalisation.*

Discussion and conclusion: *For people with depressive disorders, reintegration into the home environment after hospitalisation is essential and has a significant impact on quality of life and on the occurrence of and coping with the stigma that can arise as a result of the illness. The interviewees' natural social network provides support in dealing with the diagnosis; therefore hospitalisation has no negative impact on their quality of life.*

Key words: *depressive disorders, stigma, social network, self-esteem, quality of life.*

1 UVOD

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj med odraslimi (Kolovos, Kleiboer, & Cuijpers, 2016), za katero je značilen nenehen in intenziven občutek žalosti, manjvrednosti, potrnosti in krivde, hkrati pa se posamezniki z depresivno motnjo niso zmožni razvedriti in uživati ob veselih dogodkih v življenju (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020). Običajna nihanja razpoloženja se od depresije razlikujejo po kratkotrajnih čustvenih odzivih na izzive v vsakdanjem življenju (World Health Organization, 2021). Depresija kot motnja v duševnem zdravju predstavlja osebni in družbeni problem, saj simptomi bolezni drastično posegajo tako v človekovo življenje kot tudi v njegovo delovanje v skupnosti. Depresijo uvrščamo med motnje razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi spremembami videza, mišljenja, vedenja in drugih duševnih funkcij, ki trajajo najmanj štirinajst dni (Zupancič & Pahor, 2014).

Raziskave na področju izkušenj oseb z depresivno motnjo kažejo, da so se osebe sprva težko sprijaznile s svojo diagnozo, hkrati pa je le-ta oddajala vse večjo senco nad številnimi vidiki njihovega življenja. Izkušnja z depresivno motnjo je bila težka, zahtevna in nepredvidljiva in je pri nekaterih povzročila negotovost glede njihove sedanjosti in prihodnosti. Za nekatere osebe je depresija predstavljala resno stanje, ki je pustilo precejšnje posledice v času trajanja, za druge je bila motnja težavna, a hkrati obvladljiva. Večina oseb je menila, da so izgubile nadzor nad življenjem, kar je še dodatno negativno vplivalo na njihovo fizično, psihično in socialno počutje (McCann, Lubman, & Clark, 2012).

Kljub temu, da je depresija ena najpogostejših duševnih motenj, jo še vedno lahko delimo na področje, ki je dobro raziskano (področje prepoznavanja in zdravljenja) ter na področje, ki še ni v celoti raziskano in razumljeno (samopodoba in kakovost življenja ljudi z depresivno motnjo, pojav stigmatizacije kot posledica bolezni). Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kako pogosto se osebe z depresivno motnjo po hospitalizaciji srečujejo s stigmatizacijo v domačem okolju in kako to vpliva na njihovo kakovost življenja, ter proučiti vlogo naravne socialne mreže pri ponovni integraciji oseb z depresivno motnjo po hospitalizaciji v domače okolje.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanji: (1) Kakšno vlogo imata socialna mreža in družina pri ponovni integraciji oseb z depresivno motnjo po hospitalizaciji v domače okolje? (2) Kako pogosto se osebe z depresivno motnjo po hospitalizaciji srečujejo s stigmatizacijo v domačem okolju?

2 METODE

Raziskovalna metoda: Za izdelavo raziskave smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop – metodo utemeljene teorije.

Merski instrument: Za izvedbo raziskave smo uporabili polstrukturiran intervju z vnaprej pripravljenimi vprašanji. Intervju smo oblikovali na podlagi pregleda literature (Čuk, 2010; Oražem 2007; Pap, Habjanič, & Belović, 2015; Trampuž & Rus Makovec, 2021; Vršnik & Bregar, 2020; Zupančič & Pahor, 2014). Intervju obsega dvanajst vprašanj.

Opis vzorca: Raziskavo smo izvedli po principu neslučajnostnega, namenskega vzorca. V vzorec je bilo vključenih 6 oseb (trije moški in tri ženske), ki so izpolnjevale naslednja vključitvena merila:

- nihče izmed vključenih nima diagnosticirane zmanjšane kognitivne sposobnosti,
- bili so najmanj dvakrat hospitalizirani zaradi depresivnih motenj,
- v domačem okolju bivajo najmanj 3 mesece po hospitalizaciji.

Opis zbiranja in analize podatkov: Za namen pridobivanja podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje smo izvedli v domačem okolju. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje zdravstvenega zavoda (Patronažna služba v zdravstvenem domu, v sodelovanju s Centrom za duševno zdravje), preko katerega smo vstopili v stik z osebami z depresivnimi motnjami po hospitalizaciji. Sodelujočim v intervjuju smo s kratkim nagovorom na začetku intervjuja podali natančna navodila in jih seznanili z namenom raziskave. Intervjuji so se snemali, na kar so bili intervjuvani opozorjeni pred začetkom. K snemanju intervjuja so podali informirani pristanek. Posamezni intervjuji so označeni številčno, s številkami od 1 do 6. Zaradi majhnega vzorca smo posebno pozornost namenili predstavitvi demografskih podatkov, iz katerih ni možno ugotoviti identitete intervjuvane osebe. Po zaključku intervjujev je sledila analiza, ki se je začela s transkripcijo oziroma prepisom intervjujev. Intervjuje smo prepisali dobesečno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost – intervjuvani je lahko dopolnil svoje odgovore in potrdil, da so odgovori na vprašanja ustrezni. Analiza besedila je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov in oblikovanje kategorij, definiranje kategorij in oblikovanje končne teoretične formulacije. Tako definirane kategorije smo nato primerjali med seboj ter jih razporedili v domnevne odnose (Vogrinc, 2008).

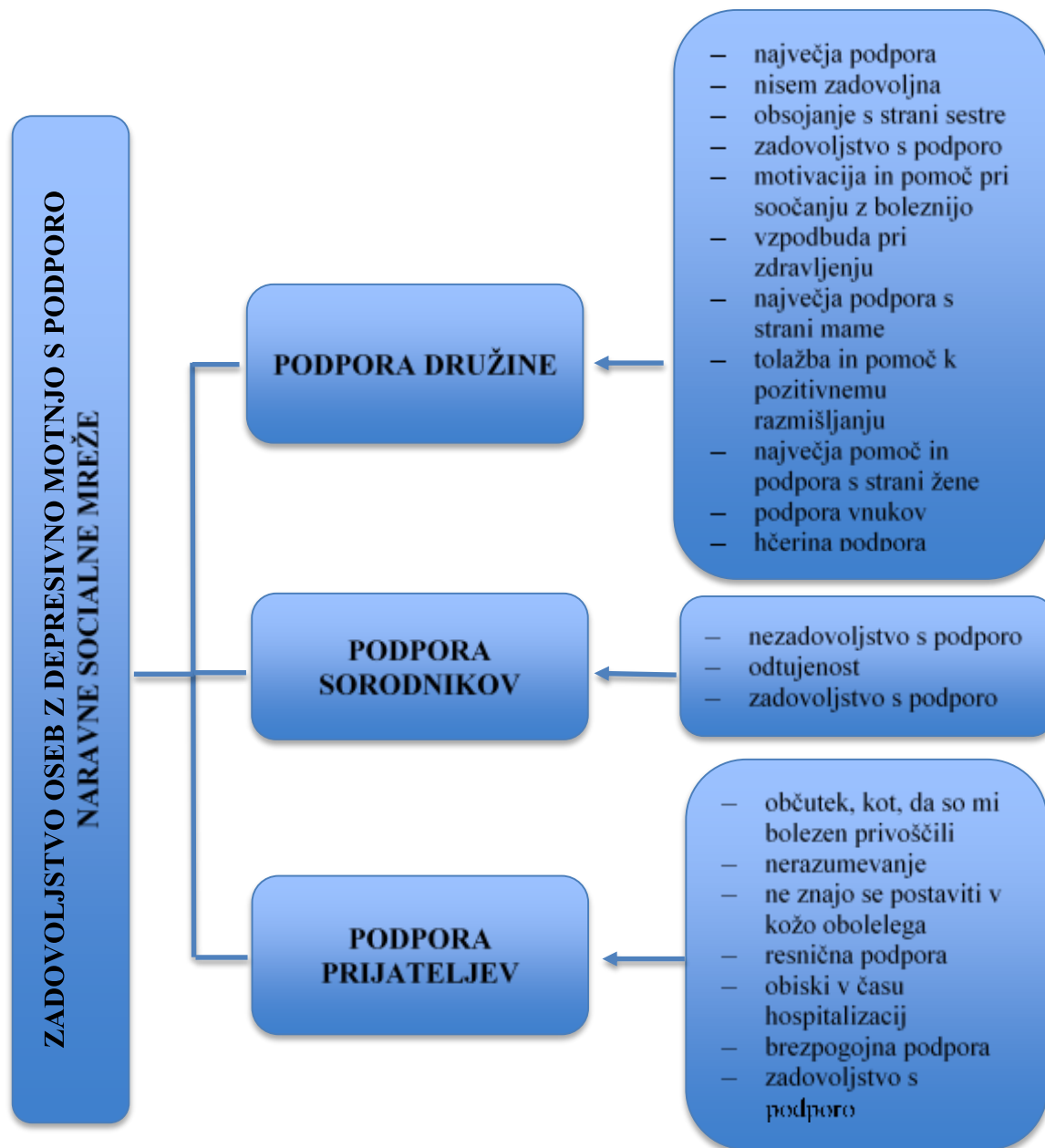
Etični vidik raziskovanja: Pred izvedbo raziskave smo s strani intervjuvanih pridobili pisna soglasja k raziskovanju. Intervjuvanim osebam smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločanja, pravico do anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 REZULTATI

Izmed 160 kod, ki smo jih dobili z analizo intervjujev, smo oblikovali 24 podkategorij, ki smo jih smiselno združili v 9 kategorij, in sicer:

1. Pojav prvih težav pri osebah z depresivno motnjo.
2. Vzroki za pojav depresivne motnje.
3. Odločitev in podpora za hospitalizacijo.
4. Najpogostejše ovire v domačem okolju zaradi depresivne motnje.
5. Odnos naravne socialne mreže do oseb z depresivno motnjo.
6. Zadovoljstvo oseb z depresivno motnjo s podporo naravne socialne mreže.
7. Integracija oseb z depresivno motnjo v domače okolje.
8. Najpogostejši vzroki za občutke ranljivosti v okolju bivanja.
9. Izpostavljenost stigmatizaciji v domačem okolju in vpliv na kakovost življenja oseb z depresivno motnjo.

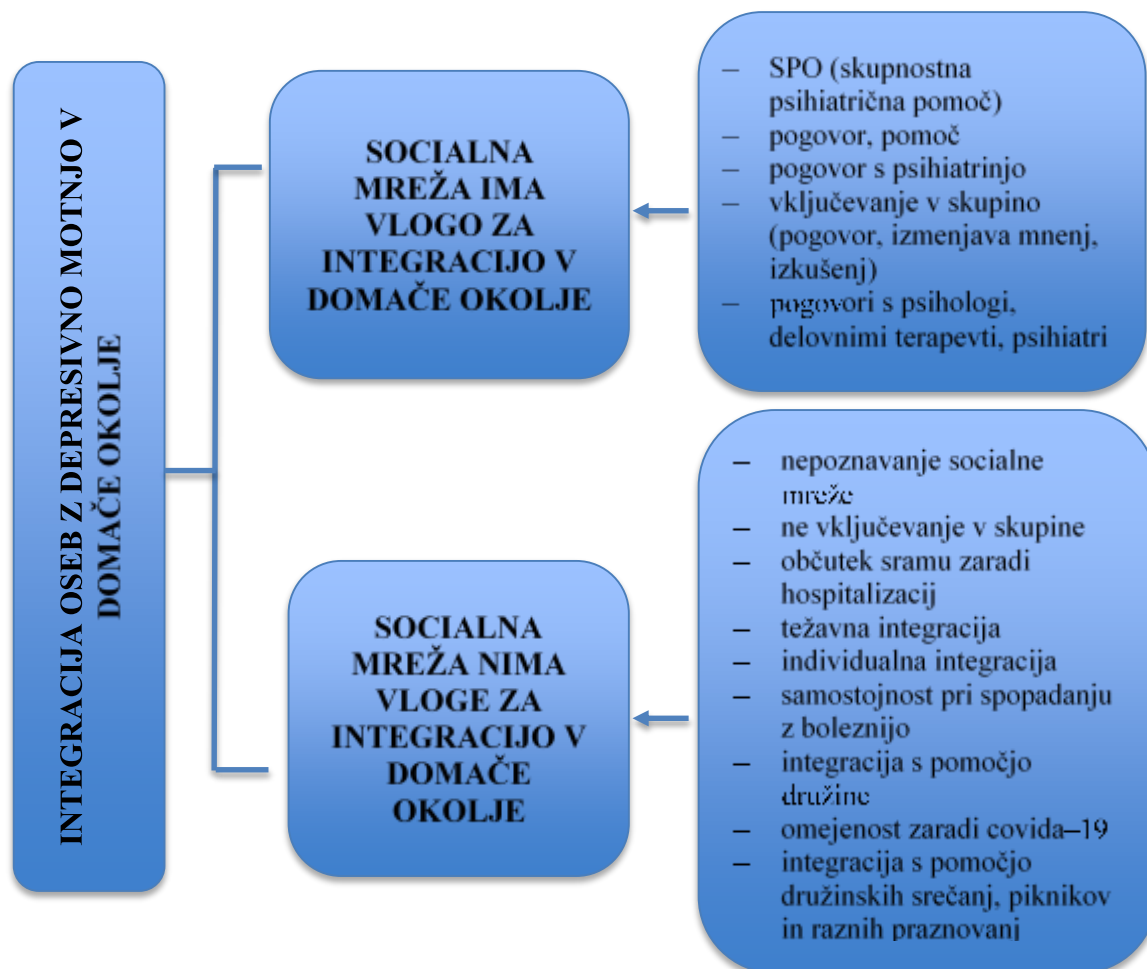
V nadaljevanju bomo predstavili tri od devetih glavnih kategorij, in sicer **Zadovoljstvo oseb z depresivno motnjo s podporo naravne socialne mreže** (Slika 1), **Integracija oseb z depresivno motnjo v domače okolje** (Slika 2) in **Izpostavljenost stigmatizaciji v domačem okolju in vpliv na kakovost življenja oseb z depresivno motnjo** (Slika 3).



Slika 1: Prikaz kategorije Zadovoljstvo oseb z depresivno motnjo s podporo naravne socialne mreže

S slike 1 je razvidno, da smo kode sodelujočih razvrstili v tri podkategorije, in sicer »Podpora družine«, »Podpora sorodnikov« in »Podpora prijateljev«, ter jih povezali v glavno kategorijo **»Zadovoljstvo oseb z depresivno motnjo s podporo naravne socialne mreže«**. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav sodelujočih – intervjujev, je razvidno, da so sodelujoči s podporo družine, sorodnikov in prijateljev zelo zadovoljni. Največjo podporo jim predstavljajo

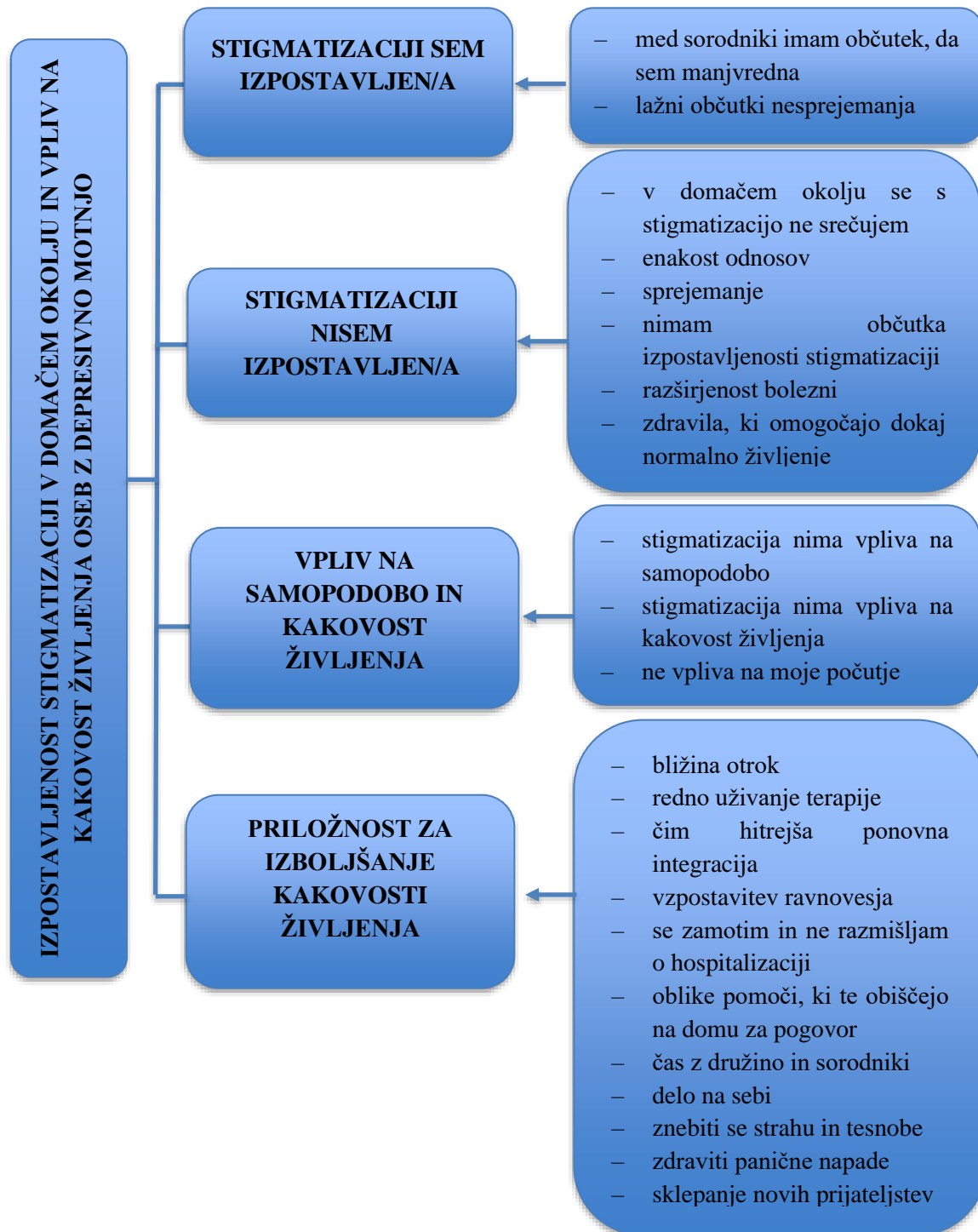
partner/partnerka, otroci in vnuki ter primarna družina. Njihova podpora jim pomaga, da se lažje soočajo z boleznijo, jih vzpodbujajo pri zdravljenju, nudijo tolažbo in pomoč ter pripomorejo k pozitivnemu razmišljanju. Ena sodelujoča navaja, da je ostala brez podpore s strani sodelavcev ter da je velikokrat imela občutek, da ji bolezen privoščijo in se ji zahrbtno smeji. Druga sodelujoča je bila s podporo družine in sorodnikov nezadovoljna. Kot razlog je navedla odtujenost že v preteklosti ter nerazumevanje bolezni.



Slika 2: Prikaz kategorije Integracija oseb z depresivno motnjo v domače okolje

S slike 2 je razvidno, da smo kode sodelujočih razvrstili v dve podkategoriji, in sicer »Socialna mreža ima vlogo za integracijo v domače okolje« in »Socialna mreža nima vloge za integracijo v domače okolje«, ter ju povezali v glavno kategorijo »**Integracija oseb z depresivno motnjo v domače okolje**«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav sodelujočih – intervjujev, je razvidno, da se je večina sodelujočih po hospitalizaciji ponovno integrirala v domače okolje popolnoma samostojno, ali pa s pomočjo družine, družinskih srečanj, piknikov in raznih praznovanj. Ena sodelujoča navaja, da se socialne mreže ni poslužila, ker so ji hospitalizacije povzročile občutke sramu, kar ji je dodatno otežilo ponovno integracijo. Druga sodelujoča navaja, da v času njene prve hospitalizacije socialne mreže niso bile tako razširjene in je mnenja, da gre pri integraciji ter soočanju z boleznijo za individualni problem. Tretja sodelujoča navaja,

da se je integrirala s pomočjo SPO (skupnostne psihiatrične obravnave). Pojasni, da je to skupina za samopomoč, ki nudi obiske na domu ter s pogovorom pripomore k lažjemu razumevanju in soočanju z boleznijo. Dva sodelujoča navajata, da jima veliko pomoč pri ponovni integraciji v domače okolje predstavljajo pogovori s psihologi, psihiatri in delovnimi terapevti.



Slika 3: Prikaz kategorije Izpostavljenost stigmatizaciji v domačem okolju in vpliv na kakovost življenja oseb z depresivno motnjo

Slika 3 prikazuje glavno kategorijo **»Izpostavljenost stigmatizaciji v domačem okolju in vpliv na kakovost življenja oseb z depresivno motnjo«**. S slike je razvidno, da smo kode iz intervjujev sodelujočih razvrstili v štiri podkategorije, in sicer **»Stigmatizaciji sem izpostavljen/a«**, **»Stigmatizaciji nisem izpostavljen/a«**, **»Vpliv na samopodobo in kakovost življenja«** ter **»Priložnost za izboljšanje kakovosti življenja«**. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav sodelujočih – intervjujev, je razvidno, da večina intervjuvancev stigmatizaciji ni izpostavljena. V odnosu z družino, sorodniki in prijatelji vladajo spoštovanje, sprejemanje in enakost. Ena sodelujoča se s stigmatizacijo sooča predvsem s strani sorodnikov, kar ji pogosto predstavlja občutek manjvrednosti. Druga sodelujoča navaja, da so njeni občutki stigmatizacije neutemeljeni in so posledica narave bolezni. Vsi intervjuvanci so si enotni, da ti občutki nikakor ne vplivajo na njihovo samopodobo ali na kakovost življenja. Priložnosti za izboljšanje kakovosti življenja vidijo predvsem v rednem uživanju terapije, bližini otrok, čim hitrejši ponovni integraciji po hospitalizaciji in vzpostavitvi ravnovesja, delu na sebi ter spoznavanju novih ljudi s podobnimi izkušnjami, s pomočjo socialne mreže.

4 RAZPRAVA

Kakšno vlogo imata socialna mreža in družina pri ponovni integraciji oseb z depresivno motnjo po hospitalizaciji v domače okolje?

Z raziskavo ugotavljamo, da so osebe z depresivno motnjo zaradi vse večje razširjenosti te bolezni in osveščenosti ljudi o njej deležne podpore ter vzpodbude pri zdravljenju in hospitalizaciji s strani naravne socialne mreže, slednja pa v največji meri poskrbi tudi za integracijo v domače okolje. Shimotsu & Horikawa (2016) ugotavljata ravno nasprotno in v raziskavi navajata, da osebe z depresivno motnjo, ki živijo z družinskimi člani, navajajo vsakodnevne negativne izkušnje v odnosu z njimi. V naši raziskavi nekateri sodelujoči menijo, da gre pri integraciji in soočanju z boleznijo za individualni problem. Najpogosteje se intervjuvani integrirajo individualno ali pa s pomočjo družine, integracijo v domače okolje pa jim predstavljajo družinska srečanja, pikniki in razna praznovanja. Socialne mreže se pri integraciji v domače okolje, predvsem zaradi dvomov in sramu zaradi hospitalizacije, zelo malo oz. sploh ne poslužujejo. Med raziskavo smo ugotovili, da se nekatere osebe z diagnozo depresivne motnje soočajo že od svoje mladosti. Za boljše poznavanje in lažje soočanje z boleznijo se nekateri intervjuvani udeležujejo skupin za samopomoč. Te so namenjene skupinskemu premagovanju ovir, izmenjavi mnenj ter izkušenj, kar navajajo tudi Dernovšek, Šprah, & Knežević Hočevar (2020).

Kako pogosto se osebe z depresivno motnjo po hospitalizaciji srečujejo s stigmatizacijo v domačem okolju?

Z raziskavo ugotavljamo, da se osebe z depresivno motnjo po hospitalizaciji ne srečujejo s stigmatizacijo v domačem okolju. Njihov odnos z družino, sorodniki in prijatelji temelji na

enakosti, spoštovanju, razumevanju, podpiranju in vzpodbujanju. Ena intervjuvanka se s stigmatizacijo sooča s strani sorodnikov, kar ji pogosto predstavlja občutek manjvrednosti. Prav tako smo pri drugi intervjuvanki ugotovili, da kadar so prisotni občutki stigmatizacije, so le-ti pogosto neutemeljeni in posledica narave bolezni. American Psychiatric Association (2020) pa je mnenja, da so predsodki, diskriminacija in stigma oseb z depresivno motnjo še vedno velik problem, kot posledico pa je navedel, da več kot polovica oseb z depresivnimi motnjami še vedno ne prejme pomoči za svoje težave ali pa se za iskanje pomoči sploh ne odločijo. Takšni ljudje se pogosto pomoči izogibajo in odlašajo z iskanjem zdravljenja zaradi pomislekov glede drugačne obravnave ali strahu pred izgubo službe in s tem tudi sredstev za preživetje. Z našo raziskavo smo ugotovili, da so nekateri intervjuvanci sprejeli lastno odločitev za hospitalizacijo zaradi neobvladovanja bolezni in poskusa samomora, drugi so zaradi osveščenosti o bolezni poiskali pomoč v zavedanju, da sami ne bodo zmogli. Nekateri intervjuvanci so se soočili s prisilno hospitalizacijo pod pretvezo, da gre samo za pregled. Časovni razpon od pojava prvih težav v povezavi z depresivno motnjo do hospitalizacije je med intervjuvanci zelo različen. Nekateri so poiskali pomoč takoj po prvem pojavu težav v povezavi z depresivno motnjo, drugi so se za hospitalizacijo odločili, ko je le-ta že napredovala. Shimotsu & Horikawa (2016) v raziskavi ugotavljata, da osebe z depresivno motnjo, ki živijo z družino, razvijejo večjo samostigmo kot tiste, ki živijo same. Iz tega je razvidno, da vsakodnevno doživljajo negativen odnos z družino, kar privede do visoke ravni samostigme. V naši raziskavi so si intervjuvanci enotni pri navajanju največje podpore ravno s strani družine.

5 ZAKLJUČEK

Depresivna motnja je zaradi pomanjkanja ljubezni in pozornosti, slabih družinskih odnosov, potlačenih in neizraženih čustev, zdravstvenih težav, stresa in izgorelosti močno v porastu in je najpogostejša duševna motnja. S seboj prinaša mnogo novih vprašanj, ki v individualnem smislu zajemajo predvsem kakovost življenja posameznika z depresivno motnjo.

V raziskavi smo ugotovili, kako pomembna je podpora naravne socialne mreže pri osebah z depresivno motnjo in kako pomembno vpliva na njihovo kakovost življenja po hospitalizaciji v domačem okolju. Naravna socialna mreža intervjuvanim predstavlja glavno vlogo za integracijo v domače okolje. Če se posamezniki po hospitalizaciji integrirajo v domače okolje uspešno in dokaj hitro, depresivna motnja in hospitalizacija ne predstavljata negativnega vpliva na samopodobo in njihovo kakovost življenja.

Ugotavljamo, da smo kljub velikemu številu pridobljenih različnih podatkov premalo pozornosti namenili predvsem osebam z depresivno motnjo ter soočanju s stigmatizacijo v času hospitalizacije. Predvidevamo, da bi dobili še več uporabnih podatkov, če bi izvedli intervju z osebami z depresivno motnjo v času hospitalizacij, ga analizirali in na podlagi pridobljenih podatkov ugotovili njegovo uporabnost. Na podlagi tega bi lahko pridobili čim več kakovostnih

podatkov za zeleno raziskovanje na področju kakovosti življenja oseb z depresivno motnjo. Le-to je med posamezniki vedno bolj razširjeno, zato mu je potrebno nameniti posebno pozornost, vanj pa vključiti osebe z depresivno motnjo, njihove svojce ter zdravstvene delavce v psihiatričnih ustanovah.

Zaznali smo veliko potrebo po nefarmakoloških oblikah zdravljenja (psihoterapija in druge psihosocialne oblike zdravljenja). K temu lahko bistveno pripomore zdravstveno-vzgojno delo medicinskih sester, ki bi moralo biti usmerjeno že v izobraževanje mladostnikov, predvsem v za njih pomembni dobi odraščanja, da bi kaj koristnega za svoje duševno zdravje storili že v mladosti, kar bi jim zelo koristilo v njihovi starosti. Potrebna je tudi zdrava mera samozavesti in pomembnost izražanja čustev. Prav zato je raziskovanje v zdravstveni negi izrednega pomena, saj pripomore k nadgrajevanju in izpopolnjevanju znanj, z namenom pomembnega dviga kakovosti življenja.

Raziskava predstavlja pomemben doprinos k razumevanju področja oseb z depresivno motnjo, h kakovosti njihovega življenja in soočanju s stigmatizacijo kot posledico bolezni. Omejitev raziskave je v izbrani metodologiji in velikosti vzorca.

LITERATURA IN VIRI

1. American Psychiatric Association. (2020, August 11). *Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness*. Retrieved October 19, 2022 from <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
2. Berlim, M., & de Almeida Fleck, M. P. (2007). Quality of life and major depression. In M. S. Risner & A. G. Awad (Eds.), *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders* (pp. 241–252). Dodrecht: Springer.
3. Čuk, V. (2010). Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), 145–146.
4. Dernovšek, M. Z., Šprah, L. in Knežević Hočevar, D. (2020). *Vodič po motnjah razpoloženja: poti iz labirintov: rešitev vedno obstaja*. Ljubljana: Založba ZRC.
5. Garg, R., & Kaur, H. (2020). Quality of life among patients with depression: Impact of self-stigma. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 36(2), 125–129. http://dx.doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_32_19
6. Hofmann, S., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 265–286. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>
7. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije..* (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
8. Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life. *The British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460–468. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059>
9. McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2012). The experience of young people with depression: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 334–340. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x>

10. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Depresija*. Retrieved September 10, 2022 from <https://www.zadusevnozdravje.si/dusevno-zdravje/pogoste-dusevne-tezave-in-motnje/depresija/>
11. Oražem, B. (2007). Depresija: njen obraz v starosti in pot iz nje. *Kakovostna starost*, 10(2), 14–21.
12. Pap, Z., Habjanič, A., & Belović, B. (2015). Kakovost življenja starostnikov z depresijo v domskem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(1), 44–51.
13. Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.003>
14. Trampuž, L., & Rus Makovec, M. (2021). Družinska sistemska terapija kot del obravnave depresivne motnje. In J. Koprivšek, J. Bon, A. Čelofiga & B. Novak Šarotar (Eds.), *7. slovenski psihiatrični kongres: program in zbornik povzetkov, 4.–6. november: virtualni dogodek* (p. 20). Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.
15. Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
16. Vršnik, P., & Bregar, B. (2020). Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 52–63.
17. Zupančič, V., & Pahor, M. (2014). Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), 136–146.
18. World Health Organization. (2021, September 13). *Depression*. Retrieved September 10, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

VZROKI IN POSLEDICE PADCEV PRI STANOVALCIH V SOCIALNOVARSTVENEM ZAVODU

CAUSES AND CONSEQUENCES OF FALLS AMONG RESIDENTS IN A SOCIAL WELFARE INSTITUTION

Jožef Repas, dipl. zn. (VS)

viš. pred. Duška Drev

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za zdravstveno nego

jozekrepas@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Padci sodijo med naraščajoči problem javnega zdravja. Namen raziskave je ugotoviti najpogostejše vzroke in posledice padcev pri stanovalcih v posebnem socialnovarstvenem zavodu.

Metode: Uporabili smo kvantitativno metodo, metodo deskripcije in tehniko analiziranja dokumentov. Za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili tehniko analiziranja dokumentov, kot instrument pa kontrolne liste za pregled stanovalcev po padcu. V vzorec smo vključili 253 dokumentacij stanovalcev v letu 2019 in 172 dokumentacij stanovalcev posebnega socialnovarstvenega zavoda, pri katerih se je padec zgodil v letu 2020 in za katere je bilo posredovano Poročilo o neželenem dogodku – padcu.

Rezultati: V letih 2019 in 2020 je bilo 163 (41 %) stanovalcev, ki so padli, starih med 71 in 80 let. Največ padcev, 172 (43 %), se je zgodilo pri hoji. Najpogostejši vzrok za padec pri 129 (25 %) stanovalcih je splošna telesna nemoč oz. slaba gibljivost. Posledica padca je bila pri 85 (18 %) stanovalcih bolečina. Največ padcev, 169 (42 %), se je zgodilo v popoldanski izmeni.

Diskusija in zaključek: Največ padcev stanovalcev se zgodi pri hoji in v popoldanskem času. Takrat so stanovalci vse bolj utrujeni, na enotah pa je manj zaposlenih kot v dopoldanskem času. Za učinkovito ocenjevanje nevarnosti oz. ogroženosti za padce v posebnih socialnovarstvenih zavodih je treba poenotiti vprašalnike za ocenjevanje padcev, saj ima sedaj vsak svoj interni vprašalnik za vodenje neželenih dogodkov.

Ključne besede: padci, vzroki, posledice, stanovalci, socialnovarstveni zavod

ABSTRACT

Introduction: Falls are becoming an increasing problem in the public health system. The aim of this research was to determine the main causes and consequences of the falls among the residents in a special social welfare institution.

Methods: We used quantitative and descriptive research methods and the document analysis

technique. Empirical data was collected by using the document analysis technique and control sheets were used as a research instrument reviewing the residents after the fall. The research pattern included 253 control sheets in 2019 and 172 control sheets in 2020. The research pattern included the falls that were reported as an adverse event.

Results: Between 2019 and 2020, there were 163 (41 %) residents who fell and whose age was between 71 and 80. Most of the falls, i. e. 172 (43 %), took place during walking. The main cause in 129 cases (25 %) was general physical weakness or poor flexibility. In 85 cases (18 %), the main consequence of the fall was pain. The majority of the falls, i. e. 169 (42 %), took place during the afternoon shift.

Discussion and conclusion: Most falls take place during walking in the afternoon. It is the time of the day when residents feel more tired and there are less employees available to them than during the morning shift. At the moment, every institution uses its own questionnaire, therefore it is necessary to standardize questionnaires for fall assessment and provide effective fall hazard assessment in special social welfare institutions.

Keywords: falls, causes, consequences, residents, social welfare institution

1 UVOD

World Health Organization (2021) opisuje, da so vzroki za nastanek padcev biološki, vedenjski in okoljski ter socialno-ekonomski. Rok Simon (2020) navaja, da je število kroničnih bolezni vzrok za padce, ki so bolj prisotni pri ženskah kot pri moških. Razlog je v bioloških razlikah med spoloma, ki vplivajo na različen potek kroničnih bolezni. Tudi kognitivne motnje so pri ženskah pogostejši vzrok za padce kot pri moških. Zdravila, ki povečujejo tveganje za padce pri ženskah, so hipnotiki in sedativi. Bolezni srca in nizek krvni tlak so pogostejši vzrok za padce pri moških, še posebej tistih, starejših od 65 let. K temu prispeva tudi jemanje zdravil za bolezni srca, ki znižujejo krvni tlak. Moški imajo večjo mišično maso, s katero vzdržujejo pokončno držo, kot jo imajo ženske. S starostjo povezan upad mišične moči je pogostejši ravno pri moških in posledično predstavlja pogostejši vzrok za padce.

Voljč in sodelavci (2016) navajajo, da se s staranjem povečuje verjetnost za padce najmanj enkrat na leto. Ta verjetnost za padce enkrat na leto je vsaj za 30 % večja med starejšimi od 65 let, med tistimi nad 75 let 40 % in nad 85 let kar 50 %. V socialnovarstvenih zavodih pade kar polovica vseh stanovalcev najmanj enkrat letno. Rok Simon (2020) trdi, da so pri stanovalcih, starejših od 85 let, z dobrim splošnim zdravjem, vzroki za padce lahko pomanjkanje spanja, pitje alkohola, povečana telesa masa in preboleli infarkt. Kognitivni upad stanovalcev vpliva na slabšo mobilnost in upočasnjeno hojo zaradi motnje pozornosti na zaznavanje okolice, kar ogrozi stabilnost pri hoji. Pri stanovalcih z nezdravim načinom življenja in kroničnimi boleznimi se sčasoma razvije oslabelelost miselnih procesov in telesnih sposobnosti, kar vodi v šibkost, funkcionalno odvisnost od drugih in padce. Tudi simptomi depresije upočasnijo miselni proces. Pri stanovalcih se poslabša obvladovanje ravnotežja, to pa zviša možnost za padce.

Furst in Samaluk (2010) opisujeta, da število predpisanih zdravil pri stanovalcih hitro narašča, kar povečuje možnost medsebojnega delovanja zdravil. Z večanjem količine jemanja zdravil, tudi psihofarmakov, narašča tudi število odklonov pri jemanju (zamenjava zdravil) in neželenih učinkov sočasnega jemanja zdravil. Sočasno jemanje 4, 5 ali več zdravil (polifarmacija) predstavlja večjo verjetnost za padce, več bolnišničnega zdravljenja in pogostejšo zmedenost pri stanovalcih. Med zdravili, ki najpogosteje povzročajo padce, so: psihofarmaki, benzodiazepini, antidepresivi, antipsihotiki, antihipertenzivi, antiaritmiki, analgetiki ter tudi zdravila za zdravljenje urinske inkontinence, vrtoglavice in sladkorne bolezni. Dhalwani in sodelavci (2017) navajajo, da interakcija med zdravili povzroča posledice, in sicer vpliva na budnost, zavest, presojo, koordinacijo gibov, ravnotežje in gibanje stanovalca. Salobir (2011) navaja, da med vedenjske vzroke za padce uvrščamo neustrezno prehrano, čezmerno uživanje alkohola, telesno nedejavnost oz. nezadostno gibanje ter dolgotrajno sedenje in ležanje. Rok Simon (2020) dodaja, da je tudi čezmerna teža pri stanovalcih povezana z večjim tveganjem za padce. Poleg tega stanovalci z nezdravim načinom življenja in kroničnimi boleznimi sčasoma razvijejo oslabele miselnih procesov in telesnih sposobnosti, kar vodi v šibkost (funkcionalno odvisnost) od drugih in padce. Hvalič Touzery (2010) opisuje, da je vzrok za padce tudi v čezmernem uživanju alkohola. Voljč in sodelavci (2016) navajajo, da je alkohol s starostjo vse bolj nevaren, ker s staranjem stanovalcem upadajo psihofizične sposobnosti, z alkoholom pa se to upadanje še potencira. Še posebej alkohol negativno vpliva na vid, ravnotežje in hojo.

Salobir (2011) med okoljske vzroke za padec uvršča: neurejeno stanovanje, neustrezno gradnjo stanovanjskih prostorov, drseča tla in stopnice, nepritrjene preproge, nezadostno osvetlitev, odsotnost držal na stopnicah, založene in ozke prehode ter odsotnost držal v kopalnici, ovire na tleh, različne višine tal pri prehodu iz enega prostora v drugega itd.

Posledice padcev negativno vplivajo na samostojnost življenja stanovalcev (Bandelj & Kaučič, 2017). Hvalič Touzery (2010) navaja, da so najpogostejše posledice padcev pri starejših odraslih razlog za bolečine, invalidnost, izgubo neodvisnosti in prezgodnjo smrt. 20–30 % padcev povzroči blage do resne poškodbe, zaradi katerih jih 10–15 % poišče zdravniško pomoč. Najpogostejše posledice padcev so poškodbe kolka, glave in zgornjih okončin. Kar 30–50 % stanovalcev, ki padejo v socialnovarstvenih zavodih, zaradi posledic padcev potrebuje dolgotrajno nego, kar 40 % pa jih doživi ponavljajoče padce. Zaradi poškodbe kolka, ki je posledica padca, letno umre kar 20 % ljudi.

Voljč in sodelavci (2016) pišejo, da ekonomske posledice padcev prizadenejo tako posameznika kot družbo in se kažejo v stroških plačevanja zdravstvenih storitev. Kukovec in Vičar (2012) navajata, da so lahko posledice zaradi padcev poslabšanje zdravstvenega stanja, zmanjšanje samostojnosti in izguba samozaupanja. Poleg ekonomskih posledic padcev povzročajo tudi zmanjšano kakovost življenja stanovalcev. Kukovec in Vičar (2012) pišeta, da so psihične posledice padcev strah pred ponovnim padcem in z njim povezane duševne obremenitve, znižana samozavest in depresija. Po padcu je stanovalec praviloma obravnavan

predvsem fizično, premalo pozornosti pa se namenja duševnim posledicam poškodovanca, zato se mora v okviru zdravstvene obravnave stanovalcu nuditi pomoč za dvig samozavesti. Strah omejuje gibanje, kar povečuje možnost ponovnega padca zaradi nerazgibanosti telesa.

Sedej (2008) piše, da posledice padcev praviloma niso tako hude, kadar so stanovalci v dobri kondiciji (prožno telo, dobra mišična moč, čvrste kosti in dobra koordinacija gibov). Sadowski (2011) ugotavlja, da so po padcih najpogosteje poškodbe oz. zlomi (glave, nadlahtnice, zapestja, kolka). Pete Šter (2021) dopolni, da so vrste poškodb zaradi padcev: zlomi, poškodbe glave, poškodbe mehkih tkiv (rane, odrgnine, udarnine). V povprečju je na 100 padcev en zlomljen kolk. Padci so pri starejših peti najpogostejši vzrok smrti.

Namen raziskave je ugotoviti najpogostejše vzroke in posledice padcev pri stanovalcih v posebnem socialnovarstvenem zavodu. Oblikovali smo naslednji raziskovalni cilj:

- ugotoviti, kateri so najpogostejši vzroki za pojavnosti padcev in katere so najpogostejše posledice padcev pri stanovalcih v posebnem socialnovarstvenem zavodu.

Na temelju opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalno vprašanje:

- Kateri so najpogostejši vzroki za pojavnosti padcev in katere so najpogostejše posledice padcev pri stanovalcih v posebnem socialnovarstvenem zavodu?

2 METODE

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, metodo deskripcije in tehniko analiziranja dokumentov. Za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili tehniko analiziranja dokumentov, kot instrument pa kontrolne liste za pregled stanovalcev po padcu, ki je bil sestavljen izključno za obravnavano temo. Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturiran instrument v obliki kontrolne liste za pregled stanovalcev po padcih, ki je bil oblikovan na osnovi pregleda literature.

Uporabili smo neslučajnostni, priložnostni vzorec. V vzorec smo vključili 253 dokumentacij stanovalcev v letu 2019 in 172 dokumentacij stanovalcev, pri katerih se je padec zgodil v letu 2020. V vzorec so bili vključeni stanovalci posebnega socialnovarstvenega zavoda, za katere je bilo posredovano Poročilo o neželenem dogodku – padcu, ne glede na njihovo starost in spol. Od 425 dokumentov je bilo pravilno izpolnjenih 402, kar predstavlja 95-odstotno realizacijo vzorca.

Tabela 1: Spol stanovalcev glede na padec v letih 2019 in 2020

Spol stanovalcev	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
Ženski	111	46	108	67	219	54
Moški	129	54	54	33	183	46
Skupaj	240	100	162	100	402	100

Kot je razvidno iz tabele 1, sta bila v letih 2019 in 2020 zabeležena 402 padca, od tega 219 pri ženskah in 183 pri stanovalcih moškega spola.

Tabela 2: Starost stanovalcev glede na padec v letih 2019 in 2020

Starost stanovalcev	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
30–40 let	6	4	0	0	6	2
41–50 let	11	5	6	4	17	4
51–60 let	31	13	45	28	76	19
61–70 let	48	20	54	33	102	25
71–80 let	118	49	45	27	163	41
81 let in več	26	11	12	7	38	9
Skupaj	240	100	162	100	402	100

Tabela 2 prikazuje, da je bilo v letih 2019 in 2020 163 padcev v starostni skupini 71–80 let in 6 v starostni skupini 30–40 let.

Raziskavo smo izvedli po predhodni pisni privolitvi Službe zdravstvene nege in oskrbe posebnega socialnovarstvenega zavoda. Na posameznih oddelkih smo se dogovorili za pripravo seznama stanovalcev, ki so imeli zabeležen padec v letih 2019 in 2020, ter prevzem dokumentov »Poročila o neželenih dogodkih«. Pridobljene podatke smo vnašali v kontrolne liste za pregled stanovalcev po padcih. Raziskava je bila izvedena v mesecu aprilu 2022.

Pisno soglasje za raziskovanje smo od raziskovalnega okolja pridobili pred izvedbo raziskave. Pridobljeni podatki predstavljajo občutljive zdravstvene podatke, zato smo jih skrbno hranili in uporabili izključno za potrebe raziskave.

3 REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate analize dokumentacije s pomočjo kontrolne liste za pregled stanovalcev po padcih v letih 2019 in 2020.

Tabela 3: Vzroki za padce pri stanovalcih

Vzrok	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
Izguba ravnotežja oz. nestabilnosti pri hoji	71	23	38	18	109	21
Dezorientacija	14	4	7	3	21	4
Splošna telesna nemoč oz. slaba gibljivost	74	24	55	27	129	25
Nemir	29	9	6	3	35	6
Vrtoglavica	4	1	13	6	17	3
Spolzka tla	4	1	4	2	8	2
Zaspanost	13	4	21	10	34	6
Nepravilna obutev	3	1	1	1	4	1
Spotik zaradi ovire pri hoji	40	13	29	14	69	13
Nezavarovana postelja	2	1	4	2	6	1
Epileptični napad	4	1	6	3	10	2
Slaba vidljivost	0	0	0	0	0	0
Slabovidnost	3	1	1	1	4	1
Alkohol	0	0	0	0	0	0
Agresija	14	4	2	1	16	3
Drugi razlogi	42	13	19	9	61	12
Skupaj odgovorov	317	100	206	100	523	100

Iz tabele 3 je razvidno, da je bil v letih 2019 in 2020 najpogostejši vzrok za padec v 129 primerih splošna telesna nemoč oz. slaba gibljivost in v 109 primerih izguba ravnotežja oz. nestabilnosti pri hoji, v 69 primerih spotik zaradi ovire pri hoji, v 61 primerih so bili navedeni drugi razlogi, pri 35 je bil vzrok nemir in v 34 primerih zaspanost. Najmanj pogosti vzroki za padec so bili v 21 primerih dezorientacija, 17 vrtoglavica, 16 agresija, 10 epileptični napad, 8 spolzka tla, 6 nezavarovana postelja, 4 nepravilna obutev in 4 slabovidnost.

Tabela 4: Predpisana medikamentozna terapija stanovalcev v času padca

Terapija	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
Zdravila zaradi nizkega krvnega tlaka	0	0	0	0	0	0
Zdravila zaradi povišanega krvnega tlaka	44	7	66	16	110	11
Zdravila proti bolečinam	69	11	13	3	82	8
Zdravila – psihofarmaka	228	37	135	33	363	35
Zdravila proti epilepsiji	83	13	90	22	173	17
Antidepresivi	67	11	59	14	126	12

Terapija	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
Zdravila proti povišanemu krvnemu sladkorju	101	16	21	5	122	12
Onkološka zdravila	0	0	0	0	0	0
Zdravila proti nespečnosti	31	5	24	6	55	4
Zdravila za zdravljenje demence	0	0	4	1	4	1
Skupaj	623	100	412	100	1035	100

Tabela 4 prikazuje, da je v letih 2019 in 2020 v času padca največ stanovalcev imelo predpisano zdravilo – psihofarmaka v 363 primerih, v 173 zdravilo za zdravljenje epilepsije, 126 antidepressive, 122 zdravila proti povišanemu krvnemu sladkorju, 110 zdravila proti povišanemu krvnemu tlaku, 82 zdravila proti bolečinam in v 55 primerih zdravila proti nespečnosti ter 4 zdravilo za zdravljenje demence.

Tabela 5: Posledice zaradi padca pri stanovalcih

Posledice padca	Število v 2019	% v 2019	Število v 2020	% v 2020	Število v 2019, 2020	% v 2019, 2020
Udarčina	28	10	33	17	61	12
Odrgrčina	33	12	24	12	57	11
Zvin	0	0	0	0	0	0
Zlom	2	1	2	1	4	1
Bolečina	49	18	36	19	85	18
Raztrganina	1	1	0	0	1	1
Sprejet v bolnišnico zaradi padca	2	1	2	1	4	1
Brez posledic	158	57	97	50	255	55
Drugo	2	1	0	0	1	1
Skupaj odgovorov	275	100	194	100	469	100

Tabela 5 prikazuje, da se je v letih 2019 in 2020 255 padcev končalo brez posledic, 85 stanovalcev je navajalo bolečine, 61 je bilo udarnin, 57 odrgrnin, 4 zlomi, 4 stanovalci so bili sprejeti v bolnišnico zaradi padca, v dveh primerih so posledice dokumentirali pod drugo, 1 pa je bila raztrganina.

4 RAZPRAVA

Po pregledu dokumentacije – kontrolnih listov za pregled stanovalcev po padcih v letih 2019 in 2020 smo ugotovili, da je najpogostejši vzrok za padec splošna telesna nemoč oz. slaba gibljivost, sledita vzrok izgube ravnotežja oz. nestabilnosti pri hoji ter spotik zaradi ovire pri hoji. Malo manj kot polovica vseh stanovalcev, ki so padli, je bilo starih od 71 do 80 let, četrtnina

stanovalcev je bilo starih od 61 do 70 let, nato sledijo stanovalci, stari od 51 do 60 let, dobra desetina je bila starih 81 let in več. Najpogosteje predpisano zdravilo, ki ga je prejela več kot tretjina stanovalcev, je psihofarmak, sledi zdravilo za zdravljenje epilepsije, dobra desetina stanovalcev je imela predpisana zdravila proti povišanemu krvnemu tlaku in antidepresive. Hvala (2020) navaja, da je med vzroki za padec najpogosteje izpostavljena nestabilnost, sledijo neznan vzrok, spotik zaradi ovire pri hoji, splošna telesna nemoč, dezorientacija, zdrs, nemir, spolzka tla in epileptični napadi. Voljč in sodelavci (2016) pišejo, da poznavanje vzrokov, posledic in preprečevanja padcev še nikoli ni bilo boljše, kot je v zadnjem času, kar stroki omogoča drugačno, celovitejše preventivno ukrepanje. Posledično so tudi stanovalci bolj ozaveščeni, da do padcev prihaja zaradi za starost značilnih telesnih sprememb ali bolezenskih vplivov, kakor tudi zaradi okoliščin in ovir v bivalnih prostorih, zaradi katerih so posledično bolj pazljivi pri vsakodnevni aktivnosti v prostoru in na prostem.

V več kot polovici primerov so se padci v letih 2019 in 2020 v posebnem socialnovarstvenem zavodu končali brez posledic. Najpogostejša posledica je bila bolečina, sledita udarnina in odrgnina, zelo malo pa je bilo zlomov, raztrganin in sprejemov v bolnišnico.

Tomšič (2017) piše, da so najpogostejše poškodbe po padcu zlomi kolka in zapestja, poškodbe glave, zvin gležnja, raztrganine in bolečine. Čuk (2010) v svoji raziskavi o pogostih padcih v eni od specialnih bolnišnic opisuje, da se je kar tretjina vseh padcev končala brez posledic, omenja pa tudi duševno bolečino pri pacientih. Hvala (2020) piše, da v več kot polovici primerov med posledicami padca izstopa bolečina, sledijo udarnina, odrgnina, rana, nekaj primerov pa se je končalo brez posledic. Hvalič Touzery (2010) navaja, da so najpogostejše posledice padcev pri stanovalcih bolečina, invalidnost, izguba neodvisnosti in celo prezgodnja smrt. Najpogosteje si poškodujejo kolk, glavo in zgornje okončine. Kar 30–50 % stanovalcev, ki padejo v socialnovarstvenih zavodih, zaradi posledic padcev potrebujejo dolgotrajno nego in kar 40 % jih doživi ponavljajoče padce.

Ugotovili smo, da se je v letih 2019 in 2020 v popoldanski izmeni zgodilo največ padcev, manj v dopoldanski izmeni, najmanj pa v nočni izmeni.

Glede na lokacijo neželenega dogodka se je več kot polovica padcev zgodila v sobah pacientov, sledijo pa hodnik, jedilnica, stranišče in en padec v kadih.

Z raziskavo smo ugotovili, da se je v malo manj kot polovici vseh primerov zgodil padec med hojo, dobra petina vseh stanovalcev je padla s postelje in bila najdena na tleh, nekaj jih je padlo pri vstajanju oz. posedanju na invalidski voziček ali pa so padli s stola, zelo malo pa je bilo fizičnih napadov, padcev po stopnicah ali pri športnih aktivnostih. Kar tri četrtine vseh stanovalcev je bilo pred padcem pokretnih, dobra četrtina je uporabljala ortopedske pripomočke, zelo malo pa je bilo nepokretnih. Do podobnih ugotovitev je prišel tudi Vrabič (2011), ki piše, da se je tretjina vseh padcev zgodila v sobah stanovalcev, sledijo padci na hodniku, v prostorih

fizioterapije in na stranišču, nekaj malega padcev pa se je zgodilo v prostorih delovne terapije in drugje. Bušljeta (2008) dodaja, da so v splošni bolnišnici zabeležili kar polovico vseh padcev v sobi, sledijo padci na hodniku, s stola na stranišču in v kopalnici.

Omejitev raziskave

Pri raziskavi smo naleteli na omejitev, da podatki o neželenih dogodkih – padcih stanovalcev mestoma niso bili čitljivo zapisani, nekateri pa niso bilo pravilno izpolnjeni, zato smo zdravstveno osebje zaprosili za preverbo podatkov. Za učinkovito ocenjevanje padcev v socialnovarstvenih zavodih je treba poenotiti vprašalnike za beleženje padcev.

5 ZAKLJUČEK

Padci v današnjem času predstavljajo vedno večji problem pri delu s stanovalci v socialnovarstvenih zavodih. V raziskavi nas je zanimala starost vseh stanovalcev, pri katerih je bil zabeležen padec oz. poslano Poročilo o neželenem dogodku – padcu. Povprečna starost stanovalcev v posebnem socialnovarstvenem zavodu je okoli 60 let. Povprečna starost stanovalcev, ki so padli v letih 2019 in 2020, je bila 67 let in z gerontološkega vidika spada v zgodnjo starost starejših odraslih. Za to populacijo je značilno, da jih vsako leto vsaj enkrat pade do 40 % in da stanovalke padejo pogosteje kot moški. So pa starejši odrasli bolj izpostavljeni padcem, zato je pomembno zavedanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v posebnih socialnovarstvenih zavodih o tem, kateri so najpogostejši vzroki in kakšne so posledice padcev. Pomembno je tudi spremljanje ocene ogroženosti za padce ter izvajanje preventivnih ukrepov za samo preprečevanje padcev. Pomembno je, da imajo vsi stanovalci izdelane ocene ogroženosti za padce in da se padci stanovalcev spremljajo z mednarodno primerljivimi pristopi (vprašalniki). Kazalnike je treba primerljivo spremljati, saj se tako na osnovi raziskav bolje razumejo vzroki za padce. Prepoznavanje dejavnikov tveganja za padec in posledično sposobnosti varnega gibanja lahko močno zmanjšajo tveganje za padec.

Pomembno je tudi, da se izvajalci zdravstvene nege in oskrbe zavedajo pomena edukacije stanovalcev pri gibanju v varnem okolju in jo tudi izvajajo. Poznavanje vzrokov in posledic padcev in njihovo preprečevanje je pomembno za kakovostno zdravstveno obravnavo, preventivo in krepitev zdravja stanovalcev ter posledično za kakovost njihovega življenja.

LITERATURA IN VIRI

1. Bandelj, A. & Kaučič, M. (2017). Posledice padcev starejših oseb v domačem okolju. In: N. Kregar Velikonja, (Ed). *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov, Mednarodna znanstvena konferenca, Novo mesto, 16. november 2017* (pp. 71–78). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede,

2. Čuk, V. (2010). Obvladovanje neželenih dogodkov v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(1), 21–22.
3. Dhalwani, N. N., Fahami, R., Santhanapally, H., Seidu, S., Davis, J. & Khunti, K., 2017. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. *BMJ open*, 7(10), 1–8.
4. Furst, J. & Samaluk, V. (2010). Poraba zdravil pri ljudeh, starejših od 65 let v Sloveniji. In: M. Mencej (Ed). *Bolezni in sindromi v starosti 4*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 15–21.
5. Hvala, N., 2020. Število vseh padcev v Psihiatrični bolnišnici Idrija za leto 2020. *Kazalnik kakovosti-Letno poročilo 2020*, pp. 3–7. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija. Retrieved June 29, 2022 from <https://pb-idrija.si/sites/default/files/Psihiatri%C4%8Dna%20Bolni%C5%A1nica%20Idrija-Kazalniki%20kakovosti-358.pdf>.
6. Hvalič Touzery, S. (2010). Poročilo o preprečevanju padcev med starimi ljudmi. In: B. Voljč (Ed). *Kakovostna starost 13*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 51–54.
7. Kukovec, T. & Vičar, N. (2012). *Najpogostejši vzroki za padec*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 26–27.
8. Pete Šter, M. (2021). *Zdravstvena stanja, ki povečujejo nevarnost padcev*. Retrieved January 10, 2022 from https://www.zdlj.si/cpc/images/datoteke/gradiva/radm_sestre/3Padci.
9. Rok Simon, M. (2020). *Padci starejših odraslih – naraščajoči problem javnega zdravja.*, pp. 1–140. Ljubljana: NIJZ.
10. Sadowski, C. (2011). Prevention of falls in Older Adults. *Article in Canadian Pharmacists Journal*, 144(1), 17–18.
11. Salobir, B. (2011). Vzroki za padce in poškodbe. In: M. Mencej (Ed). *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 141–148.
12. Sedej, B. (2008). Preventiva poškodb gibal v starosti. In: M. Mencej (Ed). *Bolezni in sindromi v starosti 2*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 55–59.
13. Sharif, I.S., Al-Harbi, A., Al-Shihabi, M.A. & Al-Daour, A. (2018). Falls in the elderly: Assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy Practice*, 16(3), 1206.
14. Voljč, B. (2011). Padce v starosti je mogoče zmanjšati. In: M. Mencej (Ed). *Bolezni in sindromi v starosti 5*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije, pp. 115–119.
15. Voljč, B., Gabrijelčič, M., Becker, C., Komadina, R., Petrič, V., Scagnetti, N., Turk, V., et al. (2016). *Javno-Zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji. Aktivno in zdravo staranje za aktivno in zdravo starost*. Ljubljana: NIJZ, pp. 1–42.
16. Vrabič, M. (2011). Padci pacientov, hospitaliziranih v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Vidik zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), 4–5.
17. World Health Organization. (2021). *Falls*. Retrieved June 30, 2021 from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/fall> [30. 6. 2021].

OCENA DNEVNEGA VNOSA PREHRANSKIH VLAKNIN Z ŽITI IN PRISTOPI K VEČANJU PORABE POLNOZRNATIH IZDELKOV

ESTIMATING THE DAILY INTAKE OF DIETARY FIBRE FROM CEREALS AND APPROACHES TO INCREASING THE CONSUMPTION OF WHOLEGRAIN PRODUCTS

Tilen Sernc

doc. dr. Boris Kovač, univ. dipl. ing. živ. teh.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za prehransko svetovanje
boris.kovac@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Polnozrnati izdelki so eden izmed pomembnejših virov prehranskih vlaknin. Namen študije je bil raziskati, koliko prehranskih vlaknin povprečen Slovenec dnevno zaužije s pšeničnimi izdelki, in predlagati ukrepe za povečanje vnosa vlaknin.

Metode: S pomočjo podatkov mlinске industrije smo ugotovili razmerje prodaje različnih tipov mok za neposredno uporabo v gospodinjstvih in za predelavo v izdelke. Iz analitskih podatkov o vsebnosti vlaknin v standardiziranih tipih mok smo na podlagi deležev in podatka o povprečni letni porabi pšeničnih izdelkov izračunali povprečni dnevni vnos vlaknin na osebo.

Rezultati: Med izdelki iz žit prevladujejo z 71,6-% deležem bele moke in izdelki iz belih mok, ki vsebuje med 2,9 in 3,1 % vlaknin na 100 g. Izdelki iz črnih in polnozrnatih mok predstavljajo le 12,4-% delež. Glede na deleže posameznih tipov in vsebnost vlaknin s pšeničnimi izdelki posledično zagotovimo le 5,8 g vlaknin dnevno, medtem ko je priporočeni dnevni vnos vlaknin vsaj 30 g na osebo.

Diskusija in zaključek: Rezultati kažejo, da v Sloveniji na račun pšeničnih izdelkov zaužijemo v povprečju le 20 % potrebnih prehranskih vlaknin dnevno. Ker delež pšeničnih izdelkov predstavlja dobrih 80 % konzumacije vseh izdelkov iz žit, je smiselno na nacionalnem nivoju sprejeti ukrepe za reformulacijo s ciljem povečanja vnosa vlaknin.

Ključne besede: prehranske vlaknine, pšenični izdelki, poraba izdelkov iz žit, reformulacija izdelkov

ABSTRACT

Introduction: Wholegrain products are one of the most important sources of dietary fibre. The aim of the study was to investigate how much dietary fibre the average Slovenian consumes daily from wheat products and to propose measures to increase fibre intake.

Methods: Using aggregated data from the milling industry, we determined the ratio of sales of different types of flour for direct household use and for processing flour into wheat products.

From the analytical data on the fibre content of standardised flour types, we calculated the average daily fibre intake per person based on the proportions and the average annual consumption of wheat products.

Results: *White flours and breads, which contain only between 2.9 and 3.1% fibre per 100 g of raw material used, strongly dominate the cereal products with a 71.6% rate. Black and wholemeal flour products account for only 12.4%. As a result, based on the proportions of each type and the fibre content, these products provide only 5.8 g of fibre per day, while the recommended total daily fibre intake is 30 g per person.*

Discussion and conclusion: *The results show that in Slovenia, on average, only 20% of dietary fibre is consumed daily on the basis of using wheat products. As wheat products account for more than 80% of the consumption of all cereal products, it would be reasonable to take reformulation measures at the national level to increase fibre intake.*

Keywords: *dietary fibre, wheat products, consumption of cereal products, product reformulation*

1 UVOD

Prehranske vlaknine so po naravi neprebavljive oblike ogljikovih hidratov, običajno polisaharidov, ki izvirajo iz živil rastlinskega izvora (Barber, Kabisch, Pfeiffer, in Weickert, 2020). Njihova osnovna odlika je odpornost na razgradnjo z encimi, ki so prisotni v zgornjem delu prebavnega sistema. Najpomembnejše vlaknine, prisotne v hrani, so celuloza in necelulozni polisaharidi, kot so hemiceluloza, pektinske snovi, sluzi, lignin in druge (Dhingra, Michael, Rajput, in Patil, 2012). Vlaknine imajo sposobnost vezanja vode in nabrekanja, zato lajšajo prehod hrane skozi prebavni sistem, topne vlaknine tvorijo tudi viskozne sluzi, ki lahko upočasnjujejo prehajanje sladkorja iz prebavil v krvni obtok. Predvsem topne vlaknine oskrbujejo črevesno mikrobioto s hranili. Naša hrana se je v zadnjih desetletjih vidno spremenila v primerjavi s prehrano naših prednikov. To ima velik vpliv zlasti na človeško črevesno mikrobioto (Barber idr., 2020). Človeški mikrobiom je izgubil mikrobnost raznolikost prednikov in se specializira za prehrano živalskega izvora (Moeller idr., 2014). Glavni razlog je povečano uživanje predelane hrane, ki je običajno osiromašena prehranskih vlaknin, in zmanjšano uživanje rastlinske hrane, bogate z vlakninami (Barber idr., 2020; David idr., 2014). Kot ugotavljajo avtorji s pregledom literature, najnovejši dokazi potrjujejo, da motnje v bakterijski mikrobioti povzročajo motnje v uravnavanju celic prilagodljivega imunskega sistema (Round in Mazmanian, 2009). Pregled literature je tudi pokazal, da mikrobna kolonizacija črevesja vpliva na razvoj adaptacije imunskega sistema. Avtorji poudarjajo tudi pomen vpliva interakcij med gostitelji in simbiontom za uravnavanje delovanja imunskega sistema (Round in Mazmanian, 2009). Črevesna mikroflora ima vlogo posrednika ugodnih učinkov prehranskih vlaknin, vključno z uravnavanjem apetita, presnovnih procesov in kroničnih vnetij (Barber idr., 2020). Quingley je zapisal, da so koristni učinki vlaknin odvisni od interakcij med vlakninami in mikrobioto človeškega debelega

črevesja (Quigley, 2011). Način prehranjevanja, ki vključuje veliko žit, oreščkov, sadja in zelenjave ima pozitivne vplive na zdravje, saj je njihovo pogosto uživanje povezano z manjšo pojavnostjo pogostih bolezni (Dhingra idr., 2012). Trenutna priporočila za vnos prehranskih vlaknin za odrasle v večini evropskih držav in v ZDA znašajo 30–35 g na dan za moške in 25–32 g na dan za ženske (Stephen idr., 2017). Avtorji iste raziskave tudi menijo, da večina držav priporoča dnevni vnos 25–35 g prehranskih vlaknin za odrasle (25–32 g/d za odrasle ženske in 30–35 g/d za odrasle moške), za otroke in starejše odrasle pa manj, odvisno od starosti, zato vnos ustreza približno 3–4 g/MJ. Quagliani in Felt-Gunderson (2017) menita, da je ustrezen vnos prehranskih vlaknin povezan s številnimi pozitivnimi vplivi na zdravje, saj je povezan z zmanjšanim tveganjem za bolezni srca, kap, hipertenzijo, prebavne motnje, debelost, sladkorno bolezen tipa 2 in nekatere vrste raka, prav tako pa je povezan z zdravo prebavo (Quagliani in Felt-Gunderson, 2017). Uživanje prehranskih vlaknin je povezano tudi s smrtnostjo (Barber idr., 2020). Avtorji članka o vplivih prehranskih vlaknin na zdravje so zapisali, da so le-te povezane s splošnim zdravjem preko ključnih poti, ki vključujejo občutljivost na inzulin. Strinjajo se tudi, da igrajo določeno vlogo pri nastanku bolezni srca in ožilja, zdravju debelega črevesa, gibljivosti črevesja in tveganju za kolorektalni karcinom (Barber idr., 2020). Evropska unija je izdala podatke o povprečni količini zaužitih vlaknin med različnimi evropskimi državami („Overview of dietary fibre intake across European countries | Knowledge for policy“, b. d.). Povprečen vnos je znašal med 20 in 24 g prehranskih vlaknin na dan, kar je pod priporočenimi vrednostmi. Najbolj znan in cenjen koristen učinek vlaknin je vpliv na gibljivost črevesja in preprečevanje zaprtja. Iz zbranih podatkov različnih študij se lahko sklepa, da je pravilen vnos prehranskih vlaknin, še posebej iz polnozrnatih žit, pomemben za splošno zdravje (Weickert in Pfeiffer, 2018). Iz omenjenih raziskav lahko sklepamo, da bi povečanje zaužitih prehranskih vlaknin prispevalo k splošni vitalnosti z ugodnimi vplivi na zdravje, predvsem v povezavi z uravnavanjem prebave in izboljšanjem odpornosti na inzulin, z vplivi na zmanjšanje tveganja za sladkorno bolezen (Wang idr., 2019). V dvojno slepi raziskavi, v kateri je sodelovalo 96 moških in žensk, so preiskovali vpliv zelenjavnega pripravka na črevesje pri mladih odraslih z zaprtjem. Preparat je vseboval cikorijo, brokoli in polnozrnata žita ter je predstavljal bogat vir prehranskih vlaknin („FoodData Central“, b. d.). Rezultati so pokazali, da je uživanje preparata izboljšalo simptome zaprtja po 2 in 4 tednih uživanja v primerjavi s kontrolno skupino (Woo idr., 2015). Quigley je v članku o mikrobioti črevesja in uravnavanju zaprtja zapisal, da prebiotiki pozitivno spodbudijo rast zdravju koristne flore, ki se že nahaja v debelem črevesju, zlasti, vendar ne izključno, rast bifidobakterije in laktobacile (Quigley, 2011).

Vnos vlaknin z žiti se zelo razlikuje med evropskimi državami, obenem pa velja omeniti, da so podatki o količini zaužitih polnozrnatih izdelkov v državah Evropske unije nepopolni. Razlog je morda neenotna tipizacija izdelkov iz žit in polnozrnatih izdelkov. Micha je v raziskavi iz leta 2015 ugotovil, da je bil med letoma 1990 in 2010 vnos zelenjave, morskih sadežev in predelanega mesa skozi čas stabilen, vnos sadja, oreščkov/ semen in rdečega mesa se je povečal, vnos polnozrnatih izdelkov pa zmanjšal (Micha idr., 2015). Številne študije se osredotočajo na vnos vlaknin, ne pa na vnos polnozrnatih izdelkov kot skupine živil. V podatkovni bazi Evropske unije,

kjer vnosi temeljijo na podatkih Svetovne zdravstvene organizacije, so zbrani podatki za vnos vlaknin v različnih državah. Za zbiranje podatkov so definirali polnozrnato žito kot žito z več kot 1 g vlaknin na 10 g ogljikovih hidratov („Whole grain intake across European countries | Knowledge for policy“, b. d.).

Na podlagi omenjenih raziskav je bil cilj naše študije preveriti hipoteze v povezavi z uživanjem prehranskih vlaknin iz pšeničnih izdelkov v Sloveniji. Postavili smo tri hipoteze: 1) »V Sloveniji polnozrnati izdelki iz žit predstavljajo minorni delež vnosa vlaknin, nasprotno pa z vlakninami siromašna bela moka predstavlja največji delež«; 2) »Z uživanjem izdelkov iz žit zaužijemo nad 50 % potrebnih dnevnih količin vlaknin«; 3) »Spremenjena tipizacija mok bi znatno povečala vnos prehranskih vlaknin«.

2 METODE

S pomočjo agregatnih podatkov, pridobljenih v mlevsko predelovalnih podjetjih, smo ugotovili povprečno razmerje prodaje različnih tipov mok. Tipi in sestava mok na slovenskem trgu so standardizirani, analitske podatke o povprečni količini vlaknin v posameznem tipu moka pa smo dobili v razvojni službi mlinsko predelovalnega podjetja Mlinotest d.d. Analize vlaknin so bile opravljene v akreditiranem laboratoriju po metodi AOAC Official Method 991.43 Total, Soluble, and Insoluble Dietary Fibre in Foods. Za potrebe študije smo zbrali tudi statistične podatke o porabi pšeničnih mlevskih izdelkov v zadnjih treh letih v slovenskih gospodinjstvih in industrijskih porabnikih. Na osnovi vseh zbranih podatkov smo izračunali povprečni dnevni vnos vlaknin. S preprostim matematičnim modelom ugotavljanja regresije smo ocenili povezavo med mineralnimi snovmi in vlakninami ter možnost povečanja vnosa vlaknin, do katere bi prišlo, v kolikor bi z administrativnim ukrepom s spremembo zakonodaje spremenili tipizacijo mok. Pregled literature pa je zajemal analizo strokovnih in znanstvenih virov s časom izdaje, ki smo ga omejili na obdobje med letoma 2005 in 2022.

3 REZULTATI

Vsebnost vlaknin v mokah in struktura prodaje mok na slovenskem tržišču

Tipi moka so v večini evropskih držav določeni glede na vsebnost mineralnih snovi, pogovorno uporabljamo izraz »količina pepela«. Nižji tipi, ki jih označujemo z dvomestnim številom, izhajajo iz notranjosti zrnja, višji tipi pa iz obrobnih delov. Višji kot je tip, več mineralnih snovi moka vsebuje. Zelo podobno velja za vlaknine. Obrobni deli zrnja in s tem višji tipi mok imajo več vlaknin; podatke o vsebnosti vlaknin v tipih mok na slovenskem tržišču prikazuje tretji stolpec v Tabeli 1. Bela moka tipa 400 in posledično izdelki, narejeni iz te moka vsebujejo le 2,9 g vlaknin na 100 g izdelka. Višjo vsebnost vlaknin imajo črne moka; najvišjo vsebuje polnozrnata moka, in

sicer 11,5 g/100 g izdelka. Tabela 1 v drugem stolpcu prikazuje tržne deleže posameznih mok na slovenskem tržišču. Iz podatkov je razvidno, da predstavlja najvišji tržni delež, to je 71,6 %, bela moka tipa 500. Najmanjši tržni delež, 3,0 %, pa predstavlja polnozrnata moka in posledično izdelki iz nje.

Tabela 1: Odstotni deleži pšeničnih mok, prodanih ali predelanih v izdelke, ter delež vlaknin v posameznem tipu moke

TIP MOKE	TRŽNI DELEŽ MOKE IN IZDELKOV IZ TE MOKE NA TRGU (%)	VSEBNOST VLAKNIN v g/100 g MOKE ALI IZDELKOV ± SD
bela moka tip 400	6,4	2,9 ± 0,4
bela moka tip 500	71,6	3,1 ± 0,3
polbela moka tip 850	9,6	4,2 ± 0,1
črna moka tip 1100	6,1	4,8 ± 0,4
črna moka tip 1600	3,3	10,0 ± 0,9
polnozrnata moka	3,0	11,5 ± 0,5
skupaj	100	/

Legenda: SD, standardni odklon

Količina zaužitih vlaknin

Tabela 2 kaže, da zaradi visokega tržnega deleža največ vlaknin prebivalec Slovenije posledično zaužije z uživanjem izdelkov iz bele moke tipa 500; količina vlaknin skupaj znaša 3,55 g/dan. Najmanj prehranskih vlaknin, 0,3 g dnevno, zaužijemo na račun moke tip 400, in sicer zaradi majhnega tržnega deleža ter majhne vsebnosti vlaknin. S skupino izdelkov iz polnozrnatih mok, ki so najbogatejše z vlakninami, zaužijemo skromnih 0,55 g vlaknin na dan. Skupna količina zaužitih prehranskih vlaknin iz vseh skupin pšeničnih izdelkov znaša le 5,8 g/dan, kar zadošča le za 20 % priporočenih dnevnih potreb po prehranskih vlakninah.

Tabela 2: Količina zaužitih vlaknin iz pšeničnih izdelkov

TIP MOKE	SKUPNA KOLIČINA NA LETO (t)	KOLIČINA NA PREBIVALCA NA DAN (g)
bela moka tip 400	216,7 ± 29,89	0,30 ± 0,04
bela moka tip 500	2591,38 ± 250,78	3,55 ± 0,34
polbela moka tip 850	299,11 ± 7,12	0,41 ± 0,01
črna moka tip 1100	341,84 ± 28,48	0,47 ± 0,04
črna moka tip 1600	385,38 ± 34,68	0,53 ± 0,05
polnozrnata moka	402,78 ± 17,51	0,55 ± 0,02
skupaj	4237,19	5,8 ± 0,5

Legenda: SD, standardni odklon

Ocena zaužite količine vlaknin, v kolikor bi z administrativnim ukrepom spremenili standardno tipizacijo mok

Osnova tipizacije mok je vsebnost mineralnih snovi v moki. Vsak tip moke ima določeno spodnjo in zgornjo vsebnost mineralov. Moke, ki ne ustrezajo tipu, ne smejo biti v prometu. Z administrativnim ukrepom bi lahko spremenili zgornjo mejo mineralnih snovi za vsak tip moke. Tip moke označuje povprečno vsebnost mineralov v mg/100 g izdelka. Iz podatkov za vsebnost mineralov in vlaknin lahko določimo spodnjo linearno matematično korelacijo, kjer predstavlja "V" vsebnost vlaknin v g/100 g, "M" pa predstavlja vsebnost mineralov v mg/100 g.

$$V = 0.00564 \times M - 0.01688$$

S pomočjo enačbe smo izračunali vsebnost vlaknin v moki tipa 500, ki je najbolj zastopana na slovenskem trgu, v kolikor bi zgornjo dopustno mejo mineralnih snovi iz sedanjih zakonsko določenih 600 mg/100 g dvignili na 749/100 g, kar je spodnja meja za naslednji tip moke, to je 850. Ta moka, ki bi se še vedno imenovala tip 500, bi vsebovala do 4,1 g vlaknin na 100 g in bi se po vsebnosti vlaknin zelo približala tipu 850. Dnevni doprinos k zaužiti količini vlaknin bi znašal 4,8 g namesto dosedanjih 3,55 g, kar bi celodnevno količino zaužitih vlaknin povečalo na 7,2 g na osebo. S spremembo zgornje meje mineralnih snovi vseh ostalih tipov bi zagotovo lahko pridobili še nekaj gramov vnosa vlaknin na dan.

4 RAZPRAVA

Polnozrnati izdelki iz žit so eden pomembnejših virov prehranskih vlaknin; nasprotno je v belih mokah in izdelkih iz belih mok vlaknin 3 do 4-krat manj. V Sloveniji smo glede na podatke Statističnega zavoda v letih 2019 do 2021 porabili za hrano 155.666 ton pšenice, kar bi ob upoštevanju 75-% izkoristka meljave znašalo 116.750 ton različnih mok. Glede na deleže, podane v Tabeli 1, količina črne moke tipa 1600 in polnozrnate moke, ki sta po sestavi primerljivi, znaša skupaj 6,3 %, kar bi, preračunano na dnevno porabo, znašalo 10,0 g polnozrnatih izdelkov. Podatki o zaužitih polnozrnatih žitnih izdelkih iz obstoječe literature („Whole grain intake across European countries | Knowledge for policy“, b. d.) navajajo v srednje evropskih državah porabo 15 g polnozrnatih izdelkov dnevno, iz česar lahko sklepamo, da v Sloveniji zaužijemo vsaj 50 % polnozrnatih izdelkov manj. Pri opazovanju podatkov o povprečnih vnosih vlaknin v ostalih članicah Evropske unije so uporabili podatke o povprečnih vnosih pri posameznikih v starostni skupini nad 20 let, pri tem pa je potrebno upoštevati še dejstvo, da na evropski ravni opredelitev polnozrnatih izdelkov ni enotna, kar smatramo kot omejitveni faktor (Scientific opinion on the substantiation of health claims related to whole grain, 2006).

Na podlagi rezultatov lahko prvo hipotezo potrdimo. Izdelki iz bele moke so večinsko najbolj zastopani na slovenskem trgu. Zaradi visokega tržnega deleža kljub nizki vsebnosti vlaknin s to skupino izdelkov zaužijemo največ prehranskih vlaknin. Polnozrnati izdelki, vključno z moko tipa

1600, ki je po sestavi podobna polnozrnati, predstavljajo 6,3 % tržnega deleža in pripomorejo k dobremu gramu dnevnega vnosa prehranskih vlaknin.

Druge hipoteze žal ne moremo potrditi. Pšenični izdelki k priporočenemu dnevni vnosu vlaknin, ki znaša za moške do 35 g na dan, doprinesejo le 5,8 gramov. Raziskava ni vključila podatkov o zaužitih količinah drugih žit, rži, ječmena, ovsa, koruze in ajde, vendar ti, glede na statistične podatke o porabljenih količinah, ne predstavljajo znatnega količinskega vnosa vlaknin.

Hipotezo 3 lahko potrdimo. S spremembo dopustne zgornje meje mineralnih snovi v dosedanjih tipih mok bi posledično vplivali na vnos vlaknin. Zato ocenjujemo, da bi lahko z administrativnimi ukrepi na zelo blag in potrošniku skoraj neopazen način povečali vnos prehranskih vlaknin iz pšeničnih izdelkov za polovico.

K povečanemu vnosu vlaknin lahko pripomoremo tudi z ustreznimi zahtevami zakonodaje glede označevanja polnozrnatih izdelkov. Na Danskem in Švedskem mora biti, denimo, v polnozrnatih izdelkih vsaj 50 % polnozrnatih sestavin, medtem ko je na Nizozemskem izdelek lahko označen kot polnozrnat le v primeru stodontnega deleža polnozrnatih moka (Scientific opinion on the substantiation of health claims related to whole grain, 2006). Podobne zahteve kot na Danskem veljajo tudi v Sloveniji (Pravilnik o kakovosti pekovskih izdelkov, 2019). Uvedba enotne EU zakonodaje bi lahko olajšala primerljivost podatkov med različnimi državami, obenem pa bi poenotila količino prisotnih prehranskih vlaknin v kruhah in drugih izdelkih, ki se po obstoječi zakonodaji smejo poimenovati kot polnozrnati.

5 ZAKLJUČEK

Študija kaže, da znaten delež pšeničnih izdelkov na našem trgu predstavljajo bele moka in izdelki, pripravljeni iz belih mok. Pšenični izdelki predstavljajo nad 80 % vseh zaužitih izdelkov iz žit, preostali izdelki v študijo niso zajeti, zato bi bilo smiselno v nadaljevanju raziskave določiti še količine vlaknin, ki jih zaužijemo iz drugih žit, ovsa, rži, koruze in ajde. Vsekakor pa je potrebno v prihodnje na nacionalnem nivoju predvideti ukrepe za povečanje količine zaužitih vlaknin v pšeničnih izdelkih. Povečanje je mogoče doseči vsaj na tri načine. Enega predstavlja konsenz deležnikov, Ministrstva za zdravje, Ministrstva za kmetijstvo in industrije. Po drugi strani je mogoče doseči spremembo pravilnika o izdelkih iz žit. Ta sprememba mora povečati zgornjo mejo vsebnosti mineralov za vsak tip moka, kar bi posledično pomenilo tudi dvig vsebnosti vlaknin. Druga možnost za povečanje vnosa vlaknin iz žit je, da industrija stopenjsko reformulira predvsem pekarske izdelke tako, da jih obogati z viri, ki so bogati z vlakninami, predvsem z dodatki otrobov in perifernih delov zrnja. Brez dvoma je prizadevanja za večjo količino zaužitih vlaknin potrebno podkrepiti z usmerjenimi marketinškimi akcijami, tako proizvajalcev in združenj

na eni strani kot ministrstev na drugi strani. Dobro organizirano pot predstavlja tudi slovenka platforma za polnozrnatne izdelke, ki jo je oblikovala Gospodarska zbornica Slovenije.

LITERATURA IN VIRI

1. Barber, T. M., Kabisch, S., Pfeiffer, A. F. H. in Weickert, M. O. (2020). The Health Benefits of Dietary Fibre. *Nutrients*, 12(10), 3209. <https://doi.org/10.3390/nu12103209>
2. David, L. A., Maurice, C. F., Carmody, R. N., Gootenberg, D. B., Button, J. E., Wolfe, B. E., ... Turnbaugh, P. J. (2014). Diet rapidly and reproducibly alters the human gut microbiome. *Nature*, 505(7484), 559–563. <https://doi.org/10.1038/nature12820>
3. Dhingra, D., Michael, M., Rajput, H. in Patil, R. T. (2012). Dietary fibre in foods: a review. *Journal of Food Science and Technology*, 49(3), 255–266. <https://doi.org/10.1007/s13197-011-0365-5>
4. *FoodData Central*. (b. d.). Pridobljeno 13. 4. 2023 s <https://fdc.nal.usda.gov/fdc-app.html#/food-details/1103170/nutrients>
5. Micha, R., Khatibzadeh, S., Shi, P., Andrews, K. G., Engell, R. E. in Mozaffarian, D. (2015). Global, regional and national consumption of major food groups in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys worldwide. *BMJ Open*, 5(9), e008705. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008705>
6. Moeller, A. H., Li, Y., Mpoudi Ngole, E., Ahuka-Mundeye, S., Lonsdorf, E. V., Pusey, A. E., ... Ochman, H. (2014). Rapid changes in the gut microbiome during human evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(46), 16431–16435. <https://doi.org/10.1073/pnas.1419136111>
7. *Overview of dietary fibre intake across European countries | Knowledge for policy*. (b. d.). Pridobljeno 13. 4. 2023 s https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/dietary-fibre-overview-3_en
8. Quagliani, D. in Felt-Gunderson, P. (2017). Closing America's Fiber Intake Gap: Communication Strategies From a Food and Fiber Summit. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(1), 80–85. <https://doi.org/10.1177/1559827615588079>
9. Quigley, E. M. M. (2011). The enteric microbiota in the pathogenesis and management of constipation. *Best Practice & Research. Clinical Gastroenterology*, 25(1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2011.01.003>
10. Pravilnik o kakovosti pekovskih izdelkov (2019). *Uradni list RS*, št. 11/15 in 22/19 – popr.)
11. Round, J. L. in Mazmanian, S. K. (2009). The gut microbiota shapes intestinal immune responses during health and disease. *Nature Reviews. Immunology*, 9(5), 313–323. <https://doi.org/10.1038/nri2515>
12. Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to whole grain (ID 831, 832, 833, 1126, 1268, 1269, 1270, 1271, 1431) pursuant to Article 13(1) of Regulation (EC) No 1924/2006. (b. d.). *EFSA Journal*, (2010; 8(10):1766). <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1766>
13. Stephen, A. M., Champ, M. M.-J., Cloran, S. J., Fleith, M., van Lieshout, L., Mejbörn, H. in Burley, V. J. (2017). Dietary fibre in Europe: current state of knowledge on definitions, sources, recommendations, intakes and relationships to health. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 149–190. <https://doi.org/10.1017/S095442241700004X>
14. Wang, Y., Duan, Y., Zhu, L., Fang, Z., He, L., Ai, D. in Jin, Y. (2019). Whole grain and cereal fiber intake and the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis. *International Journal of Molecular Epidemiology and Genetics*, 10(3), 38–46.

15. Weickert, M. O. in Pfeiffer, A. F. H. (2018). Impact of Dietary Fiber Consumption on Insulin Resistance and the Prevention of Type 2 Diabetes. *The Journal of Nutrition*, 148(1), 7–12. <https://doi.org/10.1093/jn/nxx008>
16. *Whole grain intake across European countries | Knowledge for policy*. (b. d.). Pridobljeno 13. 4. 2023 s https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/whole-grain-5_en
17. Woo, H.-I., Kwak, S. H., Lee, Y., Choi, J. H., Cho, Y. M. in Om, A.-S. (2015). A Controlled, Randomized, Double-blind Trial to Evaluate the Effect of Vegetables and Whole Grain Powder That Is Rich in Dietary Fibers on Bowel Functions and Defecation in Constipated Young Adults. *Journal of Cancer Prevention*, 20(1), 64–69. <https://doi.org/10.15430/JCP.2015.20.1.64>

LISTERIOZA V NOSEČNOSTI: PREGLED LITERATURE

LISTERIOSIS IN PREGNANCY: A LITERATURE REVIEW

Laura Aracki, dipl. m. s.

pred. Jasmina Nerat

asist. Kasandra Musović

Damijana Bosilj, dr. med., spec. ginekologije in porodništva

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, Katedra za zdravstveno nego

laura.aracki@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Bolezen listerioza, ki je v današnjem svetu med vodilnimi in lahko med nosečnostjo povzroča številne zaplete, kot so spontani splav, prezgodnji porod in mrtvorojenost otroka, je zaradi svoje preproste simptomatike še vedno velika uganka. Namen raziskave je s pregledom, analizo in sintezo literature raziskati stopnjo osveščenosti nosečnic o listeriozi in preprečevanju bolezni.

Metode: Pri raziskovalnem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela. Pregled znanstvene literature, pridobljene na osnovi izbranih vključitvenih in izključitvenih kriterijev, je potekal v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in ScienceDirect.

Rezultati: Po pregledu literature smo v analizo vključili 6 raziskav. Ugotovili smo, da je listerioza ena izmed vodilnih bolezni v nosečnosti, vendar velikokrat diagnosticirana prepozno. Literatura opozarja na nepoznavanje bolezni med izpostavljeno populacijo. Dejavnikov tveganja za nastanek bolezni se zaveda le manjši delež sodelujočih v vključenih raziskavah, kar na žalost kaže na slabo izobraženost ciljne populacije ter slabo predajanje znanja s strani zdravstvenega osebja.

Diskusija in zaključek: Listerioza velja za bolezen, ki jo lahko s poznavanjem dejavnikov tveganja preprečimo ali uspešno obvladujemo. Zdravstveno osebje bi moralo o tematiki pridobiti več znanja in ga dosledneje predajati nosečnicam na različne načine, ki so v današnjem času možni in enostavni.

Ključne besede: nosečnost, listerioza, *Listeria Monocytogenes*, dejavniki tveganja, osveščenost.

ABSTRACT

Introduction: The disease listeriosis, which is among the leaders in today's world, causes many complications during pregnancy, such as miscarriage, premature birth and stillbirth, and is still a big mystery due to its simple symptoms. The purpose of the research is to examine the level of

awareness of pregnant women about listeriosis and the prevention of listeriosis by reviewing, analyzing and synthesizing the literature.

Methods: We used a descriptive method of work in our research. The literature obtained on the basis of the selected inclusion and exclusion criteria in the databases PubMed, CINAHL and ScienceDirect.

Results: After reviewing the entire literature, six studies were included in the analysis. Among the selected articles we found that listeriosis is one of the leading pregnancy diseases, but it is often diagnosed too late. The literature draws attention to the lack of awareness and knowledge of the disease itself among the exposed population. The risk factors are known by a smaller percent of participants in the included researches, which unfortunately shows the poor education of the exposed population and the poor transmission of knowledge by employees in healthcare.

Discussion and conclusion: Listeriosis is a disease that can be successfully managed and prevented by knowing the risk factors. Healthcare professionals should gain more knowledge on this topic and pass it on to pregnant women more consistently in various possible and easy ways.

Key words: pregnancy, listeriosis, *Listeria Monocytogenes*, risk factors, awareness

1 UVOD

Listeriozo povzroča gram-pozitivna bakterija, *Listeria Monocytogenes*, ki ne tvori spor (Xu et al., 2017). Bakterija povzroči razvoj bolezni pri starejših ljudeh, ljudeh z oslabljenim imunskim sistemom ter nosečnicah (Lorber, 2012; Vázquez-Boland, Kryptou, & Scotti, 2017). Okužba in razvoj nadaljnje bolezni je posledica izpostavljenosti sami bakteriji *Listeria Monocytogenes*, ki se prenaša z okuženo hrano. Bakterija prenaša visok pH, nizke temperature in visoke koncentracije soli, kar ji omogoča ugodno razmnoževanje v vodi, odplakah, gnoju, živalski krmi ter kontaminirani surovi in hlajeni hrani (McLauchlin & Riegel, 2012; Serventi et al., 2020).

En primer na sedem potrjenih okužb z *Listeria Monocytogenes* je potrjena nosečniška listerioza. V primerjavi z ženskami, ki niso noseče, v rodni dobi se pri nosečnicah pojavlja večje tveganje za nastanek listerioze (in sicer za kar 95 %). Pomembno se je zavedati, da so nosečnice bolezni izpostavljene kar 10–15 krat bolj kot ostali ter v celoti predstavljajo 10–24 % vseh zavedenih okužb z *Listeria Monocytogenes* (Wadhwa Desai & Smith, 2017).

Bolezen pri nosečnicah najpogosteje potrdijo v tretjem tromesečju ali v poporodnem obdobju, in sicer kar v 66 % primerov, v nasprotju s potrditvijo v prvih dveh tromesečjih, kjer je uspešnost samo 3 %. Prisotnost bakterije *Listeria Monocytogenes* se lahko zanesljivo potrdi z odvzemom in laboratorijskim pregledom amnijske tekočine, placente in visokega vaginalnega brisa. Z nastopom vročinskega stanja pri materi se gibi ploda zmanjšajo, prezgodnji porod pa se pojavi v roku enega tedna. Med samim porodom se lahko zviša telesna temperatura, amnijska tekočina pa se vidno obarva z mekonijem (McLauchlin & Riegel, 2012).

Prezgodnji porod je pogost zaplet v primerih nosečniške listerioze. Večina (64 %) vseh živorojenih novorojenčkov z listeriozo je bila rojenih prezgodaj (22–36 teden gestacije), med katerimi jih je bilo 14 % rojenih izjemno prezgodaj (22–27 teden gestacije) (Wadhwa Desai & Smith, 2017). Raziskava, izvedena v Franciji, je dokazala, da je v času okužbe z *Listerio Monocytogenes* 24 % nosečnic splavilo, 45 % doživelo prezgodnji porod in 21 % utrpelo porod s kombinacijo vročine, pretoka mekonija, bradikardijo ali tahikardijo ploda, kar 50 % teh nosečnosti pa se je končalo s carskim rezom (Charlier et al., 2017).

Namen prispevka je s pregledom, analizo in sintezo literature raziskati stopnjo osveščenosti nosečnic o listeriozi in preprečevanju listerioze.

2 METODE

Za pisanje prispevka smo sistematično pregledali in analizirali znanstveno literaturo s področja listerioze v nosečnosti. Uporabili smo deskriptivno ali opisno metodo dela. Literaturo, ki smo jo vključili v raziskavo, smo primerjali ter uporabili tehniko kompilacije za združevanje zajetih podatkov.

Literaturo smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in ScienceDirect. Pri iskanju in zbiranju virov in literature smo uporabili iskalni niz: ("pregnant women" OR pregnan*) AND (listeriosis OR "listeria monocytogenes") AND (education OR knowledge) AND ("risk factors" OR "factors of risk"). Vključili smo literaturo, ki se navezuje na ozaveščenost nosečnic o listeriozi ter njenem preprečevanju. Vključili smo polno dostopne članke, ki temeljijo na kvantitativni ali kvalitativni metodologiji in raziskave mešanih metod, objavljene v angleškem jeziku. Izključili smo vse vire, katerih vsebina ne vključuje obravnavane teme, ter raziskave, starejše od 10 let.

Vključene raziskave smo razvrstili po nivojih oz. hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2021), s katerimi smo ocenili moč dokazov. Izsledke raziskav smo prikazali v evalvacijski tabeli, ki predstavlja zlati standard evalvacije (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

3 REZULTATI

Ob postavitvi iskalnega niza smo v ciljnih podatkovnih bazah dobili naslednje rezultate: v podatkovni bazi CINAHL smo dobili 10 zadetkov, PubMed 1 zadetek in ScienceDirect 71 zadetkov. Vključili smo dodatno ročno najdenih 11 virov. Med vsemi pridobljenimi viri nismo zaznali duplikatov. Pregledali smo torej 93 člankov in po kriteriju ustreznosti naslova in povzetka izključili 63 člankov. V celoti smo pregledali 30 člankov in zaradi neustreznosti celotnega

besedila izključili še 21 člankov. Od začetno pridobljenih 93 člankov smo v podrobnejšo analizo literature vključili 6 člankov.

Značilnosti identificiranih raziskav smo prikazali v obliki evalvacijske tabele 1, v katero smo vključili avtorja, leto in državo izvedbe raziskave, vrsto raziskave, cilje raziskave, opazovan vzorec raziskave, glavne rezultate in nivo dokaza. Prikazali smo predvsem rezultate, ki smo jih dobili v skladu s pojavnostjo listerioze, poznavanjem in izogibanjem rizičnim dejavnikom za pojav listerioze ter samo ozaveščenostjo nosečnic o pojavu in nastanku listerioze.

Tabela 1: Značilnosti identificiranih raziskav

Avtor, leto, država	Vrsta raziskave	Cilji raziskave	Vzorec raziskave	Glavni rezultati identificiranih raziskav	Nivo dokaza
Charlier et al., 2017, Francija	Kvantitativna metodologija, prospektivna opazovalna kohortna raziskava.	Opisati klinične značilnosti in prognostične dejavnike pri listeriozi.	n = 118 z listerijo okuženih nosečnic	<ul style="list-style-type: none"> - Le 5 % od 107 nosečnic ni imelo težav pri porodu. - 24 % od 107 nosečnic je doživelo splav. - 45 % od 107 nosečnic je prehitro rodilo. - 22 % od 107 nosečnic je imelo porod z vročino, mekonijsko obarvano amnijsko tekočino, patološke plodove utripe. - 40 % od 101 nosečnice je imelo carski rez. - Od 48 primerov prezgodnjega poroda je bilo 20 otrok (42 %) rojenih pred 32. tednom, 21 otrok (44 %) med 32. in 34. tednom, in 7 otrok (15 %) med 34. in 36. tednom. - 6 novorojenčkov je v roku 7-17 dni razvilo pozno neonatalno listeriozo. - Placenta in želodčna tekočina novorojenčka sta najbolj učinkoviti pri občutljivosti za diagnosticiranje Listerie Monocytogenes. - Od 64 odvzetih vzorcev placente je bilo kar 50 teh pozitivnih (78 %). - Od odvzetih 67 vzorcev želodčne tekočine je bilo pozitivnih 52 primerov (78 %). 	NIVO 5

Avtor, leto, država	Vrsta raziskave	Cilji raziskave	Vzorec raziskave	Glavni rezultati identificiranih raziskav	Nivo dokaza
Cook, Graves, & Kirkham, 2018, Kanada	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava, anketni vprašalnik.	Ugotoviti znanje in prakso kanadskih izvajalcev perinatalne oskrbe pri svetovanju nosečnicam o varnosti hrane.	n = 3199 medicinskih sester, babic, družinskih zdravnikov, ginekologov in porodničarjev	<ul style="list-style-type: none"> - Listerioza se lahko pojavi kadarkoli v času nosečnosti, vendar najpogosteje do 28. tedna. - Nosečnice so 16-27 % bolj izpostavljene listeriozi kakor ženske iste starosti v rodni dobi. - 99,1 % anketiranih je o listeriozi že slišalo. - 36,5 % anketiranih je nepravilno opredelilo tvegano prehrano. - Kot tvegano prehrano so pravilno opredelili nepasterizirano mleko (85,7 %), predpripravljeni in surovi delikatesni izdelki (72,5 %), mehki siri (69,7 %), morska hrana (63,2 %) in neumito sadje ter zelenjava (49,2 %). 	NIVO 5
Mateus, Maia, & Teixeira, 2014, Portugalska	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava, anketni vprašalnik.	Oceniti znanje in prakso na podlagi varnosti hrane med nosečnicami, pri katerih obstaja večje tveganje za listeriozo.	n = 956 nosečnic	<ul style="list-style-type: none"> - 43 % vseh potrjenih primerov okužbe z listerijo se razvije pri nosečnicah. - Le 12,2 % anketiranih nosečnic je slišalo za listeriozo in 47,0 % teh žensk ni vedelo za težave, ki jih lahko povzročijo. - 19,8 % žensk je potrdilo, da so v času nosečnosti prejele veliko informacij na temo listerioze, 57,4 % da niso prejele nobene informacije in 31,9 % da so prejele skromno količino informacij. - 32,3 % nosečnic v času nosečnosti ni spremenilo svojih prehranskih navad. - 55,4 % nosečnic je svojo prehrano spremenilo pri količini zaužite soli, sladkorja in maščob, 50,9 % je sadje in zelenjavo umivalo, 30,6 % je hrano temeljito prekuhalo, 3,4 % je sadje olupilo. 	NIVO 5

Avtor, leto, država	Vrsta raziskave	Cilji raziskave	Vzorec raziskave	Glavni rezultati identificiranih raziskav	Nivo dokaza
				<ul style="list-style-type: none"> - 32 % nosečnic se izogiba prehranjevanju v restavracijah, 56,6 % jih je pravilno opredelilo tvegano hrano v nosečnosti za pojav listerioze. - Odstotek žensk, ki niso pravilno prepoznale tveganega živila, se je z naraščanjem stopnje izobrazbe zmanjšal: 43,4 % nepravilnih odgovorov pri ženskah z osnovnošolsko izobrazbo, 25,1 % pri ženskah s srednjo izobrazbo in 9,2 % nepravilnih odgovorov pri tistih, ki imajo višjo izobrazbo. 	
Pereboom, Manniën, Spelten, Schellevis, & Hutton, 2013, Nizozemska	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava, anketni vprašalnik.	Oceniti znanje nosečnic v zvezi s toksoplazmozo, listeriozo in preprečevanjem okužb pri nosečnicah.	n = 1097 nosečnic	<ul style="list-style-type: none"> - Od 1097 anektiranih nosečnic jih je 61,7 % poznalo bolezen listeriozo. - Kar zadeva listeriozo, je bilo tvegano vedenje bolj razširjeno med anketirankami, ki so bile v zadnjem tromesečju. - 45,8 % nosečnic se je zavedalo, da lahko povečajo tveganje okužbe z listerio z zaužitjem predpripravljenih pogretil obrokov. - 46 % nosečnic je izpostavilo vsaj en rizični dejavnik za pojav listerioze. - 	NIVO 5

Avtor, leto, država	Vrsta raziskave	Cilji raziskave	Vzorec raziskave	Glavni rezultati identificiranih raziskav	Nivo dokaza
Taylor et al., 2012, Velika Britanija	Raziskava mešanih metod, fokusne skupine, anketni vprašalnik.	Razumeti znanje, stališča, prakse in potrebe nosečnic glede varnosti hrane s tveganjem za listeriozo.	n = 107 nosečnic	<ul style="list-style-type: none"> - Znanje o živilih z visokim tveganjem in varnih živilskih praksah je bilo omejeno. - 16,7 % nosečnic je zaužilo 2 ali več visoko tveganih živil. 	NIVO 7
Zhou et al., 2018, Avstralija	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava, anketni vprašalnik.	Oceniti ozaveščenost nosečnic o priporočilih glede toksičnosti listerioze med nosečnostjo ter vpliv ozaveščenosti na kakovost prehrane.	n = 86 nosečnic med 10. in 23. tednom nosečnosti ter med 34. in 36. tednom nosečnosti	<ul style="list-style-type: none"> - 67 nosečnic (82,7 %) se je zavedalo pomembnosti varne prehrane. - 18,5 % nosečnic je bilo poučenih o priporočljivih dietah, 11,1 % pa o živilih, ki se jim je priporočljivo izogibati. Le ena nosečnica je dobila natančna navodila in usmeritve glede listerioze. 	NIVO 5

4 RAZPRAVA

V raziskavi smo na osnovi pregleda literature raziskovali stopnjo ozaveščenosti nosečnic o listeriozi. Številni avtorji opredeljujejo poznavanje in zavedanje o posledicah listerioze z zelo različnimi rezultati. Cook et al. (2018) so ugotovili, da je vsaj 99,1 % vseh anketiranih listeriozo že poznalo, vendar je bila kar tretjina teh prepričanih, da je listerioza samo nosečniška bolezen. Zhou et al. (2018) izpostavljajo, da je listeriozo poznalo in ji pozornost posvečalo samo 59,2 % anketiranih nosečnic, najbolj zaskrbljujoče rezultate pa navajajo Mateus et al. (2014), ki so poznavanje listerioze ugotovili pri samo 12,2 % nosečnic.

Naše raziskovanje je bilo osredotočeno predvsem na poznavanje rizičnih dejavnikov, ki povečujejo možnost nastanka listerioze v nosečnosti. Cook et al. (2018) so ugotovili, da je kar 36,5 % anketiranih nepravilno opredelilo poznavanje rizičnih dejavnikov, v našem primeru dotično živil, ki bi jih lahko dodatno izpostavile okužbi z *Listerio Monocytogenes*. Nasprotno spoznanje pa so opredelili Mateus et al. (2014), ki so poznavanje žensk o rizičnih faktorjih opredelili s kar pozitivnimi 56,6 %, kar je glede na ostale pridobljene dokaze presenetljivo dober rezultat.

Ker se pričakuje, da informacije o grozečih boleznih v času nosečnosti ženske dobijo od zdravstvenega osebja, smo se na kratko dotaknili tudi poznavanja listerioze med zdravstvenim osebjem. Ugotovili smo, da so Cook et al. (2018) najboljše poznavanje listerioze dokazali pri medicinskih sestrah in babicah, najslabše poznavanje pa pri ginekologih in porodničarjih.

Wadhwa Desai & Smith (2017) poročata, da so z ozaveščanjem žensk v rodni dobi o varni prehrani in izpostavljanju kontaminirani hrani dosegli kar 42 % zmanjšanje primerov potrjene listerioze. Pereboom et al. (2013) navajajo, da je 46 % vseh anketiranih nosečnic navedlo vsaj en rizični dejavnik za povečanje tveganja nastanka listerioze, Taylor et al. (2012) pa izpostavljajo, da je vsaj 16,7 % nosečnic zaužilo 2 ali več tveganih živil. Pereboom et al. (2013) tudi ugotavljajo, da je bilo večino tvegane vedenja s področja varne prehrane, in s tem uživanja visoko tveganih živil, prisotno pri ženskah v tretjem tromesečju. 32,3 % žensk svojih prehranjevalnih navad v času nosečnosti ni spremenilo, le 30,6 % nosečnic je svojo hrano temeljito prekuhalo, samo 3,4 % nosečnic pa si je sadje olupilo in umilo, navajajo Mateus et al. (2014), vendar dodajajo, da je podatek o poznavanju varne prehrane v času nosečnosti ravno nasproten, saj je 55,4 % nosečnic delno spremenilo način prehranjevanja, in sicer z zmanjšanjem soli, sladkorja in maščob.

Med samim pregledom literature smo raziskovanje omejili na določene iskalne baze. V bazah smo raziskovanje še dodatno omejili glede na jezik iskanih raziskav ter tematsko ustreznost zastavljeni temi, ki smo jo hoteli raziskati, torej specifično na listeriozo v nosečnosti. Ob zbiranju podatkov ter prebiranju člankov smo ugotovili, da je ta tema v svetu še zelo neraziskana in nejasna, kljub temu da listerioza velja za bolezen, ki lahko prinaša resne posledice, tako za

nosečnico kot za zdravje njenega otroka. Bolezen je lahko obvladljiva s pravnimi pristopi prepoznavanja rizičnih dejavnikov, učenja prepoznavanja simptomov, tako nosečnic kakor zdravstvenega osebja, in predvsem obvladljiva s pravnimi in vztrajnimi pristopi izobraževanja, tako rizično izpostavljenih skupin kakor tudi zdravstvenega osebja.

5 ZAKLJUČEK

Listerioza v nosečnosti v svetu še vedno predstavlja dokaj nepoudarjeno tematiko. Kljub naprednemu razvoju medicine, zdravstvene nege in zdravstveno vzgojnega izobraževanja se zdi, da za izobraževanje in podajanje informacij v zvezi z listeriozo zdravstveno osebje še ni dovolj strokovno podkvano. Ob raziskovanju in prebiranju literature smo ugotovili, da bolezen nosi veliko posledic, ki so lahko ovira pri nadaljevanju zdrave nosečnosti, nekatere od njih so lahko celo usodne, pa kljub temu ob pojavu simptomov ne nosečnice in ne zdravstveni delavci ne pomislijo na to zahrbtno in velikokrat splošno simptomatsko bolezen.

Za prenos informacij in pravilno obravnavanje rizičnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na ženske v rodni dobi in na ženske v obdobju nosečnosti, je pomembno začeti delati predvsem na začetku, tj. na zdravstvenih delavcih, ki so nepogrešljiv del prenosa informacij do pacienta. Dosedanje raziskave niso pokazale zadovoljivega znanja o dejavnih tveganja za pojav listerioze, pokazale pa so, da se vedno več ljudi srečuje z okužbo *Listeria Monocytogenes*, je na njo pozorno, vendar še vedno s premajhnim zavedanjem o preprečitvi in o posledicah, ki lahko doletijo prej zdravo nosečnico.

LITERATURA IN VIRI

1. Charlier, C., Perrodeau, E., Leclercq, A., Cazenave, B., Pilmis, B., Henry, B. et al. (2017). Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the monalisa national prospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(5), 510–519. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30521-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30521-7)
2. Cook, J. L., Graves, L., & Kirkham, C. (2018). Listeriosis in pregnancy: practitioners' food safety counselling practices to pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(9), 1139–1147. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.021>
3. Lorber, B. (2012). Listeriosis. In L. Goldman & A. I. Schafer (Eds.). *Goldman's Cecil Medicine* (24th ed., pp. 1835–1836). Philadelphia: Elsevier Saunders.
4. Mateus, T., Maia, R. L., & Teixeira, P. (2014). Awareness of listeriosis among Portuguese pregnant women. *Food Control*, 46, 513–519. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2014.06.012>
5. McLauchlin, J., & Riegel, P. (2012). Coryneform bacteria, listeria and erysipelothrix: diphtheria; listeriosis; erysipeloid. In D. Greenwood, M. R. Barer, W. Irving & R. C. B. Slack (Eds.). *Medical microbiology: a guide to microbial infections: pathogenesis, immunity, laboratory diagnosis and control* (18th ed., pp. 199–210). London: Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-4089-4.00032>

6. Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
7. Pereboom, M. T. R., Manniën J., Spelten, E. R., Schellevis, F. G., & Hutton, E. K. (2013). Observational study to assess pregnant women's knowledge and behaviour to prevent toxoplasmosis, listeriosis and cytomegalovirus. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(98), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-98>
8. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
9. Serventi, L., Curi, B., Johns, R., Silva, J., Bainbridge, R., & Gaither, K. (2020). Pregnancy complicated by *Listeria Monocytogenes*: a case report and review of the literature. *Journal of the National Medical Association*, 112(4), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.05.002>
10. Taylor, M., Melissandre, M.K., Noel, M., Brisdon, S., Berkowitz, J., Gustafson, L. et al. (2012). Pregnant women's knowledge, practices, and needs related to food safety and listeriosis. *Canadian Family Physician*, 58(10), 1106–1112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23064922/>
11. Vázquez-Boland, J. A., Kryptou, E., & Scotti, M. (2017). *Listeria* placental infection. *American Society for Microbiology*, 8(3), Article e00949-17. <https://doi.org/10.1128/mBio.00949-17>
12. Wadhwa Desai, R., & Smith, M. A. (2017). Pregnancy-related listeriosis. *Birth Defects Research*, 109(5), 324–335. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1121>
13. Xu, W., Cater, M., Gaitan, A., Drewery, M., Gravois, R., & Lammi-Keefe, C. J. (2017). Awareness of *Listeria* and high-risk food consumption behavior among pregnant women in Louisiana. *Food Control*, 76, 62–65. <https://doi.org/10.1016/j.foodcont.2017.01.009>
14. Zhou, S. J., Greco, R.L., Grivell, R., Louise, J., Deussen, A., Dodd, J. et al. (2018). Awareness of listeriosis and methylmercury toxicity public health recommendations and diet during pregnancy. *Women and Birth*, 32(1), e65–e70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.005>

MATERINA ČUSTVENA RAZPOLOŽLJIVOST NA PREHODU V MATERINSTVO

MATERNAL EMOTIONAL AVAILABILITY IN TRANSITION TO MOTHERHOOD

Nika Juvan, dipl. bab.

mag. Metka Skubic, dipl. bab., univ. dipl. ped.

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo

juvan.nika@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Prehod v materinstvo in starševstvo je intenzivno, stresno obdobje, ki predstavlja izziv tudi v duševnem zdravju ženske. Pogosto se pojavi še vedno tabuizirano stanje t.i. okrnjena čustvena razpoložljivost pri materi, kar pomeni, da je mati na znake otrokove stiske manj občutljiva, otroka lahko posledično zanemarja ali je do njega celo agresivna.

Metode dela: Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom literature, najdene preko elektronskih baz Cinahl, Science Direct in PubMed. Potek izbire literature je prikazan s PRISMA diagramom, končno število zadetkov pa je bilo obdelano še s CASP kontrolnimi seznamami.

Rezultati: Okrnjena čustvena razpoložljivost se pri materi kaže s spremembo odnosa do okolice in otroka, ki ima negativne posledice na otrokov razvoj. Za oceno interakcije mati-otrok obstaja več načinov, navadno s pomočjo uporabe različnih ocenjevalnih lestvic (npr. lestvice EAS). Z izobraževanjem in ozaveščanjem bodočih staršev o pomenu navezanosti in čustvene razpoložljivosti, učenjem čuječnosti ter spodbujanjem ljubečih interakcij, bi lahko izboljšali kakovostno čustveno razpoložljivost matere v odnosu.

Razprava in zaključek: Prehod v materinstvo je velik izziv, sploh kadar so prisotni dejavniki, ki vplivajo na duševno zdravje žensk. V poporodnem obdobju je pomembna vloga babice, ki ženski nudi individualno, celostno kontinuirano babiško s poudarkom na čustvenem doživljanju in regulaciji stisk, kar predstavlja izhodišče za optimalen začetek življenja z novorojenčkom.

Ključne besede: čustvena razpoložljivost, čustvena regulacija, duševno zdravje, obporodne stiske.

ABSTRACT

Introduction: The transition to motherhood and parenthood is an intense, stressful time that is also challenging for women's mental health. It is often accompanied by the still taboo phenomenon of the mother's limited emotional availability, which means that the mother is less sensitive to signs of her child's distress, and may neglect her child or even be aggressive towards him/her.

Methods: The process of literature selection is presented in a PRISMA diagram and the final number of hits was further processed using CASP checklists.

Results: The mother's emotional availability manifests itself in altered attitudes towards the environment and the child, which has negative consequences for the child's development. There are different ways to assess mother-child interaction, usually using different rating scales (e.g. EAS scales). Educating and sensitising prospective parents about the importance of attachment and emotional availability, teaching mindfulness and encouraging loving interactions could improve the quality of the mother-child relationship.

Discussion and conclusion: The transition to motherhood is challenging, especially when factors that affect women's mental health are present. In the postpartum period, the midwife plays an important role by providing the woman with individualised, holistic and continuous midwifery care that focuses on emotional experience and stress regulation, which is the starting point for an optimal start in life with the newborn.

Keywords: emotional availability, emotional regulation, mental health, perinatal stress.

1 UVOD

Prehod v materinstvo predstavlja eno izmed največjih prelomnic v življenju ženske. Z izzivi v duševnem zdravju ob prehodu v materinstvo se po besedah Drglin (2017) sreča kar 80 % žensk. Kadar težave vztrajajo, lahko postane mati do otroka slabše čustveno razpoložljiva, kar se kaže z zanemarjanjem otrokovih znakov stiske, prisotnostjo strahu, jeze ali celo agresije v njenem odnosu (Røseth et al., 2018). Takšen odnos vpliva na otrokovo odraščanje in posredno na oblikovanje celotne družbe. Kljub temu, da je v Sloveniji v zadnjih letih opaziti več govora o duševnem zdravju žensk v poporodnem obdobju, sploh glede prepoznavanja in zdravljenja poporodne otožnosti in depresije, ne smemo pozabiti na težo ki jo s seboj prinašajo blažje oblike obporodnih stisk, ki prav tako vplivajo na materino čustveno razpoložljivost do njenega otroka. Ravno iz teh razlogov je pomembno da področje materine čustvene razpoložljivosti ob prehodu v materinstvo bolje preučimo in da se zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik z ženskami v tem obdobju naučijo, kateri so dejavniki, ki vplivajo na čustveno razpoložljivost pri materi, na kak način prepoznati težave in kako ob pojavu le teh primerno vplivati.

Prehod v materinstvo obsega obdobje od začetka načrtovanja družine, zanositve, nosečnosti, poroda in obdobje otrokovega odraščanja. Do kdaj traja, ni točno določeno, saj je prehod individualen, se ponavlja z vsako nosečnostjo, in lahko traja tudi celo življenje (Athar, 2020). Ne glede na to kako dolgo traja, obsega spremembe na biološkem, psihološkem, socialnem in duševnem nivoju. Preoblikuje se telo ženske, njeno zdravje, hormonsko ravnovesje, spremeni se njena socialna vloga, ekonomski status, samopodoba in duševno zdravje, pojavijo se nove skrbi in odgovornosti (Drglin, 2017). Na izzive, ki se v tem času pojavijo, je vsaka ženska drugače pripravljena, in se s stresom, ki ga to obdobje prinaša različno soočajo, sploh kadar gre za

ženske, ki postajajo matere prvič in matere samohranilke (Rallis et al., 2014). Prelomnica v raziskovanju odnosov med mamo in otrokom predstavljata zaslužna psiholog John Bowlby kot oče *teorije navezanosti*, in razvojna psihologinja Mary Ainsworth, katere najbolj poznano delo je *preizkus s tujo situacijo* in s tem njen doprinos k teoriji navezanosti. Čeprav koncept čustvene razpoložljivosti (ČR) temelji na teoriji navezanosti, ju ne moremo enačiti, saj pri opisovanju ČR povzemamo afektivno kakovost odnosa med mamo in otrokom, ki presega otrokovo navezanost na skrbnika (Biringen & Easterbrooks, 2012).

Koncept ČR se je začel oblikovati že v letu 1975 s strani Mahler in sodelavcev (1975). Naprej ga je raziskovala doktorica znanosti Zaynep Biringen, ki ČR opisujejo kot odnosni koncept, v katerem so čustva povezana z nenehnim vključevanjem, intimnostjo in razvojnimi spremembami v odnosu in se nanaša na sposobnost mame in njenega otroka, da vzpostavi zdravo čustveno povezavo (Biringen et al., 2014).

Materina čustvena razpoložljivost

Čustveno razpoložljivo mater opisujejo kot naravnano na potrebe in cilje otroka, sposobno sprejemanja in razbiranja otrokovih signalov in sposobno hitrega in primernega odziva na njegove potrebe (Biringen et al., 2014). Mati, ki zmore svojega otroka začutiti, prepoznati njegova čustvena stanja in se nanje odzivati na čustveno usklajen način, ima razvito kompetenco čutnega starševstva. Svojemu otroku je sposobna priskočiti na pomoč, ustvarjati zanj varno okolje, v katerem dovoljuje doživljanje tako prijetnih kot bolečih čustev. Otroka sprejema v različnih čustvenih stanjih, se o njih pogovarja in mu jih pomaga uravnati. V takem okolju lahko otrok vzpostavi temeljno zaupanje, raziskuje svoj notranji svet in ga začne zaupno deliti z drugimi (Cvetek, 2014). Da je lahko mati za otroka dostopna v umirjenem in uglašnem tonu, mora znati regulirati svoja čustva. Vsaka mati se bo znašla v situaciji, ko bo otrok v stiski, ona pa se mora čutno in v umirjenem tonu odzvati, da pomiri in omogoči regulacijo čustev pri otroku, brez da sama zapade v stisko (Rutherford et al., 2015). Hkrati pa je pomembno, da je otrok na dejanja mame odziven in da je med njima prisoten t. i. »feedback« oziroma zveza povratnih informacij, saj le na tak način mama pridobi informacijo in potrditev, da je zadovoljila otrokovo potrebo (Biringen et al., 2014).

Kadar pride do motenj v razvoju materinske identitete, se pri ženski pojavijo občutki dvoma v lastno vrednost, nepripravljenosti, sramote, krivde, razočaranja, pogosto krivijo za neuspeh lastno telo, so odmaknjene od svojega otroka, materinstva in življenja na sploh (Coates et al., 2014). Mati je na otrokove signale stiske manj odzivna, njene reakcije so navadno nerahločutne in nepredvidljive. V odnosu je prisotna previdnost, strah, jeza, včasih celo agresija (Røseth et al., 2018).

Vsi stresni faktorji, ki jih ženska doživi ob prehodu v materinstvo, imajo posredno vpliv tudi na čustveni, kognitivni in telesni razvoj otroka. Pri nosečih ženskah z visoko ravnjo stresa so

ugotovili vpliv na razvoj avtonomnega živčnega sistema pri plodu, večje tveganje prezgodnjega poroda in nižje telesne teže novorojenčka (Pinto et al., 2017). Skozi odraščanje se pri otrocih pogosteje pojavlja oslabiljen spanec, nasilje, oteženo vključevanje v socialno okolje, ko otroci takšnih mater odrastejo, se kaže notranji razkol, nepojasnjena tesnoba, pomanjkanje avtonomije in samozavesti, depresija in motnje vedenja (Biaggi et al., 2015).

2 METODE

Uporabljena je bila deskriptivna (opisna) raziskovalna metoda s sistematičnim pregledom strokovne in znanstvene literature. Iskanje literature je potekalo prek elektronskih baz Cinahl, Science Direct ter PubMed. Literatura je bila iskana s pomočjo uporabe Boolovih (logičnih) operatorjev (AND, OR). Iskanje literature je bilo omejeno na literaturo v slovenskem in angleškem jeziku, s ključnimi besedami v angleškem jeziku: emotional availability, emotional availability scales, assessment, intervention; in slovenskem jeziku: čustvena razpoložljivost, čustvena regulacija, duševno zdravje, obporodne stiske. Izbor virov smo omejili na literaturo, ki je bila objavljena v časovnem obdobju zadnjih 10 let (2012 do 2022). Identificiranih je bilo 230 zadetkov, s pomočjo programa Mendeley (tj. program za shranjevanje in organiziranje virov, upravljanje in citiranje) smo izločili 43 dvojniki. Za nadaljnji pregled nam je ostalo 187 člankov. 54 smo jih odstranili zaradi nedostopnosti, 87 na podlagi pregleda naslova in povzetka, saj niso ustrezali smeri raziskave: npr. opisovanje posledic na otrocih, opisovanje ČR pri ženskah z že obstoječimi psihotičnimi motnjami, osredotočanje na poporodno depresijo idr. Od preostalih 46 člankov smo jih 28 izločili na podlagi naslednjih razlogov: (1) ocenjevanje ČR pri otrokovi starosti nad enim letom (n = 21), (2) ocenjevanje ČR v posvojenih družinah, (n = 4) in (3) ocenjevanje ČR pri očetu ali drugih skrbnikih (n = 4). Ostalo nam je končno število zadetkov (n = 18), ki so bili za zagotovitev kakovostne raziskave pregledani za ustreznost še po kontrolnem seznamu Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

V okviru raziskovalnega dela smo si postavili sledeča raziskovalna vprašanja RV1: Kaj pomeni okrnjena materinska ČR? RV2: Kateri dejavniki vplivajo na ČR matere? RV3: Katere načine ocenjevanja ČR poznamo? RV4: Kakšna je vloga babice pri spodbujanju ČR pri materi?

3 REZULTATI

V analizi rezultatov smo uporabili 18 strokovnih in znanstvenih člankov. Rezultate smo oblikovali na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj.

Dejavniki, ki vplivajo na kakovost čustvene razpoložljivosti matere

Dejavnike, lahko razdelimo v štiri glavne skupine iz različnih obdobjih prehoda v materinstvo:

Dejavniki iz splošnega življenja: osebne značilnosti posameznice, sposobnost obvladovanja stresnih situacij, prirojena nagnjenost k duševnim težavam, socialno-ekonomski status, odnos s partnerjem, zadovoljstvo v razmerju (de Falco et al., 2014; Mingo & Easterbrooks, 2015; Rutherford et al., 2015).

Dejavniki iz obdobja nosečnosti: neželena ali nepričakovana nosečnost, sploh pri najstniških materah, strah pred splavom, pojav patoloških stanj, hospitalizacije, podoživljanje negativnih izkušenj preteklih nosečnosti ali porodov, nerazumevanje s strani okolice in pomanjkanje podpore ali celo prisotnosti nasilja s strani partnerja v času nosečnosti (Velikonja, 2016; Cikili Uytun et al., 2022).

Dejavniki iz obdobja med porodom: se lahko težave pojavijo zaradi neskladnosti pričakovanj in resničnosti porodne izkušnje, sploh kadar gre za travmatično porodno izkušnjo, ob pojavu zapletov, izvedenih medicinskih intervencijah za dokončanje poroda, zaključenim porodom z urgentnim carskim rezom in ob mrtvorojenosti otroka. Vse opisane težave so doživljene kot še hujše, kadar je temu pridruženo materino težje spoprijemanje s stresnimi dogodki (Elmir et al., 2012; Røseth et al., 2018).

Dejavniki iz obdobja po porodu: se prvi izzivi pokažejo že ob spopadanju z dojenjem, sploh kadar se na žensko s strani zaposlenih ustvarja nepotreben pritisk s previsokimi pričakovanji in strogimi zahtevami za dojenje, drugi izzivi se prikažejo ob prehodu v domače okolje, ker se spremenijo vloge vseh članov družine, na materino psihično stanje vplivajo tudi pričakovanja s strani družbe, in predvsem podpora, ki jo dobi s strani sebi najbližjih (Elmir et al., 2012; Velikonja, 2016).

Opazovanje in ocenjevanje

V letu 1987 je začela doktorica znanosti Zaynep Biringen razvijati instrument za ocenjevanje ČR, Emotional availability scales (EAS) ali po slovensko lestvice za ocenjevanje ČR. Izkazal se je za enega najpogosteje uporabljenih, sploh kadar je prilagojen za uporabo v kliničnem okolju, kar potrjuje njegova uporaba v vsaj 25 državah po celem svetu (Biringen, 2009).

Lestvice EAS obsegajo sistem opazovanja s predpostavko, da je možno oceniti, kaj se v odnosu dogaja v določeni točki v času, in omogočajo, da raziskovalci na kliniki zanesljivo povzamejo afektivno kakovost odnosa med staršem in otrokom, ki presega otrokovo navezanost na skrbnika. Ob ocenjevanju se opazuje šest dimenzij, ki pojasnjujejo kakovost odnosov med mamo in otrokom. Štiri komponente odraslega vključujejo *občutljivost, strukturiranost, nevsiljivost in nesovražnost*, medtem ko se pri otroku opazujeta dve komponenti – *njegova odzivnost na odraslega in vključevanje odraslega v interakcijo* (Biringen et al., 2014). Raziskovanje ČR je najprimernejše ob interakciji mame z otrokom, s tem da je treba hkrati

upoštevati vsakega člana v odnosu kot posameznika, njegove osebne lastnosti in vedenje, kot tudi odnos v celoti (Biringen & Easterbrooks, 2012; Mingo & Easterbrooks, 2015).

Ocena čustvene razpoložljivosti se poda na podlagi ocene vse šestih komponent in na podlagi kliničnega pregledovalnika navezanosti in ČR (Emotional Attachment and EA Clinical Screener (EA2-CS)). Strokovnjak, ki je za to izobražen, umesti mati v eno izmed štirih naštetih kategoričnih območij, ki jih opisujejo Saunders in sodelavci (2015; 2017):

1. V območje **»čustveno razpoložljive«** spada mati, ki neguje zdravo čustveno povezavo, je topla in uglašena z otrokom na verbalnem in neverbalnem nivoju. Sem se uvrščajo le najvišje ocene na področju občutljivosti, saj utelešajo splošno pozitivno čustveno in pristno prisotnost.
2. Kot **»prekomerno ali zapleteno ČR«** opisujejo mati, ki je včasih, a ne dosledno čustveno uglašena, ali je njena čustvena prisotnost v odnosu topla, vendar nezrela ali neavtentična
3. V območje **»odmaknjene ČR«** spadajo matere, ki dosegajo nižje od srednjega razpona na področju občutljivosti od otroka in kažejo hladen, mehanski in oddaljen odnos, ter se potencialno izogibajo tesni čustveni povezavi. Takšna mati je lahko še vseeno kompetentna osnovne oskrbe, vendar je njena čustvena interakcija oddaljena in zaprta.
4. Kot najslabša je opisana **»problematična ali motena ČR«**. Takšna je mati, ki kaže nenavadno čustveno prisotnost v odnosu, ne sodeluje pri osnovni oskrbi in interakciji ali pa je ob tem vsiljiva in sovražna.

Vloga zdravstvenih delavcev

Nekaterim materam bo do boljše ČR pomagala interakcija z otrokom, prevzemanje pobude za nego, dojenje in telesni stik, ki ga bo imela s svojim dojenčkom (Røseth et al., 2018). Spodbuja se prvi stik matere z otrokom takoj po porodu, sobivanje in stik koža na kožo, saj se dviguje raven oksitocina pri obeh (Velikonja, 2016). Izredno pomemben je tudi podporni krog, ki ga ima ženska doma, skrb zase in posvečanje samemu sebi, da posluša svoje telo, primerna prehrana, rekreacija in počitek. Kadar pa težave vztrajajo, ali so tako napredovale, da ni dovolj samo prijazna beseda podpore ali nasvet, je včasih potrebno tudi psihoterapevtsko svetovanje, medikamentozno ali bolnišnično zdravljenje, in udeleževanje v različnih podpornih skupinah (Drglin, 2017). Eden izmed takih programov je na primer *ang. Love Now, Success Later* (LNSL), ki se ga lahko pari udeležijo v tretjem tromesečju in jih uči o navezanosti, ČR, vajah čuječnosti in uravnavanju afekta in stresa ter tako spodbuja varno navezanost (Saunders et al., 2015).

Zdravstveni delavci so v stiku z žensko v času prehoda v materinstvo, v ginekoloških ambulantah ob načrtovanju in ob pregledih med samo nosečnostjo, med porodom v porodnišnici, po porodu na oddelku ali na obiskih na domu in kasneje na kontrolnih pregledih. Ravno zaradi tega je s strani vseh zaposlenih v zdravstvu potreben sočuten odnos, brez ustvarjanja nepotrebnega pritiska, s poudarjanjem pozitivnih plati in podajanjem kritik na

nevsiljiv način (Saunders et al., 2015), saj so imele ženske pogosto občutek, da osebje izvaja prevelik pritisk (Coates et al., 2014).

4 RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Prehod v materinstvo predstavlja obdobje sprememb, ki za seboj potegnejo veliko stresnih dejavnikov in občutek nemoči. Pojavijo se lahko težave na duševnem področju, ki vplivajo na materino ČR in posredno tudi na čustveni, kognitivni in telesni razvoj otroka (Rallis et al., 2014). Za kakovostno materino ČR so značilni njena notranja uglašenost, sposobnost regulacije čustev, dojemljivosti na otrokova čustvena stanja in predvsem hitro in konstantno prepoznavanje ter rahločutno, spoštljivo, toplo in primerno odzivanje na otrokove signale (Biringen & Easterbrooks, 2012). Kadar je ČR matere motena, se to kaže s prisotnostjo strahu, nesigurnosti in odmaknjenosti v odnosu, prisotna je lahko celo jeza ali agresija, usmerjena proti otroku.

S prvim raziskovalnim vprašanjem **Kako je videti okrnjena materinska ČR** smo ugotovili, da kadar je ČR matere motena, ženske občutijo izgubo kontrole, pojavijo se dvomi v lastno vrednost in v sposobnost opravljanja vloge matere, prisotni so občutki nepripravljenosti, nemoči, razočaranja, sramu, izgube vrednosti, odtujenosti od same sebe, otroka in sveta okoli nje (Coates et al., 2014). Mati je v tem primeru na signale stiske in nelagodja pri otroku manj pozorna, ne zaznava otrokove potrebe po zaščiti ali tolažbi. Interakcija z otrokom lahko postane apatična, nerahločutna in nepredvidljiva. V njen odnos do otroka pa se vpletajo previdnost, strah in včasih celo jeza, sovražnost ali agresija (Røseth et al., 2018; Kluczniok et al., 2015). Težave, ki se pojavljajo ob okrnjeni ČR matere, vplivajo na njen odnos z otrokom in širšim okoljem ter so precej podobne težavam, ki se pojavljajo ob poporodni depresiji.

Dalje smo raziskovali vzroke oziroma dejavnike tveganja za pojav težav v odnosu matere do otroka, s čimer smo odgovarjali na drugo vprašanje **Kateri dejavniki vplivajo na ČR matere?** Dejavnike lahko razvrstimo v štiri glavne skupine, ki se navezujejo na obdobja v življenju ženske (dejavniki iz splošnega življenja oz. pred zanositvijo, nosečnosti, poroda in po porodu). Na žensko vplivajo vsi stresni dejavniki, ki se dogodijo pred, med nosečnostjo ali po nosečnosti, seveda pa je vpliv dogodka na posameznico odvisen tudi od njenih osebnih značilnosti in sposobnosti obvladovanja stresnih situacij (Mingo & Easterbrooks, 2015). Pomembno vlogo igrajo tudi biološki faktor 29 – prirojena nagnjenost k duševnim težavam, in socialno-ekonomski status ter odnos s partnerjem in zadovoljstvo v razmerju (de Falco et al., 2014; Rutherford et al., 2015). V obdobju nosečnosti se težave pojavljajo predvsem zaradi neželene ali nenačrtovane nosečnosti, sploh pri najstniških materah, strahu pred splavom, ob pojavu patologij, zaradi katerih mora biti ženska hospitalizirana ali morajo biti izvedene medicinske intervencije, in sicer ob podoživljanju negativnih izkušenj preteklih porodov ter ob nerazumevanju okolice in pomanjkanju podpore ali celo prisotnosti nasilja s strani partnerja v

času nosečnosti (Cikili Uytun et al., 2022; Velikonja, 2016). Med porodom lahko težave za odnos mame in otroka predstavljajo travmatične porodne izkušnje ob izvedenih medicinskih intervencijah in pojavu zapletov, sploh kadar se pričakovanja in realnost poroda ne skladajo in ko je temu pridruženo materino težje spoprijemanje s stresnimi dogodki (Røseth et al., 2018; Elmir et al., 2012). Po porodu se lahko izzivi pokažejo že v porodnišnici, ko se ženska spopade z dojenjem in se na njo s strani osebjia ustvarja nepotreben pritisk s previsokimi pričakovanji in strogimi zahtevami za dojenje, ali v domačem okolju, ko se spremenijo vloge članov celotne družine, sploh kadar ženska ne dobi primerne podpore in pomoči s strani partnerja (Velikonja, 2016; Elmir et al., 2012). Ugotovili smo, da je dejavnikov, ki vplivajo na materino psihično stanje, v obporodnem obdobju mnogo in se tesno povezujejo z dejavniki, ki pri ženskah po porodu povzročajo težje duševne motnje.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako lahko ČR sploh ocenjujemo, s čimer smo odgovarjali na tretje vprašanje **Katere načine ocenjevanja ČR poznamo?** Pregledali smo šest načinov za ocenjevanje interakcije med mamo in otrokom (AMSS, NCAST, PCERA, MBQS, NICHD-SECCYD in EAS) in se odločili podrobneje pregledati in predstaviti instrumenta EAS, saj je bil skozi pregled literature največkrat omenjen kot instrument za ocenjevanje ČR. EAS ocenjuje ČR v diadi in omogoča oceno afektivne kakovosti odnosa, ki presega navezanost. Ocenjuje šest komponent v odnosu, in sicer pri odraslem: občutljivost, strukturiranost, nevsiljivost in nesovražnost, pri otroku pa: odzivnost na odraslega in vključevanje odraslega v interakcijo 30 (Biringen et al., 2014). Z uporabo EA2-CS se čustveno razpoložljivost mame ali otroka umesti v eno izmed štirih območij: čustveno razpoložljivo, zapleteno, odmaknjeno in problematično/moteno (Saunders et al., 2015; 2017). Ugotovili smo, da je za oceno materine občutljivosti treba opazovati elemente zaznavanja otrokovih signalov, pravilnost interpretacije ter ustreznost in hitrost odzivanja, strukturiranje, nivo omogočanja samostojnosti otroku in raven prisotne sovražnosti v odnosu. Opazovati je treba tudi otrokovo odzivnost na mater in njegovo vključevanje matere v interakcijo ter ob tem upoštevati omejitve v otrokovem razvoju. Ob iskanju raziskav za področje materinske ČR smo opazili, da je pomanjkanje le-teh za slovensko populacijo. Zaznana je bila literatura (Drglin, 2017; NIJZ, 2022; Velikonja, 2016), ki se sicer fokusira na duševno zdravje žensk po porodu, a vendar je znotraj teh večinoma poudarek na diagnozah, kot so poporodna otožnost, depresija in psihoza, zaradi česar se spregleda blažje oblike težav, ki prav tako vplivajo na duševno stanje matere. Ocenjevanje kakovosti interakcije med mamo in otrokom je kritičnega pomena, sploh kadar gre za ogrožene skupine, kjer je prisotnih več dejavnikov tveganj za pojav motenj v ČR.

Zadnje raziskovalno vprašanje **Kakšna je vloga babice pri spodbujanju ČR pri materi,** nam odpira pogled na pomembno vlogo babice, ki lahko ženski v ranljivem obporodnem obdobju pomaga, jo spremlja, vodi, informira in ji daje občutek samozaupanja in samostojnosti. Pomaga ji lahko v vseh obdobjih obporodne obravnave, v nosečnosti z ustvarjanjem realnih pričakovanj glede poteka nosečnosti, poroda in zgodnjega materinstva (Røseth et al., 2018) z nudenjem individualne kontinuirane in sočutne oskrbe v času nosečnosti in med porodom ter po porodu

s svetovanjem glede poporodnega obdobja, dojenja in nege dojenčka. Babica mora biti empatična, obzirna, čustveno razpoložljiva in prilagodljiva. Ustvariti mora za žensko prijetno in zaupanja vredno okolje, v katerem bo pripravljena sprejemati informacije (Røseth et al., 2018).

Prehod v materinstvo je lepo, a vseeno stresno obdobje, ki prinaša mnoge izzive tudi duševno stanje ženske in njeno čustveno razpoložljivost do otroka. V tem ranljivem obdobju je pomembno, da ima mati varno jedro, kjer se čuti podprto in lahko izrazi svoje težave brez občutkov obsojanja. Jedro sestavljajo njen partner in ožji družinski člani, prijatelji, del tega pa smo tudi zdravstveni delavci. Koncept in prepoznavanje ČR pri ženskah v Sloveniji še ni razširjen, zato je na tem področju odprtih še veliko priložnosti za izobraževanje, raziskovanja in implementacijo v prakso na področju babištva.

LITERATURA IN VIRI

1. Easterbrooks, M. A. (2014). Emotional availability (EA): Theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications. *Developmental Review*, 34(2), 114–167. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.01.002>.
2. Cikili Uytun, M., Yurumez, E., Oztop, D. B., Mentese Babayigit, T., Efendi, G. Y., & Kilic, B. G. (2020). How does adolescent motherhood affect mother–infant/toddler relationship and Athan, A. M. (2020). Reproductive identity: An emerging concept. *American Psychologist*, 75(4), 445–456, <https://doi.org/10.1037/amp0000623>.
3. Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2015). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
4. Biringen, Z. (2009, August 26). International center for excellence in emotional availability (EA). Pridobljeno junij 22, 2022 na <https://emotionalavailability.com/about/>.
5. Biringen, Z., & Easterbrooks, M. A. (2012). Emotional availability: Concept, research, and window on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000617>.
6. Biringen, Z., Derscheid, D., Vliegen, N., Closson, L., & emotional availability. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(1), 50–57. <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1828936>.
7. Coates, R., Ayers, S., & de Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 359. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>.
8. Cvetek, M. (2014). Živeti s čustvi: čustva, čustveno procesiranje in vseživljenjski čustveni razvoj. Ljubljana: Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, pp. 7–42.
9. de Falco, S., Emer, A., Martini, L., Rigo, P., Pruner, S., & Venuti, P. (2014). Predictors of mother–child interaction quality and child attachment security in at-risk families. *Frontiers in Psychology*, 5(AUG). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2014.00898>.
10. Drglin, Z. (2017). Zima v srcu. Ko se materinstvu pridružita depresija in tesnoba, radost pa odide. Druga izdaja. Pridobljeno junij 7, 2022 na <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zima-v-srcu-posodobljena-izdaja>.
11. Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2011). Separation, failure and temporary relinquishment: Women's experiences of early mothering in the context of emergency

- hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03913.x>.
12. Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429482915>
 13. Kluczniok, D., Boedeker, K., Fuchs, A., Hindi Attar, C., Fydrich, T., Fuehrer, D., Dittrich, K., Reck, C., Winter, S., Heinz, A., Herpertz, S. C., Brunner, R., & Bermpohl, F. (2015). Emotional availability in mother-child interaction: the effects of maternal depression in remission and additional history of childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 33(7), 648–657. <https://doi.org/10.1002/da.22462>.
 14. Mingo, M. V., & Easterbrooks, M. A. (2015). Patterns of emotional availability in mother-infant dyads: Associations with multiple levels of context. *Infant Mental Health Journal*, 36(5), 469–482. <https://doi.org/10.1002/imhj.21529>.
 15. Pinto, T. M., Caldas, F., Nogueira-Silva, C., & Figueiredo, B. (2017). Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *Jornal de Pediatria*, 93(5), 452–459. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.005>.
 16. Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., & Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women and Birth*, 27(1), 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.12.004>.
 17. Røseth, I., Bongaardt, R., Lyberg, A., Sommerseth, E., & Dahl, B. (2018). New mothers' struggles to love their child. An interpretative synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.149062>.
 18. Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review*, 36, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>.
 19. Saunders, H., Biringen, Z., Benton, J., Closson, L., Erandi, H., & Prosser, J. (2017). Emotional Availability and Emotional Availability Zones (EA-Z): From assessment to intervention and universal prevention. *Perspective in Infant Mental Health*. <https://www.researchgate.net/publication/328725815>.
 20. Saunders, H., Kraus, A., Barone, L., & Biringen, Z. (2015). Emotional availability: Theory, research, and intervention. *Frontiers in Psychology*, vol.6 (1069). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01069>.
 21. Velikonja, G. V. (2016). Psihosomatski vidiki nosečnosti in porod. In I. Takač & K. Geršak (Eds.), *Ginekologija in perinatologija* (1. izdaja, pp. 474–483). Maribor: Medicinska fakulteta.

SEZNANJENOST ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE S PREDNOSTMI DOJENJA

NURSING STUDENTS' AWARENESS ABOUT THE BENEFITS OF BREASTFEEDING

Barbara Pintar Jazbec

viš. pred. dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za zdravstveno nego

marko.barbi@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Dojenje ima za zdravje in razvoj dojenčka neprecenljivo vrednost. Materino mleko vsebuje vse, kar potrebuje otrok v prvi šestih mesecih za svoja rast in razvoj. Ugotoviti smo želeli, kako dobro so študentje zdravstvene nege seznanjeni s pomenom in prednostmi ter trajanjem dojenja.

Metode: Za raziskavo sta bili uporabljeni kvantitativna metodologija in metoda deskripcije. Za tehniko zbiranja podatkov smo izbrali anketni vprašalnik. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec, v katerega smo vključili 30 študentov izrednega študija zdravstvene nege prvega letnika Fakultete za zdravstvene vede v Celju. Statistično obdelavo in analizo podatkov smo izdelali s programom Microsoft Office Excel 2010.

Rezultati: Najvišjo povprečno vrednost (4,95) je dosegla trditev: »Z dojenjem prejme otrok optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, kar pozitivno vpliva na njegovo zdravje«. 22 (74 %) študentov je navedlo, da je najprimernejši trenutek za prvi podoj po porodu, ko je novorojenček buden in miren, v prvi uri po rojstvu. Nižje ocenjene so bile trditve, ki se nanašajo na trajanje dojenja. 14 (47 %) anketiranih meni, da bi bilo primerno šest mesecev trajajoče izključno dojenje, nato pa ob ustrezni dopolnilni prehrani do drugega leta otrokove starosti oz. še dlje, če mati ali otrok to želita. Najnižja povprečna vrednost (3,3) je bila dosežena za trditev: »Materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopoljenem prvem letu otrokovega življenja«.

Razprava in sklep: Ugotovili smo, da so izredni študentje prvega letnika Fakultete za zdravstvene vede v Celju seznanjeni s pomenom in prednostmi dojenja, niso pa enotni glede trajanja dojenja. Ugotavljamo, da študentom primanjkuje argumentirano znanje o dojenju. Dobro je, da se tega zavedajo že študentje zdravstvene nege med samim študijem, da znanja pridobijo ob študiju na fakulteti, ob zaposlitvi na delovnem mestu pa le še nadgrajujejo.

Ključne besede: dojenje, prednosti dojenja, trajanje dojenja, znanje o dojenju

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding has invaluable value for the health and development of the infant. Breast milk contains everything the baby needs in the first six months for its growth and development. The purpose of the seminar paper was to establish the knowledge of nursing students about the importance and benefits of breastfeeding and their opinion on the duration of breastfeeding.

Methods: Quantitative methodology and description method were used for the study. A survey questionnaire was selected for the data collection technique. We used a non-probability convenient sample, which included 30 first year part-time nursing students at the Faculty of Health Sciences in Celje. Statistical data processing and analysis were created using Microsoft Office Excel 2010.

Results: The highest average value (4.95) was ascribed to the claim: "Breastfeeding offers optimal nutrients as well as protective factors, which has a positive impact on the baby's health." 22 (74 %) students stated that the best time for the first post-partum breastfeeding is when the newborn is awake and calm, within the first hour after birth. The claims relating to the duration of breastfeeding scored lower. 14 (47 %) respondents think babies should be exclusively breastfed for the first six months and then, with an appropriate supplementary diet, until age 2 or beyond if the mother or child so wishes. The claim that scored the lowest (3.3) was: "Breast milk remains an important nutrient even after the first year of a child's life".

Discussion and conclusion: We found that first year part-time students at the Faculty of Health Sciences in Celje are familiar with the importance and advantages of breastfeeding. They are not as uniform when it comes to the duration of breastfeeding. We find that students lack an argumentated knowledge of breastfeeding. It is good for nursing students to be aware of this during their studies, so that they acquire that knowledge and then build on it in the workplace.

Key words: breastfeeding, duration of breastfeeding, benefits of breastfeeding and knowledge for breastfeeding

1 UVOD

Dojenje je najboljša popotnica v življenje. Otroku zagotovi pomembne prehranske in imunske faktorje, daje pa mu tudi občutek bližine in dobrega počutja. Strokovnjaki in Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) priporočajo izključno dojenje do šestega meseca otrokove starosti, ob ustrezni dopolnilni prehrani pa nato še do drugega leta starosti, če mati in otrok želita, pa še dlje (WHO, 2018; Bratanič, 2019).

Kljub dokazom o prednostih dojenja za otroke, matere in družbo ostaja delež otrok, ki so dojeni v skladu s smernicami, nizek. Na odločitev, kako bodo starši hranili dojenčka, vpliva več dejavnikov, od kulturnih prepričanj, izobrazbe staršev, socialnega statusa in dostopnosti

informacij (Victoria et al., 2016). WHO (2018) navaja, da sta pomembna dejavnika tudi trženje in distribucija nadomestkov materinega mleka, ki lahko vplivata na varovanje zdravega prehranjevanja novorojenčka, dojenčka in majhnega otroka.

Znanstvene raziskave vedno znova potrjujejo, da otrok z dojenjem prejme idealno razmerje vseh hranilnih snovi, ki jih potrebuje za svoja rast in razvoj (Skale & Vettorazzi, 2020). Otroku prilagojena sestava materinega mleka zagotavlja primerno rast in razvoj in prinaša prednosti, ki se odražajo še kasneje v življenju (Bratanič, 2019). Izjemnega pomena je zaščitno delovanje materinega mleka, ki varuje tako dojenega otroka kot tudi materino dojko pred okužbami. Materino mleko vsebuje veliko zaščitnih snovi, ki preprečujejo dojenemu otroku izbruh bolezni ob stiku z mikrobi. Vedno nove raziskave o materinem mleku prinašajo trdne dokaze, da dojenje oziroma hranjenje z materinim mlekom zmanjšuje obolevnost in resnost številnih okužb (WHO, 2018; Spencer, 2018; Bratanič, 2019; Rajtar Osredkar, 2022). Dojenje tako zmanjša pojavnost alergij in astme pri otroku, dojeni oziroma dlje časa dojeni otroci imajo manjšo verjetnost za debelost ter sladkorno bolezen tipa 1 in tipa 2 v otroštvu in adolescenci. Podatki iz razvitih dežel dokazujejo, da je dejavnik tveganja za razvoj kroničnih bolezni v odrasli dobi tudi način hranjenja oziroma vrsta mleka, ki ga je otrok dobival v prvih mesecih življenja (Spencer, 2018; Rajtar Osredkar, 2022). Podaljšano dojenje zmanjšuje tudi tveganje za nastanek celiakije in ugodno vpliva na kognitivni razvoj otroka (Spencer, 2018; Rajtar Osredkar, 2022). Pomaga celo pri preprečevanju določenih vrst raka v tem obdobju (Spencer, 2018).

Ko govorimo o dojenju kot možnosti za manjšo pojavnost debelosti kasneje v življenju, je zagotovo treba upoštevati tudi vplive okolja. Kljub temu pa dojenje lahko zmanjšuje prekomerno maso pri otrocih (Rajtar Osredkar, 2022).

Dojenje predstavlja za ženske številne prednosti, od kratkoročnih, ki so prisotne v času trajanja dojenja, do dolgoročnih, ki segajo v čas kasneje po dojenju (Bratanič, 2019). Novejše raziskave govorijo zlasti v prid dolgoročnim učinkom dojenja na zdravje žensk. Poleg tega, da dojenje niža riziko za nastanek karcinoma dojke in jajčnikov ter osteoporoze v postmenopavzalnem obdobju, deluje tudi v smislu preventive kardiovaskularnih bolezni ter znižuje riziko za pojav sladkorne bolezni tipa 2 (Spencer, 2018; Bratanič, 2019).

Manj znano je dejstvo, da je dojenje eden od temeljev za zdravje našega planeta. Pospешen razvoj in intenzivno trženje mlečnih formul že skoraj 200 let ogrožata tako dojenje kot okolje, v katerem živimo (Rustemagić & Skale, 2020). Dojenje je obnovljiv, naraven vir in zato trajnostna izbira hranjenja. Za dojenje ne potrebujemo dragih virov, kot sta plastika in kovina za pakiranje, gorivo za distribucijo, sterilizacijo in pripravo (Victoria et al., 2016).

Dojenje ne obremenjuje družinskega proračuna: ni stroškov, ki so povezani z uporabo mlečne formule in pripomočkov za hranjenje; prihranjen je čas, ki je potreben za pripravo mlečne formule in vzdrževanje pripomočkov; ker je verjetnost za otrokovo obolevanje manjša, ima

družina manj čustvenih izzivov (www.unicef.si). Poleg vseh naštetih prednosti dojenja pomeni dojenje tudi prednost za družbo: bolj zdrava družba, nižji stroški zdravstvenega varstva, manj odsotnosti staršev v službi zaradi bolezni otroka, lažje doseganje enakih možnosti (www.unicef.si).

Večina zaposlenih žensk po izteku porodniškega dopusta prične ponovno opravljati delo za polni delovni čas. Konec porodniškega dopusta naj ne bi bil razlog za prenehanje dojenja (www.unicef.si). Zaščita doječih mater je v Sloveniji opredeljena v različnih pravnih dokumentih (Zakon o delovnih razmerjih /Uradni list RS, 2013).

Študentje zdravstvene nege se pri opravljanju kliničnega usposabljanja srečujejo s pacienti različnih starosti. Glede na vsebino kliničnega usposabljanja v vseh letih izobraževanja pridejo velikokrat v stik tudi z nosečnicami, dojenimi otroci in njihovimi starši. Poznavanje prednosti dojenja in priporočil glede trajanja dojenja je tako pri študentih pomembno, saj le na ta način lahko sledijo kliničnemu usposabljanju in ga tudi kakovostno opravljajo.

Namen raziskave je ugotoviti seznanjenost študentov s pomenom, prednostmi in trajanjem dojenja. Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalni vprašani: Kako dobro študentje zdravstvene nege poznajo pomen in prednosti dojenja? Kakšno je mnenje študentov o priporočilih glede trajanja dojenja?

2 METODE

2.1 Raziskovalna metoda

Za raziskavo je bila uporabljena kvantitativna metodologija. Za tehniko zbiranja podatkov smo izbrali anketni vprašalnik. Opravili smo pregled literature, pri iskanju člankov smo uporabili podatkovni bazi Google učenjak in PubMed. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem jeziku: dojenje, trajanje dojenja, prednosti dojenja in znanje za dojenje ter ključne besede v angleškem jeziku: breastfeeding, the benefits of breastfeeding, breastfeeding skills.

2.2 Opis instrumentarija

S pomočjo anketnega vprašalnika smo ugotovili, kako so študentje prvega letnika seznanjeni s prednostmi in trajanjem dojenja. Vprašalnik smo oblikovali na osnovi pregleda literature (WHO, 2018; Spencer, 2018; Webber & Benedict, 2018; Bratanič, 2019; Skale & Vettorazzi, 2020; Skale & Bratanič, 2022; Rajtar Osredkar, 2022). Anketni vprašalnik je bil razdeljen na tri dele. Prvi del je vseboval 6 trditvev. Anketiranci so ocenjevali na osnovi 5-stopenjske Likertove lestvice. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo nikakor ne strinjajo, 2 – da se s trditvijo ne strinjajo, 3 – da se delno strinjajo, 4 – da se strinjajo in 5 – da se z zapisanim povsem strinjajo. V drugem delu anketnega vprašalnika je bilo pet vprašanj zaprtega tipa s ponujenimi odgovori. Študentje so

obkrožili enega ali več pravih odgovorov. V tem delu anketnega vprašalnika smo želeli oceniti osnovno znanje o dojenju. V zadnjem delu anketnega vprašalnika smo zbirali demografske podatke, kot so spol, starost, predhodna izobrazba in delovna doba pri tistih sodelujočih, ki so zaposleni. Zanimalo nas je tudi, ali morda že imajo osebno izkušnjo z dojenjem.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo priročni raziskovalni vzorec. Raziskava je potekala na vzorcu študentov izrednega študija zdravstvene nege prvega letnika Fakultete za zdravstvene vede v Celju. Prvi letnik izrednega študija zdravstvene nege obiskuje 47 študentov, v anketi je sodelovalo 36 študentov. V celoti je bilo izpolnjenih 30 anketnih vprašalnikov, kar pomeni 83-odstotno realizacijo vzorca. O izvajanju ankete so bili študentje predhodno obveščeni.

V raziskavi je sodelovalo 7 (23 %) študentov in 23 (77 %) študentk. 19 (63 %) sodelujočih je bilo v starostni skupini od 18 do 30 let; 6 (20 %) starih med 31 in 40 let in 5 (17 %) anketiranih v starostni skupini od 41 do 50 let. 28 (93 %) anketiranih ima zaključeno srednješolsko zdravstveno izobrazbo, srednješolsko nezdravstveno izobrazbo 1 (3,5 %), 1 (3,5 %) pa spada v skupino drugo. Glede na delovno dobo jih spada 17 (57 %) v skupino z delovno dobo do vključno 5 let, 5 (17 %) pa ima delovno dobo med 6 in 10 let. 4 (13 %) imajo že daljšo delovno dobo, med 11 in 20 let, in enako število (13 %) študentov ima najdaljšo delovno dobo, med 21 in 30 let. Osebno izkušnjo z dojenjem je imelo 8 študentov (27 %), 22 (73 %) te izkušnje še nima.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo 23. 11. 2022 v popoldanskem času; pred začetkom laboratorijskih vaj pri predmetu Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju. Izpolnjeni in vrnjeni so bili vsi anketni vprašalniki. Statistično obdelavo in analizo podatkov smo izdelali s programom Microsoft Office Excel 2010.

2.5 Etični vidik raziskovanja

Vsi pridobljeni podatki so bili uporabljeni izključno za namen raziskave. Anketiranim je bila zagotovljena pravica do neškodovanja, polne pojasnitve, odločitve o sodelovanju, zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Oviedsko konvencijo.

3 REZULTATI

V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave med študenti Fakultete za zdravstvene vede v Celju.

Tabela 1: Seznanjenost s prednostmi in trajanjem dojenja (vsi anketirani)

	Trditev	Št. odgovorov	Povpr. vrednost
1.	Z dojenjem prejme otrok optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, kar pozitivno vpliva na njegovo zdravje.	30	4,95
2.	Dojenje je pomembno povezano z boljšim zdravjem mater (manj poporodnih krvavitev, osteoporoze, raka dojk in jajčnikov ...).	30	4,1
3.	Dojenje ima pozitivne učinke z vidika ekologije (ni odpadne embalaže, manj odpadkov v farmaciji ...).	30	4,55
4.	Vse prednosti dojenja (za otroka, mater in družbo) se povečajo glede na trajanje dojenja (daljše dojenje prinaša še več prednosti).	30	3,5
5.	Materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopolnjenem prvem letu otrokovega življenja.	30	3,3
6.	Delavka, ki doji otroka, ki še ni dopolnil 18 mesecev starosti, in dela s polnim delovnim časom, ima pravico do odmora za dojenje med delovnim časom, ki traja najmanj eno uro dnevno.	30	3,7

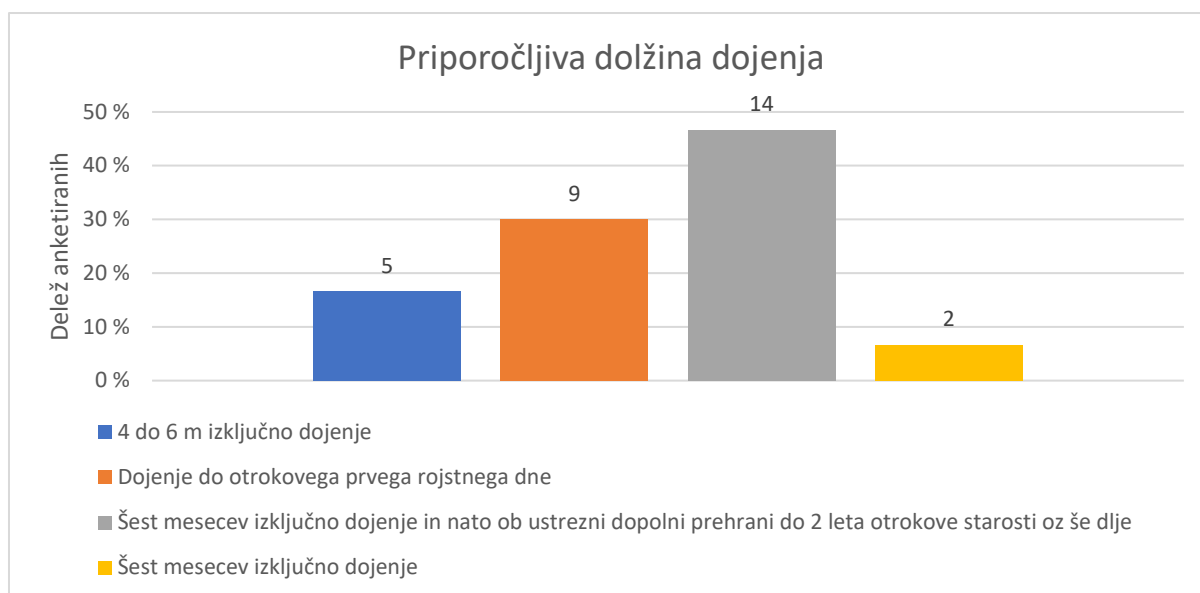
Vir: Anketni vprašalnik, 2022

V tabeli 1 so prikazane povprečne vrednosti, ki smo jih izračunali za posamezne trditve. Najvišjo povprečno vrednost (4,95) je dosegla trditev: »Z dojenjem prejme otrok optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, kar pozitivno vpliva na njegovo zdravje«. Najnižjo povprečno vrednost (3,3) pa trditev: »Materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopolnjenem prvem letu otrokovega življenja«.

V skupini z osebno izkušnjo dojenja je bilo 8 (27 %) študentov, rezultate smo pogledali ločeno in niso bili bistveno drugačni. Tudi v tem primeru je dosegla najvišjo povprečno vrednost (5,0) trditev: »Z dojenjem prejme otrok optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, kar pozitivno vpliva na njegovo zdravje.« Najnižjo povprečno vrednost (2,9) pa trditev: »Materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopolnjenem prvem letu otrokovega življenja«.

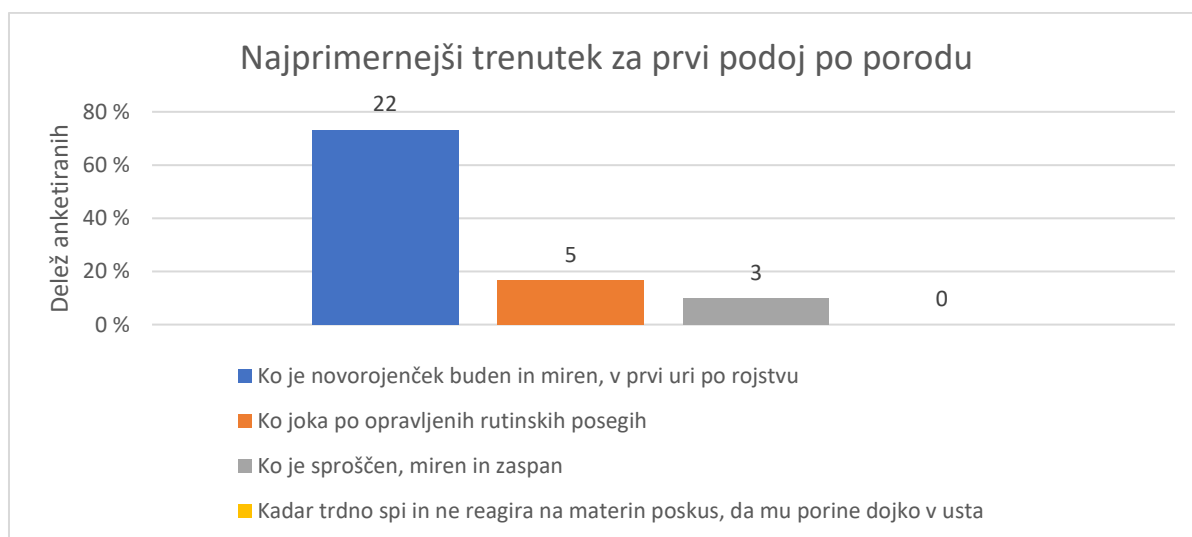
Pri študentih brez izkušnje z dojenjem, teh je bilo 22 (73 %), so bili rezultati nekoliko drugačni. Trditev: »Z dojenjem prejme otrok optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, kar pozitivno vpliva na njegovo zdravje«, je dosegla nekoliko nižjo povprečno vrednost (4,9). Trditev: »Materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopolnjenem prvem letu otrokovega življenja,« pa je dosegla bistveno višjo povprečno vrednost (3,7).

Rezultate v nadaljevanju prikažemo slikovno.



Slika 1: Priporočljiva dolžina dojenja (Vir: Anketni vprašalnik, 2022)

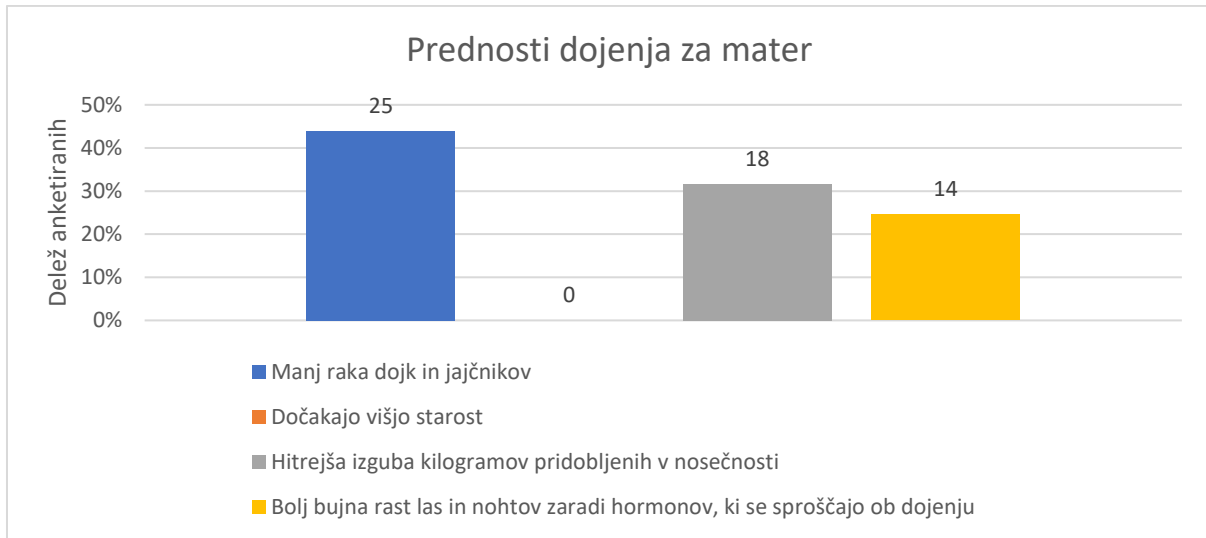
Iz slike 1 je razvidno, da se je glede priporočljive dolžine dojenja 14 (47 %) anketiranih odločilo za odgovor: »Šest mesecev izključno dojenje in nato ob ustrezni dopolnilni prehrani do 2. leta otrokove starosti oz. še dlje, če mati ali otrok to želita«; 2 (7 %) anketirana za odgovor: »Šest mesecev izključno dojenje.« Za odgovor: »Dojenje do otrokovega prvega rojstnega dneva« se je odločilo 9 (30 %) anketiranih in 5 (16 %) anketiranih za možnost: »4 do 6 mesecev izključno dojenje«.



Slika 2: Najprimernejši trenutek za prvi podoj po porodu (Vir: Anketni vprašalnik, 2022)

Na sliki 2 so prikazani odgovori na vprašanje: »Kdaj je najprimernejši trenutek za prvi podoj po porodu?« 22 (73 %) se jih je opredelilo za odgovor: »Ko je novorojenček buden in miren, v prvi uri po rojstvu«. 5 (17 %) jih meni, da je to takrat, ko joca po opravljenih rutinskih posegih, 3 (10

%) so prepričani, da je to, ko je sproščen, miren in zaspan. Nihče se ni opredelil za odgovor: »Kadar trdno spi in ne reagira na materin poskus, da mu porine dojko v usta.«



Slika 3: prednosti dojenja za mater (Vir: Anketni vprašalnik, 2022)

Slika 3 prikazuje odgovore na vprašanje o prednostih dojenja za matere, kjer so se lahko anketiranci odločili za več odgovorov. 25 anketirancev je menilo, da to pomeni manj raka dojk in jajčnikov, 18, da to pomeni hitrejšo izgubo kilogramov, pridobljenih v nosečnosti, 14 pa, da gre za bolj bujno rast las in nohtov zaradi hormonov, ki se sproščajo ob dojenju. Nihče pa ne meni, da bi doječe matere lahko dočakale višjo starost.

4 RAZPRAVA

Študentje prvega letnika izrednega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju vedo, da ima zgodnje dojenje velik vpliv na zdravje otroka. Večina jih je odgovorila, da se naj dojenje začne že v prvi uri po rojstvu. Kot pravi Bratanič (2019), otroku prilagojena sestava materinega mleka, še zlati kolostruma, zagotavlja otroku primerno rast in razvoj in prinaša prednosti, ki se odražajo še kasneje v življenju.

Študentje se strinjajo s trditvijo, da otrok z dojenjem prejme optimalna hranila in tudi zaščitne dejavnike, ki pozitivno vplivajo na njegovo zdravje. Trditev je prejela najvišjo povprečno oceno, tako pri tistih študentih, ki že imajo osebno izkušnjo z dojenjem (5), kot pri tistih, ki je še nimajo (4,9).

Študentje menijo, da je dojenje najboljša izbira za to, da so otroci kasneje v življenju bolj zdravi. Rajtar Osredkar (2022) se je posvetila ugotavljanju učinkov dojenja na zdravje otrok. Dojenje ima pomembne učinke pri preprečevanju bolezni pri otroku in tako študije ugotavljajo, da se pozitivni učinki dojenja na pojavnost okužb pri otroku kažejo tudi kasneje, npr. ob starosti šest

let. To še zlasti velja za preprečevanje prekomerne telesne mase pri otrocih in tudi kasneje v adolescenci in odraslem življenju. Študentje so bili glede tega deljenega mnenja. Sicer se jih je nekoliko več kot polovica odločila za to, da imajo dojeni otroci kasneje v življenju manj možnosti za prekomerno telesno maso.

Victoria et al. (2016) ugotavlja, da bi dojenje za matere v vseh državah sveta pomenilo okrog 20.000 manj smrti zaradi raka dojk na leto. Tudi študentje se strinjajo s tem, saj so kot prednost dojenja za matere največkrat izbrali, da to pomeni za njih manj raka dojk in jajčnikov. Precej študentov je kot prednost dojenja za matere opredelilo tudi bolj bujno rast las in nohtov zaradi hormonov, ki se sproščajo ob dojenju.

V raziskavi se je potrdilo razumevanje prednosti dojenja z vidika ekologije. Vsi študentje se strinjajo, da dojenje povzroča manj odpadkov v farmaciji in manj odpadne embalaže. Rustemagič & Skale (2020) sta opravili pregled literature z vidika ekoloških prednosti dojenja in ugotovili, da pospešen razvoj in intenzivno trženje mlečnih formul že skoraj 200 let ogrožajo tako dojenje kot okolje v katerem živimo in da je dojenje pravzaprav temeljni ukrep za izboljšanje zdravja ljudi in našega planeta.

Študentje prvega letnika izrednega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvene vede v Celju ne verjamejo povsem, da mati zagotovi svojemu otroku optimalen začetek življenja, če ga doji, še zlasti, če ga izključno doji. To smo potrdili v raziskavi, manj kot polovica anketiranih študentov se je pri vprašanju, kakšna je priporočljiva dolžina dojenja, odločila za odgovor: »Šest mesecev izključno dojenje in nato ob ustrezni dopolnilni prehrani do 2. leta otrokove starosti oz. še dlje, če mati ali otrok to želita«.

Čeprav so prednosti dojenja splošno znane, so mnenja in priporočila močno deljena glede optimalnega trajanja dojenja (Skale & Vettorazzi, 2020). Prej zapisano priporočilo o šestih mesecih izključnega dojenja je veljavno priporočilo glede trajanja dojenja iz revidiranih Smernic za dojenje (WHO, 2018). Priporočilo je dokazano podprto s številnimi raziskavami (McFadden et al., 2017; Spencer 2018; Skale & Vettorazzi, 2020, Skale & Bratanič, 2022).

Predvidevali smo, da lahko osebna izkušnja z dojenjem spremeni mnenje o pomenu in trajanju dojenja. Prav to nas je v bistvu presenetilo v negativnem smislu, saj so študentje brez osebne izkušnje z dojenjem mnogo bolje (3,9) ocenili trditev, da materino mleko ostaja pomembno živilo tudi po dopolnjenem prvem letu otrokovega življenja. Tisti z osebno izkušnjo so jo ocenili le z 2,9. Za prvi sklop ankete smo določili hipotetično povprečje 3, kar pomeni, da se sodelujoči v anketi strinjajo z navedenimi odgovori. Sklepamo lahko, da se tisti z osebno izkušnjo s tem ne strinjajo.

Več kot polovica študentov se tudi strinja s trditvijo, da ima delavka, ki doji otroka, ki še ni dopolnil 18 mesecev starosti, in dela s polnim delovnim časom, pravico do odmora za dojenje med delovnim časom, ki traja najmanj eno uro dnevno.

5 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da študentje poznajo pomen dojenja, prednosti in priporočeno trajanje dojenja. Izkaže pa se, da tega znanja ni dovolj, da bi lahko bili pri svojem delu in v kliničnem okolju dobri podporniki doječih mater in družin. Z raziskavo smo ugotovili, da je informiranost študentov o pomenu in trajanju dojenja premajhna.

Največja omejitev raziskave je bil majhen vzorec sodelujočih, izrednih študentov prvega letnika Fakultete za zdravstvene vede v Celju.

Treba bi bilo razmišljati o tem, da bi predmet o dojenju in laktaciji postal eden obveznih predmetov na fakultetah za zdravstvene vede. Smiselno bi bilo ponoviti raziskavo pri študentih ob zaključku študija in primerjati rezultate z ostalimi fakultetami za zdravstveno nego v Sloveniji. Zagotovo pa še nihče ni raziskal vplivov dojenja na bolj bujno rast las in nohtov zaradi hormonov, ki se sproščajo ob dojenju. Naj ostane to izziv za prihodnja raziskovanja vplivov in prednosti dojenja za ženske.

LITERATURA IN VIRI

1. Bratanič, B. (2019). Pomen dojenja za otroke, matere, družbo, okolje in predstavitev pobud za ohranjanje dojenja v Sloveniji. In: B. Bratanič, et al (Eds), *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja* (pp. 19–31). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
2. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Uradni list RS, št. 71 (3.10.2014). Retrieved from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>
3. McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M.J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J.L. ... MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(2), 2–6. <https://doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5>.
4. Ministrstvo za zdravje (MZ). (2009). Človekove pravice v zvezi z biomedicino. *Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
5. Rajtar Osredkar, S. (2022). Prednosti dojenja po šestem mesecu starosti otroka. In: R. Vettorazzi, et al (Eds), *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja* (173–178). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
6. Rustemagič, M., & Skale, C., (2020). Podprimo dojenje za zdravje planeta. In: A. Tekauc Golob, et al (Eds), *Podprimo dojenje za zdravje planeta. XI. mednarodni simpozij o dojenju in laktaciji. Zbornik prispevkov spletnega izobraževanja* (pp. 25–32). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
7. Skale, C., & Bratanič, B., (2022). Postopki za pridobivanje in ohranjanje naziva Novorojencem prijazna porodnišnica (NPP). In: R. Vettorazzi, et al (Eds), *Spodbujanje in podpora dojenju v zdravstvenih ustanovah. Zbornik prispevkov Modularnega tečaja* (pp. 147–157). Ljubljana: Slovenska fundacija za Unicef.
8. Skale, C., & Vettorazzi, R., (2020). Dojenje v novih smernicah za prehrano dojenčkov. In: A. Ljubič, A. Limonšek, et al (Eds), *Vloga medicinske sestre pri izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva*

- otrok in mladostnikov. Zbornik predavanj (39–43). Radenci: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
9. Spencer, B. (2018). Scientific Evidence Supporting Breastfeeding. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care (3-8)* Jones and Bartlett Learning: USA.
 10. Unicef (2021). Prednosti dojenja. Retrieved December, 2022 from <https://dojenje.unicef.si/prednosti-dojenja/>.
 11. Victora, CG., Bahl, R., Barros, A.J.D., Franca, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J. ... Rollins, N.S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 30;387(10017):475–490. [https://doi: 10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
 12. Webber, E., & Benedict, J. (2018). Facilitating and Assessing Breastfeeding Initiation. In: *Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care (pp. 197–213)*. Jones and Bartlett Learning:USA.
 13. WHO. (2018). *Implementation Guidance. Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby - Friendly Hospital Initiative* (pp. 10–20). Geneva: World Health Organization.
 14. *Zakon o delovnih razmerjih /ZDR-1/(2013)*. Uradni list RS, št. 21. (13. 3. 2013). Retrieved December, 2022 from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/112301#188.%20%C4%8Dlen>

DOŽIVLJANJE DUHOVNOSTI STARŠEV OTROK Z MOTNJO AVTISTIČNEGA SPEKTRA

EXPERIENCING SPIRITUALITY IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Sabina Vreš

doc. dr. Nataša Mlinar Reljić

viš. pred. mag. Barbara Kegl

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede, Katedra za zdravstveno nego

sabiina.vres99@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Življenje z otrokom z motnjo avtističnega spektra zahteva veliko potrpljenja in razumevanja. Spiritualnost je za starše teh otrok bistvenega pomena, zato je naš namen predstaviti njihovo doživljanje spiritualnosti.

Metode: Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne in znanstvene literature v mednarodnih podatkovnih bazah PubMed, SAGE Journals in Science Direct. Literaturo smo pregledali, izvedli analizo in sintezo pridobljenih virov ter uporabili metodo tematske analize.

Rezultati: Glavna tema doživljanje spiritualnosti staršev otrok z motnjo avtističnega spektra je sestavljena iz naslednjih podtem: občutkov, čustev, potreb po duhovnem razvoju, religioznih potreb, potreb po povezanosti družine in iskanju smisla življenja. Ugotavljamo, da je spiritualna oskrba v zdravstvu omejena, zato starši pri zagotavljanju svojih spiritualnih potreb uporabljajo različne pristope.

Diskusija in zaključek: Starši se različno odzivajo na motnjo avtističnega spektra svojih otrok. Iščejo odgovore, zakaj ravno njihov otrok. Izkazujejo potrebo po podpori, s pomočjo katere začnejo sprejemati in razumevati njihovega otroka. Zadovoljevanje spiritualnih potreb na starše vpliva pozitivno, zato bi bilo smiselno raziskati, kako v proces zdravstvene nege vključiti spiritualno oskrbo.

Ključne besede: spiritualne potrebe, spektroatistične motnje, otroci, družina

ABSTRACT

Introduction: Living with a child with autism spectrum disorder requires a lot of patience and understanding. Spirituality is essential for the parents of these children, so our purpose is to present the spirituality of the parents of these children.

Methods: We used a descriptive method of work with a review of professional and scientific literature in the international databases PubMed, SAGE Journals, and Science Direct. We

reviewed the literature, analyzed and synthesized the obtained sources, and used the method of thematic analysis.

Results: *The main theme of experiencing the spirituality of parents of children with autism spectrum disorder consists of the following subthesis: feelings, emotions, the need for spiritual development, religious needs, the need for family connection and the search for meaning of life. We find that spiritual care in health care is limited, so parents are using different approaches to ensure their spiritual needs.*

Discussion and conclusion: *Parents respond differently to their children's autism spectrum disorder. They're looking for answers as to why their child is. They demonstrate the need for support to start accepting and understanding their child. Meeting spiritual needs has a positive impact on parents, so it would make sense to explore how to integrate spiritual care into the nursing process.*

Key words: *spiritual needs, autism spectrum disorder, children, family*

1 UVOD

Spiritualnost je za življenje posameznika bistvenega pomena, saj predstavlja njegovo stališče in se nanaša na način, kako posameznik išče in izraža pomen, namen ter način doživljanja svoje povezanosti s trenutkom, s samim seboj, z drugimi, z naravo in s pomembnim ali svetim (Puchalski, Vitillo, Hull, & Reller, 2014; Lepherd, 2015). Spiritualna oskrba vpliva na soočenje z dogodki, ki posamezniku spremenijo življenje, zajema ocenjevanje in zadovoljevanje spiritualnih potreb, pripomore k boljšemu psihofizičnemu zdravju, zmanjšanju bolečin in stisk ter vpliva na posameznikovo osebno rast (McSherry & Ross, 2011; Lepherd, 2015; Connerton & Moe, 2018; Mlinar Reljić & Pajnkihar, 2018; Van Leeuwen et al., 2020), vendar je v zdravstveni negi pogosto spregledana (McSherry & Ross, 2011).

Število otrok z motnjo avtističnega spektra (MAS) narašča (Hall & Graff, 2011; Heidary, Hosseini Shahidi, & Mohammadpuor, 2015; Salleh, Abdulah, Li Yoong, Jayanath, & Husain, 2020; Shilubane & Mazibuko, 2020). MAS predstavlja skupino nevro razvojnih motenj (Hall & Graff, 2011; Heidary et al., 2015; Lipovšek, 2017; Shilubane & Mazibuko, 2020). Ti otroci imajo težave s komunikacijo in socialnimi veščinami, z nespremenjenim, ponavljajočim se vedenjem ter težavami na področju čustvovanja (Lipovšek, 2017; Zveza za avtizem Slovenije, 2018; Shilubane & Mazibuko, 2020). Problem predstavlja pomankanje znanja o MAS in stigmatizacija družin (Salleh et al., 2020; Shilubane & Mazibuko, 2020). Postavitev diagnoze je dolgotrajen, frustrirajoč, zapleten, zelo zahteven proces za družine, ki jim predstavlja obremenitev ter stres (McGrew & Keyes, 2014). Waizbard-Bartov, Yehonatan-Schori, & Golan (2019) ocenjujejo, da so prva leta od postavitve diagnoze za starše zelo stresna, medtem ko se v naslednjih letih z njo sprijaznijo, motnjo in otroka sprejmejo ter iščejo rešitve.

Življenje z otrokom z MAS zahteva veliko potrpežljivosti in razumevanja, zato vzgoja takšnega otroka vpliva na kakovost njihovega življenja (Shilubane & Mazibuko, 2020). Starši se soočajo z višjo ravno stresa, tesnobe in depresije, zato je pomembno, da zdravstveni delavci prepoznajo spiritualne potrebe staršev in jih zadovoljijo, kar staršem poveča občutek osebne moči za spreminjanje prioritet in boljše obvladovanje vsakodnevne rutine (Hall & Graff, 2011; Heidary et al., 2015; Ekas et al., 2019; Waizbard-Bartov et al., 2019; Shilubane & Mazibuko, 2020).

Namen prispevka je raziskati doživljanje spiritualnosti staršev otrok z MAS ter prispevati k opolnomočenju in ozaveščanju problematike staršev otrok z MAS ter podpora in sprejemanju njihovih družin v okolju.

2 METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo dela s pregledom literature. Strokovno in znanstveno literaturo smo sistematično pregledali in jo tematsko analizirali.

2.1 Iskalna strategija

Vire smo iskali v mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed, SAGE Journals in Science Direct. Pri iskanju smo uporabili ključne besede in njihove sopomenke, uporabili smo tudi Boolova operatorja AND, OR in nadomestni znak *. Iskanje smo omejili na angleški jezik in prosto dostopne članke, objavljene po letu 2010. V Tabeli 1 je prikazana iskalna strategija.

Tabela 1: Prikaz iskalne strategije

Podatkovne baze	PubMed, Science Direct, SAGE Journals	
	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Populacija	Starši otrok z motnjo avtističnega spektra	Starši zdravih otrok ali obolelih za drugo boleznijo
Intervencija/obravnav	Spiritualnost	Zdravstvena nega, zdravljenje MAS
Izid	Doživljanje staršev	Odziv otrok, odziv zdravstvenega osebja
Vrste raziskav	Članki s kvalitativno in kvantitativno metodologijo, pregledni članki	Mešane metode raziskovanja
Omejitve		
Časovni okvir	Obdobje 10 let (literatura od 2010 naprej)	
Jezik	Angleščina	
Dostopnost člankov	Prosti dostop	

2.2 Analiza in sinteza podatkov

Izvedli smo pregled, analizo in sintezo strokovne in znanstvene literature na temo doživljanja spiritualnosti staršev otrok z MAS. Sistematično smo pregledali vključene vire ter naredili analizo in sintezo pridobljenih virov po korakih, ki jih predlagata Braun & Clarke (2006).

3 REZULTATI

Z iskalnim nizom smo v podatkovnih bazah glede na omejitve našli 187 člankov, ki smo jih prenesli v program Mendely, v katerem smo odstranili 23 podvojitev. Preostalih 164 člankov smo na podlagi naslova in povzetka pregledali in izločili 151 neustreznih člankov. 13 člankov smo v celoti prebrali in odstranili še 6 neustreznih člankov. V končno analizo smo tako vključili 7 člankov. Celoten potek iskanja ustreznih člankov smo izvedli s pomočjo priporočil PRISMA-diagrama (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009). V tabeli 2 so prikazane osnovne karakteristike sedmih vključenih člankov, ki so ustrezali vnaprej oblikovanim vključitvenim kriterijem iskanja.

Tabela 2: Karakteristike vključenih študij

Avtor, država	leto, Vzorec	Načrt raziskave	Glavne ugotovitve
Ekas et al., 2019, ZDA	n = 73 mater	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava	Vključevanje spiritualnosti v obstoječe programe → pozitiven vpliv na starše v odnosu do otroka, zavedanje zdravnikov o različnih verskih pripadnostih, različnih željah in potrebah staršev, združevanje družin otrok z MAS z ostalimi družinami zdravih otrok ter izobraževanjem teh o simptomih in znakih MAS → sprejemanje in razumevanje družin in otrok z MAS.
Hall, & Graff, 2011, ZDA	n = 75 staršev otrok z avtizmom	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava	Postavitev diagnoze MAS staršem poveča raven stresa, starši čutijo povečano potrebo po družinski podpori, slabo prilagajanje otrok z MAS → zagotovitev strokovne pomoči in odpravljanje njihovih pomanjkljivosti v socializaciji → s tem se zmanjša stres za starše, zagotovljene je premalo pomoči ali sploh nič, starši niso deležni duhovne podpore.
Shilubane, & Mazibuku, 2020, ZDA	n = 15 staršev	Kvalitativna raziskava, fenomenološka študija	Pomanjkanje znanja o MAS, starši o motnji niso obveščeni do dneva diagnoze, nekateri so zmedeni še po postavitvi, bistven vidik življenja pri spoprijemanju in spopadanju z izzivi predstavljajo vera – molitve in obiski cerkev, vse prepuščajo v božje roke in upajo na najboljše, starši poročajo, da jim družina, prijatelji in strokovnjaki, ki razumejo njihov položaj, pomagajo ublažiti stres, sprejemanje njihovega otroka starši dojemajo kot najboljše, kar lahko storijo.
Salleh et al., 2020, Malezija	n = 12 raziskav	meta-sinteza kvalitativnih raziskav	Starši otrok z MAS poročajo o stigmatizaciji in predsodkih, glavni vzrok za stigmo je pomanjkanje znanja ali ozaveščenosti o MAS, občutek sramote ob neprimernem vedenju njihovega otroka,

Avtor, država	leto, Vzorec	Načrt raziskave	Glavne ugotovitve
			starši etiketirani kot nesposobni → okolica meni, da ne znajo nadzorovati in vzgajati svojih otrok, socialna zavrnitev staršev in njihovih otrok, starši čutijo potrebo po sprejemanju njih in njihovih otrok z MAS v družbi.
Heidary et al., 2015, Iran	n = 18 mater	Kvalitativna raziskava, fenomenološka študija	Občutek žalosti mater po postavitvi diagnoze, zavedanje mater o bolezni svojega otroka in sočasno ne sprejemanje bolezni, iskanje smisla v življenju → zakaj ravno njihov otrok → izguba upanja o ozdravitvi, soočenje s težavami → upanje mater za boljšo prihodnost, nizek delež strokovne pomoči in podpore mater, matere prevzele skrb zase in za otroka → ubrale so pot spiritualnosti pri soočenju s številnimi ovirami pri vzgoji otroka z MAS, učinek spiritualnosti v življenju mater → spreminjanje prioritet.
Waizbard-Bartov et al., 2019, ZDA	n = 19 staršev	Kvalitativna raziskava, fenomenološka študija	Vzgoja otroka z MAS je izkušnja in razlog za osebno rast, krizno obdobje (vzgoja otrok z MAS), povezano s partnerskim odnosom, občutki enotnosti v družini in zadovoljstvo v odnosu prispevajo k pozitivni prilagoditvi okoliščinam, vključenost staršev v podporne skupine je koristno.
McGrew & Keyes, 2014, ZDA	n = 64 staršev	Kvantitativna raziskava, longitudinalna študija	Vzgoja otroka z MAS je vir povečanega družinskega stresa, starši dajejo več pozornosti spopadanju s težavami kot čustvom, podpora zdravstvenih delavcev pomaga zmanjšati vpliv stresa, podpora družine in prijateljev predstavlja olajšanje.

Legenda: n = vzorec, MAS = motnje avtističnega spektra

Sintezo vključenih člankov smo izvedli s pomočjo metode tematske analize (Braun & Clarke, 2006), pri kateri smo se najprej seznanili s podatki, oblikovali proste kode, podteme in nato oblikovali glavne teme.

Glavno temo »Doživljanje spiritualnosti staršev otrok z MAS« smo oblikovali iz podtem: občutki, čustva, potreba po duhovnem razvoju, religiozne potrebe, potreba po povezanosti družine in iskanje smisla življenja. Navedene podteme smo pridobili iz prostih kod, s katerimi smo se srečali ob branju izbranih člankov.

4 RAZPRAVA

Starševstvo velja za pomembno in najbolj zapleteno človeško izkušnjo, ki se lahko pri vzgoji otroka z MAS spremeni (Waizbard-Bartov et al., 2019). Starši teh otrok poročajo o večji obremenitvi in psiholoških stiskah, zmanjšanem zakonskem zadovoljstvu, nižji samozavesti, večji nemoči in povečanih negativnih čustvih, ki so povezana z vedenjem in simptomi, povezanimi z MAS pri otroku (McGrew & Keyes, 2014). Zaradi svojega vedenja so otroci izpostavljeni stigmatizaciji in diskriminaciji, ki se dotakne predvsem njihovih staršev (Salleh et al., 2020).

Staršem postavitev diagnoze MAS predstavlja travmatičen proces (Waizbard-Bartov et al., 2019). Otroka z MAS morajo sprejeti, da se lažje spoprijemajo z izzivi (Shilubane & Mazibuko, 2020; McGrew & Keyes, 2014). Starši pri tem iščejo podporo, pri čemer igra spiritualnost pomembno vlogo (Heidary et al., 2015). Na podlagi prepričanj, ki jih imajo starši glede MAS, izberejo vrsto pomoči. Pri skrbi za otroka z MAS se naučijo biti bolj razumevajoči in manj obsojajoči do ljudi okrog sebe, saj jim vzgoja teh otrok okrepi samozavest. Prizadevajo si spremeniti okolje tako, da ustreza njihovim otrokom (Waizbard-Bartov et al., 2019). Zdravstveni delavci lahko z znanjem o MAS nudijo dragoceno podporo družinam. Seznanjeni morajo biti s potrebami staršev po psihološki in čustveni podpori in jim to pravočasno, zadostno in nenehno zagotavljati na celotni terapevtski poti (Hall & Graff, 2011; Ekas et al., 2019; Salleh et al., 2020). Ugotavljamo, da starši v večini sami poskrbijo za svoje spiritualne potrebe, saj spiritualne oskrbe v zdravstvu niso deležni. Zato je nujno potrebno v proces zdravstvene nege vključiti tudi spiritualno oskrbo, da bi zagotovili celostno obravnavo družine.

Nadaljnje raziskave so potrebne, da bi lahko ugotovili, katera znanja potrebujejo zdravstveni delavci, da bi lahko zagotavljali kompetentno zdravstveno nego družini z otrokom, diagnosticiranim z MAS.

5 ZAKLJUČEK

Ugotavljamo, da zadovoljevanje spiritualnih potreb pozitivno vpliva na starše in na njihovo doživljanje otroka z MAS, zato bi nadaljnje raziskave tega področja veliko prispevale k izboljšanju celostne obravnave družine. Iz pregleda literature je bilo razvidno, da so bile na tem področju opravljene omejene raziskave, zato menimo, da je to področje, na katerem bi se lahko opravilo še veliko raziskav in razprav. Prav tako menimo, da bi vključitev spiritualne oskrbe v proces zdravstvene nege pozitivno vplivala na doživljanje spiritualnosti staršev. Pripomogla bi k zmanjšanju stresa, boljšemu psihofizičnemu počutju staršev in k boljšemu razumevanju v sami družini kot tudi družine v okolici.

LITERATURA IN VIRI

1. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
2. Connerton, C. S., & Moe, C. S. (2018). The essence of spiritual care. *Creative Nursing*, 24(1), 36–41. <http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.24.1.36>
3. Ekas, N. V., Tidman, L., & Timmons, L. (2019). Religiosity/spirituality and mental health outcomes in mothers of children with autism spectrum disorder: the mediating role of positive thinking. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(11), 4547–4558. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04165-z>
4. Hall, H. R., & Graff, J. C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 34(1), 4–25. <https://doi.org/10.3109/01460862.2011.555270>
5. Heidary, A., Hosseini Shahidi, L., & Mohammadpuor, A. (2015). Spiritual journey in mothers' lived experiences of caring for children with autism spectrum disorders. *Global Journal of Health Science*, 7(6), 79–87. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p79>
6. Lephherd, L. (2015). Spirituality: Everyone has it, but what is it? *International Journal of Nursing Practice*, 21, 566–574. <https://doi.org/10.1111/ijn.12285>
7. Lipovšek, J. K. (2017). Spektroavtistična motnja pri otroku: različni obrazi motnje. Retrieved December 14, 2020 from <https://www.zacniznova.si/spektroaktivisticna-motnja-pri-otroku-razlicni-obrazi-motnje/>
8. McGrew, J. H., & Keyes, M. L. (2014). Caregiver stress during the first year after diagnosis of an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(10), 1373–1385. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.011>
9. McSherry, W., & Ross, L. (2011). Spiritual assesment in healthcare practice. *Nursing Management*, 17(9), 9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01241.x>
10. Mlinar Reljić, N., & Pajnikihar, M. (Eds.). (2018). *Spiritualnost in spiritualna oskrba v zdravstveni negi (interno učno gradivo)*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
11. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Public Library of Science Medicine*, 6(7), Article e1000097. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>

12. Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
13. Salleh, N. S., Abdulah K. L., Li Yoong, T., Jayanath, S., & Husain, M. (2020). Parents' experiences of affiliate stigma when caring for a child with autism spectrum disorder (ASD): a meta-synthesis of qualitative studies. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 174–183. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.002>
14. Shilubane, H., & Mazibuko, N. (2020). Understanding autism spectrum disorder and coping mechanism by parents: an explorative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 413–418. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.08.003>
15. Van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughy, A., Giske, T., Kleiven, T., & McSherry, W. (2020). The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: an educational mixed methods study. *Leading Global Nursing Research*, 77(2), pp. 973–986. <https://doi.org/10.1111/jan.14613>
16. Zveza za avtizem Slovenije. (2018). O avtizmu. Retrieved December 15, 2020 from <https://www.zveza-avtizem.eu/o-avtizmu/>
17. Waizbard-Bartov, E., Yehonatan-Schori, M., & Golan, O. (2019). Personal growth experiences of parents to children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1330–1341. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3784-6>

POGOSTOST IMPLEMENTACIJE NA DOKAZIH PODPRTE ZDRAVSTVENE NEGE

FREQUENCY OF IMPLEMENTATION OF EVIDENCE-BASED NURSING

Filip Krajnc

doc. dr. Andreja Kvas

prof. dr. Tina Kavčič

Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani, Oddelek za zdravstveno nego

krajncfilip@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Za uspešno in pogostejšo implementacijo z dokazi podprte prakse je medicinske sestre potrebno opolnomočiti z znanjem uporabe modelov implementacije z dokazi podprte prakse. Namen prispevka je predstaviti pogostost implementacije z dokazi podprte prakse in povezanost pogostosti implementacije s poznavanjem modelov z dokazi podprte prakse.

Metode: Na neslučajnem in priložnostnem vzorcu je bila izvedena kvantitativna neeksperimentalna raziskava, v kateri so sodelovale diplomirane medicinske sestre ($n = 202$). Podatke smo zbirali z že validiranim Vprašalnikom o pogostosti implementacije z dokazi podprte prakse. Za testiranje hipotez smo uporabili deskriptivno statistiko ter parametrične statistične teste.

Rezultati: Medicinske sestre implementacijo z dokazi podprte prakse izvajajo ena do tri krat v zadnjih osmih tednih. Implementacija z dokazi podprte prakse je v povprečju pogostejša pri medicinskih sestrah z višjo stopnjo izobrazbe ($F = 15,99; p < 0,05$), višjo vključenostjo v raziskave ($F = 41,83; p > 0,05$) ter pri tistih, ki poznajo modele z dokazi podprte prakse ($t = 5,66; p < 0,05$).

Diskusija in zaključek: Medicinske sestre pri svojem delu implementirajo z dokazi podprte prakse razmeroma redko. Za uspešno implementacijo z dokazi podprte prakse je potrebno v prvi vrsti poznavanje modelov implementacije ter vzpostavitev strategij in ukrepov na nacionalni in mednarodni ravni, ki bodo spodbujali implementacijo z dokazi podprte prakse.

Ključne besede: medicinske sestre, modeli, izboljševanje kakovosti, vključenost v raziskave

ABSTRACT

Introduction: A more successful and frequent implementation of evidence-based practice requires nurses to be empowered with the knowledge of evidence-based practice models. The aim of this paper is to present the frequency of implementation of evidence-based practice and the correlation between the frequency of implementation and knowledge of evidence-based practice models.

Methods: A quantitative non-experimental study was conducted on a non-random and convenience sampling of 202 registered nurses. Data were collected using the previously validated "Frequency of the Implementation of Evidence-Based Practice Questionnaire". Descriptive statistics and parametric statistical tests were used to test the hypotheses.

Results: Nurses implemented evidence-based practice one to three times in the last eight weeks. More frequent implementation of evidence-based practice is positively associated with a higher level of education ($F = 15.99$; $p < 0.05$), higher involvement in research ($F = 41.83$; $p > 0.05$), and knowledge of evidence-based practice models ($t = 5.66$; $p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: Nurses implement evidence-based practice in their work rarely. Successful implementation of evidence-based practice requires, first and foremost, knowledge of implementation models and establishing strategies and measures at national and international levels to promote the implementation of evidence-based practice.

Keywords: nurses, models, improved quality, involvement in research

1 UVOD

Implementacija z dokazi podprte prakse (DPP) je temelj izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave, zato je pomembno, da delo medicinskih sester v bodoče vedno bolj temelji na znanstvenih dokazih (Melnik et al., 2008). Zanimanje za DPP je v zadnjih letih naraslo, s tem pa se je povečalo tudi število raziskav, ki so ugotavljale odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi (Al-Maskari & Patterson, 2018; Bole, 2018; Stokke et al., 2014). Čeprav v večini raziskav ugotavljajo, da imajo medicinske sestre pretežno pozitiven odnos do raziskovanja, je potrebno poudariti, da zgolj pozitiven odnos ni dovolj. Rezultate raziskav je potrebno implementirati v prakso in s tem izboljševati prakso zdravstvene nege (Skela Savič et al, 2016).

Implementacijo DPP strokovnjaki štejejo kot temelj izboljševanja kakovosti zdravstvene obravnave (Li et al., 2019). V zadnjih letih se je razvilo kar nekaj modelov za implementacijo DPP (Bole, 2018). Modeli DPP so nastali predvsem z namenom odprave težav pri implementaciji in preprečevanja finančnih in časovnih izgub, ki se pojavljajo ob neuspešni implementaciji rezultatov raziskav v prakso. Modeli predstavljajo organizacijski vodnik za vpeljavo najboljših raziskav za izboljševanje zdravstvene oskrbe pacientov (Melnik & Gallagher-Ford, 2015). Modeli DPP, ki se v zdravstveni negi najpogosteje uporabljajo so: ACE zvezdni model prenosa znanja (angl. Academic Center for Evidence-Based Practice Star Model of Knowledge Transformation), ARCC model (angl. Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration), Iowa model DPP, Johns Hopkins model, PARiSH (angl. Promoting Action on Research Implementation in Health Service) in Stetlerjev model (Schaffer et al., 2013).

Avtorji po pregledu in oceni različnih modelov zaključujejo, da noben model ne more zadovoljiti potreb vsake organizacije. Zato je nujno poznavanje definicij, korakov, ključnih točk ter

informativskih virov različnih modelov, da lahko prepoznamo model DPP, ki bo najbolj ustrezal našim specifičnim potrebam v organizaciji (Schaffer et al., 2013). Izraz DPP v kliničnem okolju torej ne pomeni zgolj izvajanja raziskav, ampak predvsem implementacijo ugotovitev raziskav za zagotavljanje najboljše zdravstvene oskrbe (Sindi et al., 2017).

Namen prispevka je predstaviti pogostost implementacije DPP med slovenskimi medicinskimi sestrami in povezanost pogostosti implementacije DPP s poznavanjem modelov DPP. Po pregledu znanstvene in strokovne literature ter že opravljenih raziskav s področja implementacije DPP smo si postavili naslednje hipoteze (H):

- H1: Medicinske sestre implementacijo DPP izvajajo pogosto, vsaj štiri do osemkrat v zadnjih osmih tednih.
- H2: Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi pogosteje implementirajo DPP kot tiste z nižjo stopnjo izobrazbe.
- H3: Medicinske sestre, ki so večkrat sodelovale v raziskovalnih projektih pri svojem delu, pogosteje uporabljajo DPP kot tiste z redkejšim sodelovanjem v projektih.
- H4: Medicinske sestre, ki poznajo modele implementacije DPP, pri svojem delu pogosteje uporabljajo DPP kot tiste, ki teh modelov ne poznajo.

2 METODE

Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Izvedli smo presečno raziskavo uporabe DPP med slovenskimi medicinskimi sestrami. V anketiranje smo vključili samo medicinske sestre s končano vsaj dodiplomsko stopnjo izobrazbe iz zdravstvene nege, saj področje raziskovanja v zdravstveni negi spada med kompetence diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov. Kot merski instrument je bil uporabljen vprašalnik, razdeljen na dva sklopa. Prvi sklop vprašalnika vsebuje Lestvico implementacije DPP (Implementation Scale; Melnyk et al., 2008; slovenski prevod Bole, 2018). Lestvica vsebuje 18 trditve, pri katerih anketiranci ocenjujejo trditve po 5-stopenjski Likertovi lestvici glede na to, kako pogosto pri svojem delu uporabljajo DPP (1 – nikoli v zadnjih 8 tednih, 2 – ena do trikrat v zadnjih 8 tednih, 3 – štiri do petkrat v zadnjih 8 tednih, 4 – šest do osemkrat v zadnjih 8 tednih, 5 – več kot osemkrat v zadnjih 8 tednih). Za trditve o pogostosti implementacije DPP je v naši raziskavi Cronbachov koeficient alfa znašal 0,96. Drugi sklop vprašalnika je sestavljen iz vprašanj, ki se nanašajo na demografske podatke in nekatere dejavnike DDP. Sklop sestavljajo vprašanja o spolu, starosti ter vključenosti v raziskovanje (lestvica vključenosti: 1 – v raziskovalnih projektih nisem sodeloval, 2 – ena do tri, 3 – več kot štiri) in poznavanju modelov implementacije DPP (1 – da, 2 – ne).

Vzorec, s katerim smo izvedli raziskavo, je neslučajni in priložnostni. V končni vzorec smo vključili medicinske sestre, ki so vprašalnik izpolnile delno ali v celoti. Teh je bilo 202. Pred začetkom raziskave smo najprej pridobili soglasje Zbornice–Zveze, da lahko raziskavo izvajamo s pomočjo

njihove baze podatkov. Rezultate smo statistično analizirali s programom IBM SPSS Statistics 25.0. V prvem delu smo izvedli deskriptivno statistiko, za ugotavljanje razlik med spremenljivkami in potrjevanje hipotez pa smo v nadaljevanju uporabili parametrične teste: t-test in ANOVA. Meja za statistično značilnost je bila postavljena pri $p < 0,05$.

3 REZULTATI

Glede na pogostost posameznih vidikov implementacije DPP anketirane medicinske sestre pri svojem delu najpogosteje zbirajo podatke o pacientovih problemih ($3,22 \pm 1,34$) in uporabljajo izdelane nacionalne smernice ($2,82 \pm 1,26$). Redkeje se odločajo za deljenje dokazov raziskav v obliki predstavitev ($2,19 \pm 1,25$), oblikovanje PICOT vprašanja (Konceptualni okvir pacient, intervencija, primerjava, izid, časovni okvir) ($1,84 \pm 1,11$) ter deljenje dokazov s pacienti in svojci ($2,10 \pm 1,19$). Ugotovili smo, da medicinske sestre vidike implementacije DPP izvajajo manj pogosto kot štiri do osemkrat v zadnjih osmih tednih, zato hipotezo 1 zavrnamo.

Pri ugotavljanju razlik glede na stopnjo izobrazbe smo zaradi manjšega števila medicinskih sester z doktoratom ($N = 5$) to kategorijo odgovorov združili z magistri/magisticami zdravstvene nege. Tabela 1 prikazuje, da se pri implementaciji DPP kažejo statistično značilne razlike v povprečni pogostosti implementacije DPP glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi. Glede na ugotovitve lahko drugo hipotezo potrdimo, saj pogostost implementacije DPP razlikuje glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi. Magistri/magistrice zdravstvene nege namreč v povprečju pogosteje implementirajo DPP kot diplomirane medicinske sestre in višje medicinske sestre. Med višjimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi medicinskimi sestrami ne ugotavljamo statistično značilne razlike.

Tabela 1: Pogostost implementacije z dokazi podprte prakse glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi

	$\bar{x} \pm s$			ANOVA	
	1 (n = 18)	2 (n = 128)	3 (n = 56)	F (p-vrednost)	Post-hoc (LSD)
Pogostost implementacije DPP	$2,07 \pm 0,78$	$2,21 \pm 0,83$	$2,99 \pm 1,04$	15,99 (< 0,001)	3 > 1, 2

Opomba: 1 = Višja medicinska sestra/višji medicinski tehnik; 2 = Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; 3 = Magister/magistrica zdravstvene nege, medicinske sestre z doktoratom. V stolpcu »post-hoc« so prikazane razlike med skupinami, ki dosegajo raven statistične značilnosti $p < 0,05^*$

O poznavanju modelov implementacije DPP je poročala manj kot petina udeleženih medicinskih sester, več kot 40 % pa jih v zadnjih štirih letih ni sodelovalo v nobenem raziskovalnem projektu (tabela 2).

Tabela 2: Opisna statistika o poznavanju modelov in vključenosti v raziskave

Odgovori na vprašanja	n = 202	%
Poznavanje modelov implementacije z dokazi podprte prakse		
DA	37	18,7
NE	161	81,3
Vključenost v raziskovalne projekte v zadnjih štirih letih		
V raziskovalnih projektih nisem sodeloval	85	42,9
1 – 3 raziskovalni projekti	92	46,5
Več kot 4 raziskovalnih projektih	21	10,6

Povprečje pogostosti implementacije DPP se statistično značilno razlikuje med vsemi kategorijami vključenosti v raziskave (tabela 3). Medicinske sestre, ki so v zadnjih štirih letih sodelovale v več kot 4 raziskovalnih projektih, pogosteje implementirajo DPP kot tiste, ki so sodelovale v manj ali nič raziskovalnih projektih. Razlika se pojavi tudi med tistimi, ki so sodelovale v 1–3 raziskovalnih projektih, in tistimi, ki v zadnjih štirih letih v raziskavah sploh niso sodelovale.

Tabela 3: Pogostost implementacije z dokazi podprte prakse glede na sodelovanje v raziskavah v zadnjih štirih letih

	$\bar{x} \pm s$			ANOVA	
	1 (n = 85)	2 (n = 92)	3 (n = 21)	F (p-vrednost)	Post-hoc (LSD)
Pogostost implementacije DPP	1,99 ± 0,71	2,50 ± 0,84	3,76 ± 0,93	41,83 (< 0,001)	3 > 2 > 1

Opomba: 1 = V raziskovalnih projektih nisem sodeloval/-a; 2 = sodelovanje v 1 – 3 raziskovalnih projektih; 3 = sodelovanje v 4 ali več raziskovalnih projektih. V stolpcu »post-hoc« so prikazane razlike med skupinami, ki dosegajo raven statistične značilnosti $p < 0,05^*$

Pri ugotavljanju razlik v pogostosti implementacije DPP glede na poznavanje modelov DPP smo izvedli tudi kvalitativno analizo odprtega tipa vprašanja. Od 202 sodelujočih se je 37 medicinskih sester opredelilo, da poznajo modele DPP. Izmed teh jih je le 19 navedlo pravi model DPP. Tako smo uvedli novo spremenljivko »poznavanje modelov« in kot medicinske sestre, ki poznajo modele DPP, upoštevali le 19 medicinskih sester, ki so navedle pravi model DPP. Ugotovili smo, da medicinske sestre, ki poznajo modele DPP, v povprečju pogosteje implementirajo DPP, kot tiste, ki teh modelov ne poznajo ($t = 5,66$, $p < 0,001$). Dokazali smo statistično značilno razliko v pogostosti implementacije DPP glede na poznavanje modelov DPP. Glede na te ugotovitve lahko tako hipotezo 3 kot hipotezo 4 potrdimo.

4 RAZPRAVA

V naši raziskavi smo ugotovili, da medicinske sestre v kliničnem okolju zelo redko implementirajo DPP. Rezultati so pokazali, da so implementacijo DPP v povprečju izvajale zgolj enkrat do trikrat v zadnjih osmih tednih pred izpolnjevanjem vprašalnika. Tudi drugi avtorji, ki so ugotavljali pogostost implementacije DPP med medicinskimi sestrami (Abu-Baker et al., 2021; Pereira et al., 2018; Skela-Savič et al., 2016; Skela-Savič & Lobe, 2020; Verloo et al., 2017), so ugotovili, da je implementacija DPP v kliničnem okolju redka. Skela-Savič in Lobe (2020) sta v raziskavi med slovenskimi medicinskimi sestrami ugotovili, da je zaupanje v DPP pomemben dejavnik za napoved pogostosti implementacije DPP. Tiste medicinske sestre, ki so bolj zaupale v pomen DPP, so tudi pogosteje implementirale rezultate raziskav v prakso. Glavni dejavnik, ki medicinske sestre spodbuja pri implementaciji DPP, je organizacijska kultura v obliki podpore vodstva organizacije, ki daje pomen raziskovalnemu delu (Bach-Mortensen et al., 2018).

Pomemben dejavnik pogostosti implementacije DPP je tudi stopnja izobrazbe v zdravstveni negi. Bole (2018) v raziskavi med slovenskimi medicinskimi sestrami ugotavlja, da magistrice in magistri zdravstvene nege pogosteje implementirajo DPP kot višje in diplomirane medicinske sestre. Tudi Stokke et al. (2014) ugotavljajo, da so medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe bolj naklonjene DPP. Ugotovitve avtorjev se skladajo z ugotovitvami naše raziskave, v kateri smo potrdili, da je povprečje pogostosti implementacije pri medicinskih sestrah z magisterijem ali doktoratom statistično značilno višje kot pri medicinskih sestrah s končano prvo stopnjo izobrazbe iz zdravstvene nege. Razlog za to lahko pripišemo temu, da imajo medicinske sestre s končanim magisterijem za sabo daljše in bolj usmerjeno izobraževanje, ki daje večji poudarek raziskovalnemu delu.

Z raziskavo ugotavljamo, da medicinske sestre, ki so bile večkrat vključene v raziskovalno delo in poznajo modele DPP, tudi pogosteje implementirajo DPP in delijo rezultate raziskav s sodelavci. Podobno ugotavljajo tudi drugi avtorji (Abu-Baker et al., 2021; Gallagher-Ford et al., 2020; Neher, 2016; Snibsøer et al., 2017; Yoo et al., 2019). Skela-Savič in Lobe (2020) dodajata, da je uporaba različnih virov DPP pri medicinskih sestrah, ki so se v zadnjih petih letih izobraževale s področja DPP, višja kot pri tistih, ki izobraževanja niso opravile. Izobraževanje o DPP in načinih njene implementacije v prakso se ne sme končati v izobraževalnih institucijah in v okviru formalnega izobraževanja. Za razvoj stroke zdravstvene nege je pomembno tudi nadaljnje neformalno izobraževanje v delovnih organizacijah in v okviru krovne organizacije Zbornice – Zveze. Da je znanje za implementacijo DPP izrednega pomena, smo ugotovili tudi v naši raziskavi. Medicinske sestre, ki niso poznale modelov implementacije, so DPP tudi manj pogosto implementirale v organizacije, kot tiste, ki so modele implementacije DPP poznale. Tiste medicinske sestre, ki so že slišale za načine implementacije DPP, imajo izkušnje z DPP in poznajo terminologijo DPP, pogosteje implementirajo DPP v klinično prakso kot ostale (Neher, 2016; Pereira et al., 2018; Yoo et al., 2019). Naša raziskava je vključevala vprašalnike za samooceno pogostosti implementacije DPP, zato je možno, da so medicinske sestre precenile

pogostost uporabe DPP. V prihodnjih raziskavah je potrebno uporabiti metode, ki bodo uporabo DPP med medicinskimi sestrami ocenjevale objektivneje. Na ta način bomo dobili vpogled v dejansko uporabo implementacije DPP v zdravstveni negi. V prihodnjih raziskavah je smiselno preveriti še ostale dejavnike, ki poleg poznavanja modelov DPP in stopnje izobrazbe v zdravstveni negi prispevajo k implementaciji DPP. Predvsem se je potrebno osredotočiti na organizacijsko kulturo in vire, ki jih imajo medicinske sestre na voljo za implementacijo DPP.

5 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo ugotovili, da je implementacije DPP med slovenskimi medicinskimi sestrami precej redka. Dejavniki, ki so pomembno povezani z implementacijo DPP, so stopnja izobrazbe, vključenost v raziskave in poznavanje modelov DPP. Medicinske sestre z višjo stopnjo izobrazbe pogosteje implementirajo DPP. Vsebine DPP je smiselno vključiti tudi v dodiplomsko izobraževanje, da bodo medicinske sestre v klinično okolje prišle z ustreznim znanjem implementacije DPP. Ugotovili smo namreč, da tiste medicinske sestre, ki poznajo modele implementacije DPP, tudi pogosteje implementirajo nove dokaze v klinično okolje. V prihodnjih raziskavah bi bilo smiselno objektivneje oceniti pogostost implementacije DPP med medicinskimi sestrami. Za pogostejšo implementacijo DPP predlagamo vzpostavitev strategij in ukrepov tako na ravni organizacije kot na nacionalni in mednarodni ravni. V delovnih organizacijah mora management zagotoviti medicinskim sestram vire potrebne za implementacijo DPP. V prvi vrsti je potrebno zagotoviti čas, ki bo namenjen predstavitvi dobrih dokazov za spremembo klinične prakse. Na nacionalni ravni je potrebno večje povezovanje klinične prakse z visokošolskimi ustanovami. Na mednarodni ravni je potrebno vzpostaviti dobro mrežo strokovnjakov s področja DPP. Na ta način bodo primeri dobre prakse postali vodilo in strategija za sistematično povečanje uporabe DPP med medicinskimi sestrami.

LITERATURA IN VIRI

1. Abu-Baker, N. N., AbuAlrub, S., Obeidat, R. F., & Assmairan, K. (2021). Evidence-based practice beliefs and implementations: A cross-sectional study among undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 20(1), 4–11. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00522-x>
2. Al-Maskari, M. A., & Patterson, B. J. (2018). Attitudes towards and perceptions regarding the implementation of evidence-based practice among omani nurses. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*, 18(3), 344. <https://doi.org/10.18295/squmj.2018.18.03.013>
3. Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C. L., & Montgomery, P. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>
4. Bole, U. (2018). *Odnos visokošolsko izobraženih medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu do na dokazih podprte prakse* [Magistrsko delo]. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
5. Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The effects

- of an intensive evidence-based practice educational and skills building program on ebp competency and attributes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 71–81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397>
6. Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: Psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208–216. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x>
 7. Melnyk, B. M., & Gallagher-Ford, L. (2015). Implementing the new essential evidence-based practice competencies in real-world clinical and academic settings: Moving from evidence to action in improving healthcare quality and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 12(2), 67–69. <https://doi.org/10.1111/wvn.12089>
 8. Li, S., Cao, M., & Zhu, X. (2019). Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses—systematic review. *Medicine*, 98(39), e17209. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017209>
 9. Neher, M. (2016). Implementation of evidence-based practice in rheumatology: What sociodemographic, social cognitive and contextual factors influence health professionals' use of research in practice? *Journal of Rheumatic Diseases and Treatment*, 2(3), 1–8. <https://doi.org/10.23937/2469-5726/1510039>
 10. Pereira, F., Pellaux, V., & Verloo, H. (2018). Beliefs and implementation of evidence-based practice among community health nurses: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 2052–2061. <https://doi.org/10.1111/jocn.14348>
 11. Sindi, N. A., Hamouda, G. M., & Bankhar, M. (2017). Factors affecting implementation of evidence based practice as perceived by nurses'. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(04), 53–57. <https://doi.org/10.9790/1959-0604025357>
 12. Skela-Savič, B., Pesjak, K., & Lobe, B. (2016). Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: A national survey. *International Nursing Review*, 63(1), 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233>
 13. Schaffer, M. A., Sandau, K. E., & Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: Overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1197–1209. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x>
 14. Skela-Savič, B., & Lobe, B. (2020). Differences in beliefs on and implementation of evidence-based practice according to type of health care institution—A national cross-sectional study among Slovenian nurses. *Journal of Nursing Management*, 29, 971–981. <https://doi.org/10.1111/jonm.13234>
 15. Skela-Savič, B., Pesjak, K., & Lobe, B. (2016). Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: A national survey. *International Nursing Review*, 63(1), 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233>
 16. Snibsoer, A. K., Espehaug, B., Ciliska, D., & Nortvedt, M. W. (2017). Changes in evidence-based practice beliefs and implementation after a postgraduate educational program: A before-and-after study over one year. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(3), 164–171. <https://doi.org/10.1177/2057158517692754>
 17. Stokke, K., Olsen, N. R., Espehaug, B., & Nortvedt, M. W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
 18. Verloo, H., Desmedt, M., & Morin, D. (2017). Beliefs and implementation of evidence-based practice among nurses and allied healthcare providers in the Valais hospital, Switzerland. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(1), 139–148. <https://doi.org/10.1111/jep.12653>
 19. Yoo, J. Y., Kim, J. H., Kim, J. S., Kim, H. L., & Ki, J. S. (2019). Clinical nurses' beliefs, knowledge,

organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLOS ONE*, 14(12), e0226742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.02>

MENTORSTVO SKOZI OČI ŠTUDENTOV

MENTORING THROUGH STUDENTS' EYES

Katarina Romšak, dipl. m. s.

Marta Smodiš, mag. zdr. neg., spec. manag.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Katedra za zdravstveno nego

romsak.katarina@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Pogled študentov na izvajanje mentorstva v kliničnem usposabljanju je zelo pomemben, saj tako dobimo povratne informacije in prostor za možnosti izboljšav.

Metode: Za analizo podatkov smo uporabili kvalitativno analizo, polstrukturiran intervju, kjer je sodelovalo 9 študentov zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Izvedli smo 9 intervjujev in jih kasneje analizirali, pridobili smo 22 kategorij. Vsi sodelujoči so sodelovali prostovoljno in anonimno in z razlago o poteku intervjujev.

Rezultati: Po pregledu intervjujev smo oblikovali 22 kategorij: mnenja o kliničnem usposabljanju, klinično usposabljanje, namen mentorstva, učenje na kliničnem usposabljanju, začetne informacije, pričakovanja študentov ob vstopu v klinično okolje, prednosti pri delu z mentorjem, odnos s kliničnim mentorjem, občutki študenta ob vstopu v klinično okolje, naloge pred izvajanjem kliničnega usposabljanja, priprava na klinično usposabljanje, sodelovanje na kliničnemu usposabljanju, počutje študentov na kliničnem usposabljanju, prvo klinično usposabljanje, možnost za napredek, nezadovoljstvo na kliničnem usposabljanju, spremembe na kliničnem usposabljanju, kompetentnost mentorjev na kliničnem usposabljanju, predaja znanja, naloge kliničnega mentorja, čas namenjen študentom in način dela s kliničnim mentorjem.

Diskusija in zaključek: Vsi študenti so imeli pozitiven pogled na klinično usposabljanje, saj so imeli odprte možnosti za napredovanje na področju teoretičnega in praktičnega znanja. Bili so tudi mnenja, da niso vsi klinični mentorji dovolj usposobljeni za mentoriranje študentov

Ključne besede: mentorstvo, študenti in klinično usposabljanje, študenti zdravstvene nege, mentoriranje študentov

ABSTRACT

Introduction The students' opinion of clinical training is very important, as it provides feedback and room for improvement possibilities in clinical training.

Methods: To analyse the data, we used qualitative analysis, the semi-structured interview, interviewing nine first, second, and third-year nursing care students of both, full-time and part-time studies at the Angela Boškin Faculty of Health Care. Participants participated voluntarily, agreeing by signing a consent form.

Results: After reviewing the interviews, we formed 22 categories: opinions on clinical training, clinical training, the purpose of mentoring, learning during clinical training, initial information, expectations of students upon entering the clinical environment, advantages of working with a mentor, relationship with the clinical mentor, feelings of the student upon entering the clinical environment, tasks before performing the clinical training, preparation for clinical training, participation in clinical training, condition of students during clinical training, first clinical training, the possibility for advancement, dissatisfaction during clinical training, changes during clinical training, the competence of mentors during clinical training, educating, tasks of a clinical mentor, time allocated to students, and how to work with a clinical mentor.

Discussion and conclusion: The research showed that nursing care students were not always satisfied with the mentoring implementation. They assessed that not all clinical mentors are sufficiently qualified to mentor students. All students had a positive view of clinical training, as they had opportunities available for advancement both in the field of theoretical and practical knowledge.

Key words: mentoring, students and clinical training, nursing care students, student mentoring

1 UVOD

Področje zdravstvene nege je znanost, v kateri sta izobraževanje in sprotno dopolnjevanje znanja ključna za vse, ki opravljajo poklic v tej panogi. Sistematično izobraževanje zdravstvenih delavcev je edino logično dejanje za razvoj stroke. Izobraževanje pripomore k osebnostnemu razvoju, kar vodi v motivirano in znanja željno osebo. Poleg naštetega pa izobraževanje prinaša kakovostno in strokovno zdravstveno oskrbo. Zdravstveni delavci morajo povezati teorijo in prakso ter graditi samopodobo na teh temeljih (Handukić, 2019). Namen mentorstva je učenje, ki odgovarja na potrebe. Cilji mentorstva morajo vsebovati strokovni razvoj, jasna in jedrnata navodila, pravilno izvajanje dela in različne strokovne pristope (Wynn, Holden, Romero, & Julian, 2021). Pomembno je, da so programi mentorstva standardizirani in učinkoviti, saj le v tem primeru mentorstvo odgovarja na potrebe. Usposabljanje v kliničnem okolju je s tem osmišljeno in ni samo sebi namen. V nasprotnem primeru, ko mentorstvo ni načrtovano oziroma se mentorji ne pripravijo na mentoriranje, to privede v preokupacijo z delom, neupoštevanje standardov, površno predajanje znanja, slabo vodenje in slabo predstavljanje mentorstva. Standardizirano mentorstvo v Veliki Britaniji zagotovijo tako, da vsaka medicinska sestra, ki želi postati mentor, opravlja teoretični in praktični izpit. Po opravljenem izpitu lahko mentorira študente na kliničnem usposabljanju (Karacay & Karadag, 2019).

Klinično usposabljanje je ključni del izobraževanja študentov, saj je polovica pedagoških ur namenjena izobraževanju v kliničnem okolju. Če sta na klinično usposabljanje pripravljena tako mentor kot študent in pred začetkom izvedeta pogovor o pričakovanjih, kako bo klinično

usposabljanje potekalo, bo klinično usposabljanje kakovostno (Kermavnar & Govekar - Okoliš, 2016).

V raziskavi, ki je bila izvedena v petih evropskih državah (Finski, Italiji, Litvi, Španiji, Sloveniji) so ugotovili, da značilnosti mentorjev, kot so starost, delovne izkušnje, mentoriranje velikega števila študentov in opravljeno izobraževanje za mentorje, omogočajo ciljno usmerjeno mentorstvo (Mikkonen et al., 2021). Učenje na problemih iz kliničnega okolja kaže lažje izvajanje individualnega dela študenta. Količina znanja, ki jo zahteva poklic medicinske sestre, je neizmerno široka, zato sta učenje in pridobivanje pomembnih informacij ključna. Ob pomoči učitelja tutorja, ki študente usmeri in jim preda napotke, na katera znanja naj se osredotočijo, je učni proces nekoliko lažji. Poleg tega načina je učinkovito skupinsko delo, ko eden izmed študentov prevzame vodilno vlogo in razdeli naloge v skupini. Mešanje skupin pri delu v skupinah je dobro, ker študenti poleg strokovnega znanja urijo tudi veščine komunikacije in timskega dela (Svennson, Axén, Andersson, & Hjelm, 2021). Zelo pomembno je tudi vključevanje študenta na področju raziskovanja (de Sousa Loura et al., 2021).

Študenti se v času kliničnega usposabljanja prvič srečajo s pacienti, izvajajo intervencije, z njimi komunicirajo in se aktivno vključujejo v delovne procese v kliničnem okolju. Vzpostavljanje stikov in grajenje zaupanja med pacientom in študentom ali med kliničnim mentorjem in študentom predstavlja študentom nešteto izzivov. Pri tem morajo znati študenti teoretično znanje, pridobljeno med študijem, prenesti v prakso. Vzpostavljanje prvega stika je ključno, da se zgradi med študentom, pacientom ter kliničnim mentorjem pozitiven in zaupljiv odnos (Woolnough & Fielden, 2017). V odnosu mentor : študent slednji ni edini, ki prejema nova znanja, ampak je to obojestranski učni proces (Rylance, Barrett, Sixsmith, & Ward 2017). Namen prispevka je prikazati vse komponente, ki so pomembne, da je klinično usposabljanje učinkovito in kakovostno.

2 METODE

Uporabili smo kvalitativno ne eksperimentalno metodo empiričnega raziskovanja. Podatke za namen raziskave smo zbrali s pomočjo polstrukturiranega intervjuja, ki je zajemal vprašanja na podlagi literature. V ciljno populacijo za kvalitativno raziskavo smo povabili študente študijskega programa Zdravstvena nega (VS) na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Vzorec je bil nenaključen in namenski. Intervjuvali smo devet študentov, tri študente 1. letnika, tri študente 2. letnika, dva študenta 3. letnika in enega absolventa, redne in izredne smeri. Šest študentov je imelo predhodno zdravstveno izobrazbo, trije študenti pa so imeli izobrazbo druge smeri, starost študentov je bila v razponu od 21 do 47 let. Pred izvedbo smo pridobili soglasje Komisije za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost. Za prikaz rezultatov raziskave smo uporabili vsebinsko analizo besedila. Rezultate smo zapisali v 22 kategorij, le – te smo za boljšo preglednost razdelili v 5 glavnih kategorij in 17 podkategorij. V rezultatih smo zapisali tudi 136 kod.

3 REZULTATI

V tabeli 1. so predstavljene kategorije in podkategorije.

Tabela 1: Rezultati raziskave

Kategorije	Pogled študenta na klinično usposabljanje.	Pričakovanja študentov ob vstopu v klinično okolje.	Občutki študenta ob vstopu v klinično okolje.	Počutje študentov na kliničnem usposabljanju.	Kompetentnost mentorjev na kliničnem usposabljanju.
Podkategorije	Mnenja o kliničnem usposabljanju.	Prednosti pri delu s kliničnim mentorjem.	Naloge pred izvajanjem kliničnega usposabljanja.	Prvo klinično usposabljanje.	Predaja znanja.
	Namen Mentorstva.	Odnos s kliničnim mentorjem.	Priprava na klinično usposabljanje.	Možnost za napredek.	Naloge kliničnega mentorja.
	Učenje na kliničnem usposabljanju.		Sodelovanje na kliničnem usposabljanju.	Nezadovoljstvo na kliničnem usposabljanju.	Čas namenjen študentom.
	Začetne Informacije.			Spremembe na kliničnem usposabljanju.	Način dela s kliničnim mentorjem.

Tabela 2: Rezultati raziskave

Kategorije	Kode
Pogled študentov na klinično usposabljanje.	usposabljanje -vpeljevanje v delo – izkušnje - prenos teorije v prakso – način dela
Pričakovanja študentov ob vstopu v klinično okolje.	vključevanje v delo – sprejem – jasna navodila – predstavitev oddelka – strokovno znanje
Občutki študenta ob vstopu v klinično okolje.	fini – zgubljeni – prestrašeni – v pripravljenosti
Počutje študentov na kliničnem usposabljanju.	dobro – odlično – slabo – katastrofalno – v redu – zelo dobro – zelo slabo
Kompetentnost mentorjev na kliničnem usposabljanju.	nekateri bolj – nekateri manj – obvladajo zadeve – strah – izogibanje – kompetence – znanje – okolje

4 RAZPRAVA

Pri raziskavi smo največ pozornosti namenili pogledu študentov na mentorstvo, osredotočili smo se na njihove občutke in pričakovanja na kliničnem usposabljanju. Ugotovili smo, da študenti pozitivno gledajo na klinično usposabljanje in da se jim zdi nujno potrebno v sklopu izobraževanja. Izobraževanje na področju zdravstvene nege vključuje povezovanje teorije in

prakse praktično od prvega do zadnjega letnika študija na fakulteti. V času učnega procesa so študenti izpostavljeni kompleksnim situacijam, ki od njih zahtevajo pomoč bolnim, oslabelem in poškodovanim. Študenti občutijo cel spekter čustev med izvajanjem kliničnega usposabljanja: od stresa, zaskrbljenosti do pozitivnih čustev (Boostel et al., 2017). Študenti v naši raziskavi so navedli, da pred kliničnim usposabljanjem in med kliničnim usposabljanjem čutijo tremo, nervozo in strah, s časom se ta čustva pojavljajo manj pogosto kot na samem začetku. Študenti, ki prihajajo iz srednjih zdravstvenih šol, treme, nervoze in strahu v intervjuju niso poudarili. Vsi študenti so se strinjali, da je doživljanje kliničnega usposabljanja odvisno tudi od lokacije usposabljanja, v kakšen zdravstveni tim je študent vključen in od mentorja.

Ugotovitve, pridobljene z raziskavo, izvedeno v Iranu, so pokazale, da sta neučinkovita komunikacija in neustrezna priprava na klinično usposabljanje razlog za pretirano čustvene odzive študentov. Največji izziv mentorjem je, da je delo s študenti korektno in da slaba komunikacija ne privede do takih situacij. Medsebojno sodelovanje med mentorji in študenti vodi v dobro in učinkovito klinično usposabljanje (Jamshidi, MolazemSharif, Torabizadeh, & Kalyani, 2016). Ugotovitve raziskave lahko primerjamo z našo raziskavo, ki je pokazala, da je na kliničnem usposabljanju problem komunikacija, ki se kaže v večini primerov kot nesporazum med kliničnim mentorjem in študentom. V večini primerov so študenti navajali, da sta komunikacija in prav tako priprava študentov na klinično usposabljanje dobri. Študenti so v raziskavi navajali, da je klinično usposabljanje boljše, če so sami pripravljene na izvajanje le-tega, in da so to klinični mentorji hitro opazili. Take študente so veliko raje mentorirali, zato so izkušnje študentov pri istih mentorjih lahko različne. Kjer je bila pripravljenost na delo izražena pri obeh, je mentoriranje dobilo smisel in odgovarja na potrebe v smislu, da mentorstvo ni samo sebi namen, ampak študenti v kliničnem okolju nadgrajujejo svoje znanje in tehnične veščine.

Študenti v naši raziskavi so navajali, da je bilo klinično usposabljanje dobro, če so bili dobro sprejeti v zdravstveni tim na začetku kliničnega usposabljanja. Poudarili so tudi, da jim je pomembno, da medicinska sestra spoštuje paciente, je empatična, razume stanje pacientov in obvlada tudi »mehki pristop«, kot so ga poimenovali. Vsi študenti so navedli tako pozitivne kot negativne izkušnje in vsaj enega mentorja, ki jim je bil zgled. Poudarili so več dobrih kot slabih izkušenj. Potrdili so, da se jim na kliničnem usposabljanju mentor pogosto posveča, vendar odvisno, kje so opravljal klinično usposabljanje. Poudarili so tudi, da kjer si je mentor zanje vzel čas, so tudi sami veliko raje sodelovali in bili bolj motivirani za delo. Zmotilo jih je, da mentor v celem kliničnem usposabljanju ni bil prisoten na oddelku, da jih je samo pošiljal naokoli, dejanskega časa študentu pa ni namenil.

V Avstraliji so na fakulteti za zdravstveno nego pri študentih drugega letnika ugotovili, da študenti niso pričakovali, da bodo izvajali klinično usposabljanje s srednjimi medicinskimi sestrami. Nekateri so zelo dominantno izrazili mnenje, da se urijo oziroma učijo za diplomirane medicinske sestre in da to ni področje, s katerim se bodo ukvarjali v poklicni karieri. Ena študentka je izjavila, da je izvajanje zdravstvene nege spodkopalo zaupanje v njene sposobnosti, ker drugih zdravstvenih intervencij v času kliničnega usposabljanja ni opravljala. V času

kliničnega usposabljanja so študentom predstavili težo in pomembnost same zdravstvene nege in študenti so pogled na delo s srednjimi medicinskimi sestrami spremenili, začeli spoštovati njihovo delo in ozavestili, kako zelo pomembna je zdravstvena nega (Annear & Robinson, 2014). Študenti v naši raziskavi se zavedajo, da je to pomemben del njihovega poklica in jim ni težko izvajati jutranje nege, tuširanja oziroma vseh intervencij, ki so povezane z osebno higieno. Nekaj študentov je odgovorilo, da jih je motilo, če so na kliničnem usposabljanju izvajali samo zdravstveno nego, druge intervencije pa je izvajal njihov mentor brez njihove prisotnosti.

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so pričakovanja študentov na kliničnem usposabljanju velikokrat dosežena, saj delajo skupaj z mentorji, se naučijo novih intervencij, večina študentov se tudi sama aktivno vključuje v delo in s tem prispeva h kakovostnemu kliničnemu usposabljanju. Raziskava je pokazala, da je študente zmotila slabša fleksibilnost v kliničnem okolju, predvsem pri časovnem okviru izvajanja kliničnega usposabljanja, lokacija izvajanja kliničnega usposabljanja, delo brez plačila, predvsem pri izrednih študentih. Redni študenti pa so se bolj osredotočili na vsebinske pomanjkljivosti, kot so: odnosi na oddelkih, mentorji, ki niso bili prisotni na kliničnem usposabljanju, premalo uvodnih navodil s strani fakultete.

5 ZAKLJUČEK

Ni skrivnost, da je za kakovost v kliničnem usposabljanju potrebno več kot samo dober mentor. Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da je kakovostno klinično usposabljanje odvisno od kompetentnega mentorja, iniciativnega študenta, dobrega sodelovanja visokošolskih učiteljev in dobre organizacije fakultete ter učnih baz. Vsak je pri sebi videl možen napredek v znanju in tehničnih veščinah, zavedajo pa se, da je to le vpogled v delo diplomirane medicinske sestre in da je poklic diplomirane medicinske sestre poklic, v katerem se pridobivanje novih znanj nikoli ne konča.

LITERATURA IN VIRI

1. Annear, M., Lea, E., & Robinson, A. (2014). Are care workers appropriate mentors for nursing students in residential aged care?. *BMC Nurs*, 13(44), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0044-8>
2. Boostel, R., Felix J. V. C., Bortolato-Major, C., Pedrolo, E., Vayego, S. A., & Mantovani M. F. (2017). Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*, 71(3), 967–974. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0187>
3. de Sousa Loura, D., Alves Bernardes, R., Lavareda Baixinho, C., Rafael Henriques, H., Brito Félix I., & Pereira Guerreiro, M. (2021). Nursing students' learning from involvement in research project: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0053>

4. Handukić, H. (2019). Motivacija za izobraževanju v primarnem, sekundarnem in terciarnem zdravstvu. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(4), 352–363.
5. Jamshidi, N., Molazem, Z., Sharif, F., Torabizadeh, C., & Kalyani, M. N. (2016). The Challenges of Nursing Students in the Clinical Learning Environment: A Qualitative Study. *Hindawi Publishing Corporation The Scientific World Journal*, 1846178, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2016/1846178>
6. Karacay, P., & Karadag, A. (2019). Assessment of Mentorship Applications in Nursing Clinical Education. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 869–876.
7. Kermavnar, N., & Govekar - Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23–37.
8. Mikkonen, K., Tomietto M., Tuomikoski, A., Kaučič, B., Riklikiene, O. ... Kääriäinen, M. (2021). Mentors' competence in mentoring nursing students in clinical practice: Detecting profiles to enhance mentoring practices. *Nursing Open*, 22(9), 593–603. <https://doi.org/10.1002/nop2.1103>
9. Rylance, R., Barrett, J., Sixsmith, P. & Ward, D. (2017). Student nurse mentoring: an evaluative study of the mentor's perspective. *British Journal of Nursing*, 26(7), 405–409. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.7.405>
10. Svennson, J., Axén, A., Andersson, E. K., & Hjelm, M. (2021). Nursing students experiences of what influences achievement of learning outcomes in a problem - based learning context: A qualitative descriptive study. *Nursing Open*, 8(4), 1863–1869. <https://doi.org/10.1002/nop2.842>.
11. Woolnough, H. M., & Fielden S. L. (2017). *Mentoring in Nursing and Healthcare. Supporting Career and Personal Development*. West Sussex: Wiley Blackwell.
12. Wynn, S., Holden, C., Romero, S., & Julian, P. (2021). The Importance of Mentoring in Nursing Academia. *Open Journal of Nursing*. 11(4), 241–248. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.114021>

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V ZDRAVSTVENIH ORGANIZACIJAH – PREGLED LITERATURE

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HEALTH CARE ORGANIZATIONS – LITERATURE REVIEW

Maša Brinovec, dipl. m. s.

Jerneja Raduha, dipl. m. s.

Jure Bence, dipl. zn.

Nina Grobelnik, dipl. m. s.

doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za paliativno oskrbo

masa.brinovec@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bil s pregledom literature in obstoječih raziskav preučiti medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih organizacijah, natančneje na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Metode: Raziskava je temeljila na pregledu literature. Vključitveni kriteriji so bili: članek, dostopen v celoti, starost člankov ne več kot pet let, cilj pa ugotoviti razširjenost in korist medpoklicnega sodelovanja

Rezultati: V pregledanih bazah smo kot potencialno uporabne vire identificirali 8.161 virov, v končno obdelavo smo vključili 20 člankov. Ugotovili smo, da je medpoklicno sodelovanje razširjeno in ima številne koristi, tako za zdravstvene delavce kot tudi za bolnike.

Diskusija in zaključek: Dobro sodelovanje v medpoklicnem timu se ustvari z ustrezno komunikacijo, medsebojnim spoštovanjem, upoštevanjem avtonomije poklicev in sprotnim reševanjem problemov, za kar je odgovoren vsak posamezni član tima. Med medicinskimi sestrami in zdravniki je treba vzpostaviti sodelovanje, kar se začne že v času izobraževanja. Zadovoljstvo zaposlenih z medpoklicnim sodelovanjem je najvišje pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva. Medpoklicno sodelovanje v bolnišnicah ima pozitivne učinke, vsi faktorji medpoklicnega sodelovanja vplivajo tudi na izide zdravljenja pacientov. Kot slabo plat medpoklicnega sodelovanja se navaja neenakopravnost zaposlenih.

Ključne besede: medpoklicno sodelovanje, primarna raven zdravstvenega varstva, bolnišnice

ABSTRACT

Introduction: The purpose of the research was to examine interprofessional collaboration in health care organizations, specifically at the primary and secondary levels of health care.

Methods: *The research was based on a literature review. To search for sources, two databases were examined for the selected keywords. The inclusion criteria were: article accessible in full, age of articles no more than five years. The aim was to determine the prevalence and benefits of interprofessional collaboration.*

Results: *We identified 8,161 sources as potentially useful in the databases we screened, and 20 articles were included in the final processing. We have found that interprofessional collaboration is widespread and has many benefits, both for healthcare professionals and patients.*

Discussion and conclusion: *Good interprofessional teamwork is created through appropriate communication, mutual respect, respect for the autonomy of the professions and ongoing problem-solving, which is the responsibility of each individual team member. Cooperation between nurses and doctors needs to be established, and this starts at the time of training. Staff satisfaction with interprofessional cooperation is highest among health professionals working at the primary health care level. Interprofessional collaboration in hospitals has positive effects, and all factors of interprofessional collaboration also influence patient outcomes. The disadvantages of interprofessional collaboration are cited as inequalities between employees.*

Key words: *interprofessional cooperation, primary care level of health care, hospitals*

1 UVOD

Kot omenja O'Brien (2013), je medpoklicno sodelovanje opredeljeno kot sodobna različica tradicionalnega timskega pristopa, ki zajema sodelovanje dveh ali več poklicev za doseganje skupnih ciljev. Serrano-Gomez & Rich-Ruiz (2017) pravita, da gre za nadgradnjo tradicionalnega timskega načina zdravstvene obravnave pacientov, kjer so cilji pogosto uporabljeni kot sredstvo za reševanje različnih problemov in kompleksnih vprašanj v obravnavi pacienta (Green & Johnson, 2015). Medpoklicno sodelovanje pripomore k boljši sposobnosti učenja in odmiku od tradicionalnega mišljenja, odpira sodelovanje in dostop do uporabe znanja in sodelovanja različnih strokovnjakov, poveča se sposobnost ustvarjanja novih vezi, učenja novih veščin in s tem tudi pridobivanja novih virov znanj. Obenem pripomore k učinkovitejšemu in lažjemu reševanju kompleksnejših problemov, ki nastanejo v vsakdanji zdravstveni praksi (Mulvale, Embret & Razavi, 2016). Prav tako vpliva na varnost in kakovost zdravstvene obravnave pacienta in na raven njegovega zadovoljstva. Zato se moramo zavedati, da ima neučinkovito sodelovanje neželene učinke pri obravnavi pacienta (Raab, Brown, Richards & OMara, 2013).

Svetovna zdravstvena organizacija je v 70. letih prejšnjega stoletja medpoklicno sodelovanje izpostavila kot pomemben element zdravstvenega sistema in še danes poudarja pomembno vlogo izboljšanja medpoklicnega sodelovanja (World Health organization, 2010). Medpoklicno sodelovanje je še danes eden ključnih korakov za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe in varne obravnave pacientov (Sansavini, 2021).

»Oskrba pacientov je kompleksna in zahteva učinkovito sodelovanje različnih profilov zdravstvene in socialne oskrbe« (Kamenšek, Kavčič & Domajnko, 2020). V literaturi zasledimo v največji meri medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki, ki je predstavljeno kot ključno za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov, zadovoljstvo pacientov in zadovoljstvo zdravstvenih delavcev (Rojko, 2019). Popolnost v sodelovanju je skoraj nemogoče doseči, saj med zdravstvenimi delavci pogosto obstaja razlika v pogledu na obravnavo pacienta, kar zagotavlja širšo izbiro aktivnosti in posegov ter bolj celovito zdravstveno obravnavo pacientov (Schot, Tummers, & Noordegraaf, 2019). V Zakonu o zdravstveni dejavnosti se v Sloveniji opredeljuje pomen sodelovanja, saj je zapisano: »Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po zdravstveni doktrini in ob uporabi napredne medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju pacientov in poškodovancev« (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992). Na podlagi istega zakona imamo v Sloveniji zelo dobro organizirano osnovno zdravstveno dejavnost kot temelj zdravstvenega sistema. Koncept osnovne zdravstvene dejavnosti ima veliko elementov medpoklicnega sodelovanja pri obravnavi pacienta, ki ga kot zelo dobrega priznavajo mednarodni strokovnjaki in organizacije (Švab, Klemenc-Ketiš, Poplas-Susič, Rotar-Pavlič & Ptek-Šter, 2021). Prav tako je bolnišnično zdravljenje oblikovano z različnimi znanstvenimi in tehničnimi situacijami, ki jih ni mogoče obravnavati samo z eno disciplino. Interdisciplinarno/multidisciplinarno sodelovanje je potrebno na vseh področjih, saj se le tako lahko zagotovi kakovostna in varna zdravstvena obravnava pacienta. Vendar pa ne moremo mimo dejstva, da na medpoklicno sodelovanje vplivajo odnosi, komunikacija med zaposlenimi, organizacija dela ter pogledi vodilnih v organizacijah (Koopmans Damen, & Wagner, 2018). Večina avtorjev medpoklicno sodelovanje opredeljuje podobno: gre za nadgradnjo tradicionalnega timskega načina zdravstvene obravnave pacientov, ki vključuje sodelovanje dveh ali več strokovnjakov različnih področij zdravstva s ciljem doseganja najboljših izidov zdravljenja (Serrano-Gemes & Rich-Ruiz, 2017).

Namen raziskave je bil z uporabo pregleda literature in obstoječih raziskav preučiti medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih organizacijah, natančneje na primarnem in sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva. Cilj raziskave je ugotoviti, v kolikšni meri je medpoklicno sodelovanje razširjeno med izvajalci zdravstvene dejavnosti v zdravstvenih organizacijah ter kakšne so njegove koristi.

2 METODE

Raziskava je temeljila na pregledu literature. Pregled strokovne in znanstvene literature je bil izveden v decembru 2022. Za namen raziskave smo pregledali dve bibliografski bazi: Google učenjak in PubMed. Ključni iskalni pojmi za pridobivanje podatkov za področje primarnega zdravstvenega varstva v angleščini so bili: »primary health care AND interprofessional collaboration«, »primary health care skillmix« in v slovenščini »primarna raven zdravstvenega

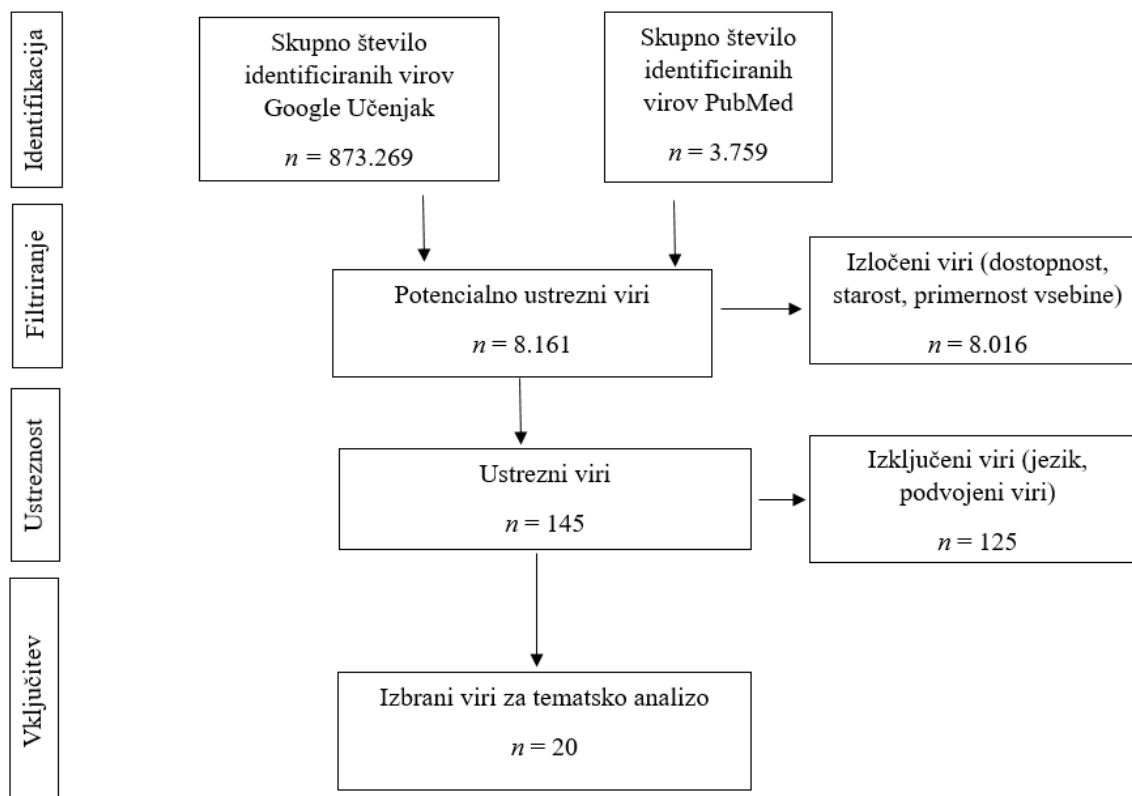
varstva IN medpoklicno sodelovanje«, za področje sekundarnega zdravstvenega varstva pa »interprofessional cooperation AND hospital health care«, »interprofessional team AND hospital health care« in »teamwork AND hospital health care«; v slovenščini »medpoklicno sodelovanje IN bolnišnična oskrba«, »medpoklicni tim IN bolnišnična oskrba« in »timsko delo IN bolnišnična oskrba«. Število zadetkov za posamezno besedno zvezo ločeno po brskalnikih prikazujemo v Tabeli 1.

Tabela 1: Pregled ključnih besednih zvez po iskalnikih

Uporabljene besedne zveze	Google	
	učenjak	PubMed
primary health care AND interprofessional collaboration	125.000	888
primary health care skillmix	17.500	32
primarna raven zdravstvenega varstva IN medpoklicno sodelovanje	143	0
interprofessional cooperation AND hospital health care	40.600	357
interprofessional team AND hospital health care	234.000	1029
teamwork AND hospital health care	455.000	1453
medpoklicno sodelovanje IN bolnišnična oskrba	93	0
medpoklicni tim IN bolnišnična oskrba	62	0
timsko delo IN bolnišnična oskrba	871	0

3 REZULTATI

V Prizma diagramu (Slika 1) prikazujemo pot, po kateri smo s pomočjo izključitvenih kriterijev prišli do končnega števila člankov, ki smo jih v nadaljevanju uporabili za prikaz rezultatov. V pregled vključeni izključitveni kriteriji so bili: prost dostop članka v celotnem obsegu, članki, objavljeni v časovnem obdobju od leta 2018 do decembra 2022, znanstveni članki z opisano raziskovalno metodologijo, članki, napisani v angleškem ali slovenskem jeziku.



Slika 1: Prizma diagram (Vir: lastni vir, 2023)

Vedno večje spremembe v organizaciji zdravstvenega sistema in zahtevnost obravnave pacientov, multimorbidnost, starajoča se populacija in drugi razlogi vodijo k potrebi po boljšemu sodelovanju različnih strokovnjakov, ki skupaj bolje in učinkoviteje izvajajo integrirano zdravstveno oskrbo (Šanc & Prosen, 2022; Donnelly Ashcroft, Mofina, Bobbette, & Mulde, 2019), česar se vedno pogosteje zavedajo tudi zdravstveni delavci (Rojko, 2019). Temelj dobrega medpoklicnega sodelovanja je osredotočenost na pacienta Strauss, Goriup, Križmarić, & Koželj (2018), za katerega je v največji meri pomembno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki (Kari, Kortejarvi & Laaksonen, 2022).

4 RAZPRAVA

Dobro sodelovanje v medpoklicnem timu se ustvari z ustrezno komunikacijo, medsebojnim spoštovanjem, upoštevanjem avtonomije poklicev in sprotim reševanjem problemov, za kar je odgovoren vsak posamezni član tima. Zdravstveni delavci bi se morali tega naučiti že med izobraževanjem in prakso ter temu posvečati večjo pozornost v okviru delovnega okolja in vseživljenjskega izobraževanja (Strauss et al., 2018). Največji vpliv na medpoklicno sodelovanje ima hierarhija. Med medicinskimi sestrami in zdravniki je treba vzpostaviti sodelovanje in ustvariti odnos deljene odgovornosti, kar se začne že z vzgojo v času izobraževanja (Strauss et al., 2018). Kaučič in Pagon (2006) ugotavljata, da je za vse, ki delajo v zdravstvu, nujno, da

poznajo osnovne značilnosti komuniciranja in dejavnike, ki vplivajo na to, ali bo komunikacija uspešna ali ne. V zdravstvu se je prav neuspešna komunikacija izkazala kot vzrok za veliko število neljubih dogodkov. Izognemo se jim lahko s pomočjo samokontrole nad nastalo konfliktno situacijo in možnosti sprotnega dogovarjanja. Zaupanje, spoštovanje in empatija so tri sestavine, ki so potrebne za oblikovanje in ohranjanje učinkovite komunikacije (Weaver, 2012). Šanc & Prosen (2022) poudarjata, da je zadovoljstvo z medpoklicnim sodelovanjem najvišje ravno pri zdravstvenih delavcih, zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva. Prav tako zaposleni v ambulantni dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva bolje in hitreje prepoznajo prednosti medpoklicnega sodelovanja, saj se v tem okolju pogosto oblikujejo manjši interdisciplinarni timi, ki sodelujejo več let, posledično pa se med sodelavci razvije visoka stopnja zaupanja. O dobrem medpoklicnem sodelovanju govori tudi Rojko (2019), ki ugotavlja, da tako zdravniki kot medicinske sestre v ambulantah na primarni ravni zdravstvenega varstva medpoklicno sodelovanje dobro zaznavajo. Hkrati zmerno dobro zaznavajo tudi kulturo varnosti, kar pomeni, da bi se počutili varno tudi v vlogi pacienta. Ista avtorica ugotavlja tudi, da so tako medicinske sestre kot zdravniki na primarni ravni zdravstvenega varstva zadovoljni z odločitvami, ki zadevajo paciente, kar nakazuje na dobro medpoklicno sodelovanje, hkrati pa prispeva tudi h kakovostno izvedeni zdravstveni oskrbi in pozitivnim rezultatom pri pacientih, kar je zagotovo velika korist medpoklicnega sodelovanja. Strauss et al. (2018) navajajo timsko sodelovanje kot nujnost, saj se s tem zmanjšujejo neustrezna oskrba pacientov ter napake v zdravstvu.

Skoraj 90 % študij poroča o pozitivnih učinkih medpoklicnega sodelovanja v bolnišnicah zaradi zadovoljstva delavcev in pacientov, skrajšale so se dolžine vizit, delavci so bolj izobraženi, boljša je klima, in sicer zaradi prisotnosti in kontakta s pacientovo družino (Blakeney et. al., 2021). Skladno s tem naj bi prostorsko-časovna zasnova, organizacijske hierarhije in upravljanje vplivali na oskrbo bolnikov in timsko delo. Vključitev farmacevtov v medpoklicne ekipe za intenzivno nego je na primer pokazala izboljšano oskrbo v enotah intenzivne terapije ter zmanjšanje umrljivosti, dolžine bivanja in neželenih dogodkov, povezanih z zdravili. Podobno se je v okviru medpoklicne timske strukture zmanjšalo število sprejemov v bolnišnico in ponovnih sprejemov v bolnišnico, povečali pa sta se stopnja zadovoljstva pacientov in integracija storitev za bolnike. V kirurških okoljih lahko izboljšajo preživetje pacientov in zmanjšajo število srčnih zastojev (Blakeney et. al., 2021).

V študijah je bilo ugotovljeno tudi, da vsi faktorji medpoklicnega sodelovanja vplivajo na izide zdravljenja pacientov, saj pomanjkanje medpoklicnega sodelovanja in timskega dela privede do slabše oskrbe pacientov, hkrati pa tudi povečuje stres in konflikte med člani medpoklicnih timov (Schilling, et al., 2022). Kolegialnost, jasnost vlog, komunikacija v timu in dober odnos pozitivno vplivajo na počutje in klimo v timu, medtem ko medsebojne interakcije in komunikacija vplivajo na kakovost tima, povečujejo učinkovitost in skupno identiteto medpoklicnih timov (Schilling et. al., 2022). Zaposleni, vključeni v timsko delo, so bolj samozavestni, imajo več znanja in svoje delo bolje ocenjujejo kot zaposleni, ki niso v medpoklicnih timih. Zaradi boljše komunikacije in

boljšega sodelovanja med člani tima posledično prihaja tudi do visokokakovostne oskrbe pacientov, saj lahko bolje predvidevajo in izpolnjujejo potrebe bolnikov in njihovih družin (Schilling et. al., 2022). Isti avtorji (Schilling et. al., 2022) ugotavljajo tudi, da so za boljšo varnost, oskrbo pacientov in za boljši pretok informacij med timom in pacientovo družino zelo pomembni timski sestanki, saj članom tima zagotavljajo skupno razumevanje pacientovih potreb in možnosti oblikovanja njegovega načrta zdravljenja.

Kot slabe strani medpoklicnega sodelovanja se navajajo zakoreninjene stare hierarhije na delovnih mestih, kjer se čuti, da zaposleni niso enakopravni. Zdravniki še vedno prevladujejo pri vodenju in se jih najbolj upošteva. Slaba stran naj bi bila tudi daljše uvajanje novozaposlenih in praktikantov, saj je delo medpoklicnih timov bolj specifično in drugačno od splošnega kroženja novo zaposlenih (Schilling et. al., 2022; Walters et. al., 2019).

5 ZAKLJUČEK

Pregled obstoječe literature dodaja delček k razumevanju tega, kako deluje medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih organizacijah, kako poteka in kakšni so vplivi medpoklicnega sodelovanja na zaposlene ter paciente. Ugotavljamo, da ima medpoklicno sodelovanje na zaposlene in paciente več pozitivnih kot slabih vplivov in da je tako na primarnem nivoju zdravstvenega varstva kot v bolnišnicah ključna komunikacija med člani tima. Pomembno se je zavedati, da lahko relativno majhna stvar, kot je na primer medprofesionalno skupinsko usposabljanje majhne skupine strokovnjakov, spremeni odnose in delovno klimo. Zaključimo lahko, da ima medpoklicno sodelovanje številne koristi tako za zdravstvene delavce kot tudi za paciente, zato ga brez dvoma ne gre izvesti iz dela zdravstvene dejavnosti na katerikoli ravni. Menimo, da bi bilo treba vsebinam medpoklicnega izobraževanja posvetiti več pozornosti že v okviru samega izobraževanja, saj bi tako bila stopnja medpoklicnega sodelovanja še višja in bolj kakovostna.

LITERATURA IN VIRI

1. Blakeney, E. A., Chu, F., White, A.A., Smith, G.R., Woodward, K., Lavalley, D.C., et al. (2021). A scoping review of new implementations of interprofessional bedside rounding models to improve teamwork, care, and outcomes in hospitals. *Journal of Interprofessional Care*. 10, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1980379>
2. Donnelly, C., Ashcroft, R., Mofina, A., Bobbette, N. & Mulder, C. (2019). Measuring the performance of interprofessional primary health care teams: understanding the teams perspective. *Primary health care research & development*, 20(125), 1-8.
3. Green, B. N., & Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: working together for a better future. *The Journal of chiropractic education*, 29(1), 1-10. <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>

4. Kamenšek, T., Kavčič, M. & Domanjko, B. (2020). Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), 153–163.
5. Kari, H., Korttejarvi, H. & Laaksonen, R. (2022). Developing an interprofessional people-centered care model for home-living older people with multi-morbidities in a primary care health centre: a community-based study. *Exploratory research in clinical and social pharmacy*, 5, 1–8.
6. Kaučič, B. M. & Pagon, M. (2006). Dejavniki uspešnega timskega dela v zdravstveni negi. In: B., Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe, & M. Pajnikihar, (eds.). *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege. Zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo, Maribor, 21 september 2006*. (pp. 145–151). Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
7. Koopmans, L., Damen, N., & Wagner, C. (2018). Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 988. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3812-4>
8. Mulvale, G., Embrett, M., & Razavi, S. D. (2016). 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC family practice*, 17, 83. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0492-1>
9. O'Brien, J., (2013). Interprofessional collaboration (20. 6. 2013). Retrieved from <https://ms.rn.com/getpdf.php/1892.pdf>
10. Raab, C. A., Will, S. E., Richards, S. L., & O'Mara, E. (2013). The effect of collaboration on obstetric patient safety in three academic facilities. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 42(5), 606–616.
11. Rojko, H. (2019). Medpoklicno sodelovanje za boljšo kulturo varnosti pacientov (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor. <https://dk.um.si/Dokument.php?id=136404&lang=slv>
12. Sansavini, C. (2021). *La forza del team. Le regole dello sport nel lavoro* Copertina. (1. izd., let. 2021). Milano: Giunti Editore S.p.A.
13. Schilling, S., Armaou, M., Morrison, Z., Carding, P., Bricknell, M. & Connelly, V. (2022). Understanding teamwork in rapidly deployed interprofessional teams in intensive and acute care: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 17(8), 22–42. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272942>.
14. Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2019). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
15. Serrano-Gemes, G., & Rich-Ruiz, M. (2017). Intensity of interprofessional collaboration among intensive care nurses at a tertiary hospital. *Enfermería Intensiva*, 28(2), 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2016.10.002>
16. Strauss, M., Goriup, J., Križmarić, M. & Koželj, A. (2018). Sodelovanje medicinskih sester in zdravnikov: ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 225–232
17. Šanc, P. & Prosen, M. (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3106/3000>
18. Švab, I., Klemenc-Kletiš, Z., Poplas-Susič, T., Rotar-Pavlič, D., Petek-Šter, M., Cedilnik-Gorup, E., et al. (2021). Družinska medicina v Sloveniji: pregled stanja in predlogi izboljšav. *Zdravniški vestnik*, 90 (1-2), 112–25. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3010>

19. Walters, J.K., Schall, T.E., DeWitt, A.G., Faerber, J., Griffis, H., Galligan, M., et al. (2019). Interprofessional Team Member Communication Patterns, Teamwork, and Collaboration in Pre-family Meeting Huddles in a Pediatric Cardiac Intensive Care Unit, *Journal of Medicine*, 58(1), 12 - 17. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.04.009.
20. Weaver, B. (2012). *Communication, Persuasion and Negotiation*. In: Huber DL ed. *Leadership and nursing care management*. (4th ed, pp. 167-190). St. Louis: Maryland Heights (MO), Saunders Elsevier, <http://www.amazon.com/Leadership-Nursi>
21. World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WJO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf
22. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. /1992 (21.2.1992). Retrived from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlurid=1992460>

VPLIV STRESA, KI GA DOŽIVLJA MEDICINSKA SESTRA, NA VARNOST PACIENTA

THE EFFECT OF STRESS EXPERIENCED BY THE NURSE ON PATIENT SAFETY

Nuša Sorgar

asist. Kasandra Musovič

doc. dr. Klavdija Čuček Trifkovič

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

nusa.sorgar@student.um.si

IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre se v svojem delovnem okolju mnogokrat srečujejo z različnimi dejavniki stresa, ki vplivajo na kakovostno obravnavo pacienta in njegovo varnost. Namen pregleda literature je raziskati, kako stres, ki ga doživlja medicinska sestra, vpliva na varnost pacienta.

Metode: V raziskavi smo opravili pregled literature z uporabo deskriptivne metode dela. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah: PubMed, Willey Online Library in Science Direct. Literaturo smo analizirali s tematsko analizo izbranih člankov.

Rezultati: V analizo je bilo vključenih 9 člankov, ki so vsebinsko ustrezali naši tematiki. Rezultati so pokazali, da fizična in psihična preobremenjenost, kadrovska stiska, konflikti v timu, slabo plačilo, večzmenško delo, strokovna neusposobljenost, pomanjkanje odgovornosti, časovni pritisk, neustrezna socialna podpora, težavni pacienti in njihovi svojci vodijo v izgorelost medicinskih sester in posledično negativno vplivajo na kulturo varnosti pacienta.

Razprava in sklep: Stres, ki ga medicinska sestra doživlja v svojem delovnem okolju, se kaže v (ne)kakovostni obravnavi pacienta. Varnost pacienta se močno zmanjša in posledice za nastanek neželenih dogodkov so zato večje. Varnostna kultura pacienta mora biti prioriteta zdravstvenega osebja in zdravstvenih sistemov, zato je potrebno poiskati dosledne rešitve za zmanjšanje oziroma preprečitev življenjsko ogrožajočih napak.

Ključne besede: medicinska sestra, varnost pacienta, varnostna kultura, stres

ABSTRACT

Introduction: In their work environment, nurses often encounter various stress factors that affect the quality of patient treatment and patient safety. The aim of the literature review is to investigate how nurse stress affects patient safety.

Methods: In the research, we made a review of the literature using the descriptive method of work. The literature was searched in the databases: PubMed, Willey Online Library and Science Direct. We analyzed the literature and performed a thematic analysis of the selected articles.

Results: 9 articles were included in the analysis, which corresponded in terms of content. The results showed that physical and psychological overload, staff shortages, conflicts in the team, poor pay, multi-shift work, professional incompetence, lack of responsibility, time pressure, inadequate social support, difficult patients and their relatives, lead to nurse burnout and, as a result, negative affect the culture of patient safety.

Discussion and conclusion: The stress that nurses experience in their work environment is manifested in (poor) quality patient treatment. Patient safety is greatly reduced and the consequences for the occurrence of adverse events are therefore greater. Patient safety culture must be a priority for medical personnel and health systems, therefore it is necessary to find consistent solutions to reduce or prevent life-threatening errors.

Keywords: nurse, patient safety, safety culture, stress

1 UVOD

Medicinske sestre v svojem delovnem okolju večino časa preživijo s pacienti in imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju varnosti pacienta (Robida, 2014). Pomembnost varnosti pacienta po vsem svetu narašča in medicinske sestre se spoprijemajo z različnimi izzivi, kako zagotoviti varno oskrbo pacientov (Brasaité, Kaunonen, Martinkénas, Mockienė, & Suominen, 2016). Medicinska sestra je nenehno v stiku z zdravnikom, pacientom in njegovimi svojci, zato je njen položaj izjemen in hkrati zahteven.

Stres v delovnem okolju medicinske sestre je povezan z negativnim odnosom do dela in uspešnostjo, kar zmanjša kakovost oskrbe in varnost pacientov (Chen, Lee, Fuang, & Sin, 2019). Posledica stresa, ki ga doživijo zdravstveni delavci, lahko vodi v bolezen in v odsotnost z dela, kar zmanjšuje število oskrbovanih pacientov (Rodrigues, Pereira Santos, & Sousa, 2017). Medicinske sestre doživljajo čustveno izčrpanost, depersonalizacijo in zmanjšanje osebnih dosežkov, kar vodi v izgorelost (National Academies of Sciences, National, & Committee, 2019). Izgorelost medicinskih sester je poklicna nevarnost, ki prizadene medicinske sestre, paciente, organizacijo in družbo na splošno (Jun, Ojemeni, Kalamani, Tong, & Crecelius, 2021).

V delovno okolje prihajajo na novo zaposlene medicinske sestre, ki se spopadajo s stresom zaradi pomanjkanja delovnih izkušenj, odgovornosti in samozavesti (AbuAlRub & Alhaja'a, 2019). Ena od šestih medicinskih sester doživi izgorelost zaradi različnih dejavnikov tveganja, kot so konflikt na delovnem mestu, časovni pritisk, preobremenjenost, neustrezna socialna podpora, neustrezno vodenje in organizacijske omejitve (Labrague, McEnroe-Petitte, Leocadio, Van Bogaert, & Cummings, 2018). Naloga medicinske sestre je med drugim vzpostavljanje tesnih odnosov s pacienti in njihovimi svojci. Zavrlo tega so izpostavljene večjemu tveganju za utrujenost zaradi sočutja in izgorelosti (Cooper, Brown, Rees, & Leslie, 2020). Delo medicinske sestre je fizično naporno, saj se vsakodnevno spopada s človeškim trpljenjem in doživlja žalost ter izgubo, ko pacient umre (Dagget, Molla, & Belachew, 2016).

Varnost pacientov je bistvena značilnost in pogoj kakovostnega zdravstvenega varstva (Sjeničić, 2017). Svetovna zdravstvena organizacija je opisala varnost pacientov kot »preprečevanje napak in škodljivih učinkov na paciente, povezanih z zdravstveno oskrbo« na način, »da bolnikom ne škodi« (World Health Organization, 2009). Pojem varnosti je večplasten, saj povezuje pravo in medicino ter ima lahko za pacienta, zdravstvene delavce, zdravstveni sistem ter tudi za družbo kratkoročne in dolgoročne posledice (Kraljić, 2017). Naloga medicinske sestre je ohraniti varnost pacientov in preprečiti škodo med zagotavljanjem kratkotrajne in dolgotrajne zdravstvene oskrbe (Vaismoradi, Tella, Logan, Khakurel, & Vizcaya-Moreno, 2020). Z zagotavljanjem varnosti pacienta zmanjšamo fizično in psihično škodo, preprečujemo morebitno škodo, povečamo zanesljivost in zagotovimo varen ter kakovosten zdravstveni sistem (Vincent & Amalberti, 2016).

V zdravstvu imajo lahko napake resne in vseživljenjske posledice za paciente in njihove družine (Higham & Vincent, 2021). Neželene dogodke, kot so padci, pljučnice, razjede zaradi pritiska, bolnišnične okužbe, okužbe zaradi katetrov in napake pri dajanju zdravil tako poslabšajo kakovost življenja pacienta, podaljšajo njegovo bivanje v bolnišnici in povečujejo strošek zdravstvene ustanove ter lahko vodijo v smrt pacienta (Zorčić, 2021). Neuspešno sodelovanje med zdravstvenimi delavci vodi do nezadovoljstev v okviru njihovega dela, kar lahko ogrozi varnost pacienta (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013).

Delovni proces zdravstvene nege mora biti oblikovan tako, da spodbuja komunikacijo, povezanost in sodelovanje tima zdravstvene nege, saj s tem dosežemo pozitivno kulturo varnosti pacienta (Laschinger, 2014). Etična varnost pacienta se nanaša na odgovornost medicinske sestre, obveščanje in preprečevanje napak (Kangasniemi, Vaismoradi, Jasper, & Turunen, 2013). Komunikacija med medicinskimi sestrami in preostalim zdravstvenim timom pripomore k večji in boljši varnosti pacienta (Alingh, van Wijngaarden, van de Voorde, Paauwe, & Huijsman, 2019). Medicinska sestra, zaposlena v kliničnem okolju, mora biti ustrezno usposobljena in strokovna za izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege pacienta. Z možnostjo strokovnih usposabljanj tudi glede veščin in odnosa medicinske sestre bomo povečali varnostno kulturo pacienta, kar je temelj za povečanje kakovosti zdravstvene obravnave v procesu zdravstvene nege (Bassuni & Bayoumi, 2015).

Namen raziskave je bil preučiti vpliv stresa medicinske sestre na varnost pacienta. Specifični cilji raziskave so bili naslednji: pregledati, analizirati in sintetizirati znanstveno literaturo s področja stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, ter njegov vpliv na varnost pacienta, raziskati in ugotoviti, kako stres na delovnem mestu zmanjša varnost pacienta, ter raziskati in ugotoviti potencialne možnosti za izboljšanje varnosti oskrbe pacienta.

2 METODE

V raziskavi smo uporabili deskriptivno oziroma opisno metodo dela. Relevantne in dostopne članke smo poiskali s pomočjo PIO-vprašanja (angl. Population, Intervention, Outcome): »Kako stres medicinske sestre vpliva na varnost pacienta?«, ki nas je vodilo do učinkovitega, sistematičnega in temeljitega iskanja virov (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

S pomočjo orodja za kritično ocenjevanje (angl. Critical Appraisal Tools) Joanna Briggs Institute (JBI) smo ocenili izbrane članke in jih predstavili v obliki tabele (Aromataris & Munn, 2020). Uporabili smo tri različne kontrolne sezname za presečne in kohortne raziskave (Moola, et al., 2020) ter za sistematične preglede (Aromataris, et al., 2015). S pomočjo hierarhije dokazov (Polit & Beck, 2012) smo določili nivoje dokazov vključenih raziskav ter ocenili njihovo moč.

Analizo izbranih člankov smo prikazali v tabeli s skupnimi značilnostmi (avtor, letnica objave, država, načrt raziskave, cilji raziskave, vzorec, glavne ugotovitve). Uporabili smo vsebinsko analizo kot metodo sinteze rezultatov. Cilj vsebinske analize je konceptualni opis pojava, ki omogoča obravnavo velikih količin besednih podatkov iz različnih virov. Vključuje tri glavne korake: pripravo, organizacijo in poročanje. Proces se začne z odprtim kodiranjem, nato se oblikujejo podkategorije in kategorije (Elo & Kyngäs, 2008).

Iskalna strategija

V okviru raziskovalne tematike, tj. vpliv stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, na varnost pacienta, smo določili ključne besede v angleškem jeziku: *nurse, patient, stress, patient safety, safety culture, workplace, burnout, health care*. Za iskanje relevantnih virov smo uporabili mednarodne podatkovne baze PubMed, ScienceDirect in Willey Online Library z iskalnim nizom (nurs* OR "health care") AND (safety OR "patient safety" OR "safety culture") AND (stress OR burnout) AND ("nurse workplace" OR "workplace"). Iskalni niz smo oblikovali s pomočjo Boolovih operaterjev AND in OR. Uporabili smo enake vključitvene in izključitvene kriterije, kot je prikazano v Tabeli 1.

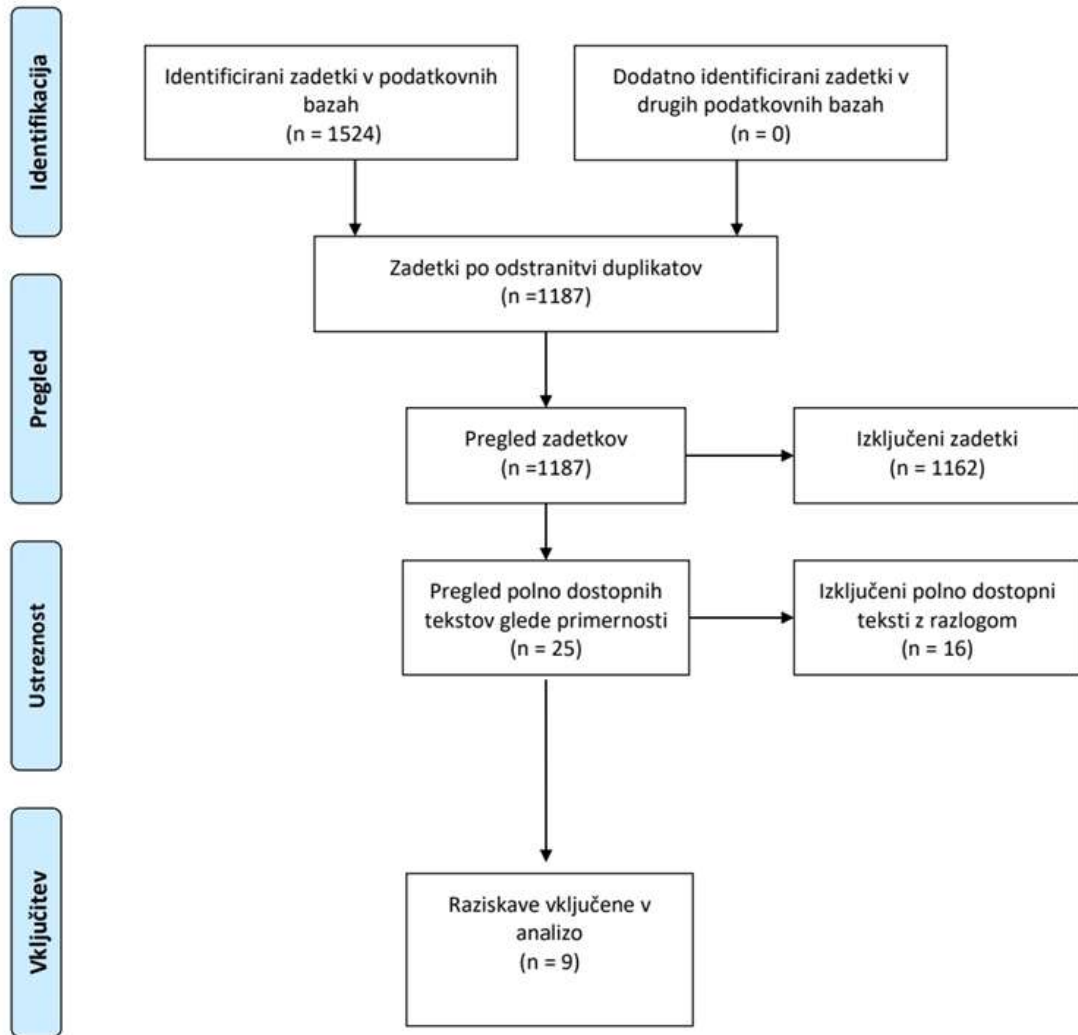
Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

	VKLJUČITVENI KRITERIJI	IZKLJUČITVENI KRITERIJI
POPULACIJA	Medicinske sestre	Ostali zdravstveni (so)delavci
INTERVENCIJA	Stres	Ne nanaša se na stres
IZID	Varnost pacienta	Vse, kar se ne navezuje na varnost pacienta in/ali stres, ki ga doživljajo medicinske sestre na delovnem mestu

	VKLJUČITVENI KRITERIJI	IZKLJUČITVENI KRITERIJI
VRSTE RAZISKAV	Sistematični pregledi, raziskave, ki temeljijo na kvantitativni metodologiji	Raziskave, ki temeljijo na kvalitativni metodologiji, ali mešane metode, duplikati, protokoli, konferenčni prispevki, uvodniki in ne raziskovalni članki
LIMITI		
ČASOVNI OKVIR	Od leta 2012 do 2022	
JEZIK	Angleščina	
DOSTOPNOST ČLANKOV	Brez omejitev	

3 REZULTATI

Z uporabo predhodno zastavljene iskalne strategije, iskalnega niza in limitov smo v začetnem iskanju v podatkovnih bazah identificirali 1524 zadetkov. V bazi PubMed smo dobili 466 zadetkov, v Science Direct 693 zadetkov in v podatkovni bazi Willey Online Library 365 zadetkov. Med 1524 zadetki smo izločili duplikate in tako dobili 1187 zadetkov. Po odstranitvi duplikatov smo pregledali naslove in povzetke 1187 člankov in jih 1162 izločili, ker niso ustrezali zastavljenim kriterijem. Pregledali smo 25 polno dostopnih člankov. Izločili smo 16 člankov, saj niso istrezali tematiki. V končno analizo smo vključili 9 člankov (Tabela 2) ter s pomočjo diagrama prikazali potek iskanja literature (Slika 1).



Slika 1: Prikaz poteka iskanja virov (Moher, Liberati, & Tetzlaff, 2009)

Tabela 2: Tabela s karakteristikami identificiranih raziskav

Avtor, država	leto, Raziskovalni načrt	Cilj raziskave	Glavne ugotovitve	Nivo dokaza
Al Ma'mari, et al. (2020), Oman	Presečna raziskava	Raziskati, kako utrujenost, delovna obremenitev, izgorelost in delovno okolje medicinske sestre vplivajo na dožemanje varnosti pacienta.	Utrujenost škodljivo vpliva na splošno dožemanje kulture varnosti pacientov. Utrujenost vpliva na nevrokognitivno delovanje medicinskih sester in omejuje njihovo delovno uspešnost, kar posledično vpliva na varnost pacientov. Utrujenost medicinskih sester je bila prepoznana kot grožnja varnosti medicinskih sester in pacientov.	Nivo 4
Asefzadeh, et al. (2017), Iran	Presečna raziskava	Ugotoviti razmerje med kulturo varnosti pacientov in stopnjami stresa na delovnem mestu med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v bolnišnicah.	Rezultati te raziskave o razmerju med stresom na delovnem mestu med medicinskimi sestrami in njihovimi osnovnimi značilnostmi so pokazali, da obstaja pomembna povezava med spolom, starostjo, izkušnjami, delovno izmeno in delovnimi urami na teden. Rezultati raziskave, ki so jo izvedli, so pokazali, da sta bila največja in najmanjša ocena stresa 116 oziroma 26 s povprečjem in standardnim odklonom $58,46 \pm 12,62$. Najvišja stopnja stresa na delovnem mestu je bila 62,94-odstotna pri medicinskih sestrah, ki so se soočale s smrtjo pacientov in umirajočimi pacienti.	Nivo 4
Chen, et al. (2019), Tajvan	Presečna raziskava	Ugotoviti, kako stres na delovnem mestu vpliva na kulturo varnosti pacienta.	Stres, ki izhaja iz odnosa medicinska sestra – pacient, dejansko poveča zaznavanje pacientove varnostne kulture, kar je videti v nasprotju s trditvijo več prejšnjih raziskav, kjer napet in stresen odnos med medicinsko sestro in pacientom negativno vpliva na zaznavanje pacientove varnostne kulture.	Nivo 4
Sturm, et al. (2019), Nemčija	Presečna raziskava	Raziskati, ali sta zaznana kultura varnosti pacientov in varnost pacientov povezani z rutinskimi	Objektivno izmerjena delovna obremenitev je povezana z zaznanim psihosocialnim stresom in obremenitvijo članov osebja. Rezultati so pokazali, da so zaznani slabši elementi varnostne kulture (timsko delo in izgorelost) povezani s slabšimi izidi pacientov, merjenimi s ponovnim sprejemom in daljšim bivanjem.	Nivo 4

Avtor, država	leto,	Raziskovalni načrt	Cilj raziskave	Glavne ugotovitve	Nivo dokaza
			podatki, ki odražajo rezultate pacientov.		
Di Muzio, et al. (2019), Italija		Sistematični pregled kvantitativnih raziskav	Analizirati korelacijo med obvladovanjem kliničnega tveganja in pojavom napak pri zdravljenju ter učinki izmenskega dela (kot sta čezmerna utrujenost in pomanjkanje spanja po izmeni v bolnišnici) na medicinske sestre.	Izmene, daljše od 12 ur na dan in 40 ur na teden, povzročajo večjo utrujenost medicinskih sester in posledično večjo stopnjo neželenih dogodkov in napak pri zdravljenju. Ugotovitve te raziskave so pokazale, da je tudi v eni izmeni, če zdravstveno nego izvaja okrnjeni kader, kakovost pomoči ogrožena, tveganje za napake pa se poveča.	Nivo 3
Liu, et al. (2019), Kitajska		Presečna raziskava	Raziskati razmerja med nasiljem na delovnem mestu, rezultati medicinskih sester in varnostjo pacientov.	Osemindvajset odstotkov medicinskih sester je poročalo, da so v zadnjih 12 mesecih doživele pogoste verbalne zlorabe s strani pacientov ali njihovih družin. Nasilje na delovnem mestu je bilo povezano z izgorelostjo pri delu, manjšim zadovoljstvom pri delu, slabšo varnostjo pacientov in več neželenimi dogodki.	Nivo 4
Gensimore, et al. (2020), Anglija		Opisna prospektivna raziskava	Raziskati vpliv delovnih značilnosti medicinske sestre, odpornosti in izgorelosti na kakovost in varnost pacientov.	Višjo stopnjo izgorelosti kot doživljajo medicinske sestre, večja je verjetnost za njihov odhod. Udeleženci, ki so negativno ocenili delovno obremenitev, so poročali o čustveni izčrpanosti in depersonalizaciji.	Nivo 4

Avtor, država	leto,	Raziskovalni načrt	Cilj raziskave	Glavne ugotovitve	Nivo dokaza
Cheng, et al. (2020), Kitajska		Presečna raziskava	Proučiti vplive zahtev in virov delovnega mesta na duševno zdravje kitajskih medicinskih sester in varnost pacientov.	Medicinske sestre so v izmenah pogosteje trpele za nespečnostjo, izgorelostjo, manjšo delovno zavzetostjo, slabšimi delovnimi viri, zahtevnejšimi delovnimi zahtevami, slabšim duševnim zdravjem in zadovoljstvom pri delu ter slabšim delovnim okoljem kot medicinske sestre v enoizmenskem delovnem času. Rezultati so pokazali, da slabo duševno zdravje negativno korelira s stališči o varnosti pacientov.	Nivo 4
Arnetz, et al. (2019), Michigan		Retrospektivna raziskava	Proučiti povezave med vidiki delovnega okolja, ki ga ocenjuje medicinska sestra, tako negativnimi kot pozitivnimi serumskimi biomarkerji, in izidi pacientov v bolnišnici.	Stres pri delu je bil obratno povezan s serumskim DHEA-S in pozitivno povezan s serumskim IL-6. Psihološka varnost in razvoj kompetenc, ki predstavljata bolj pozitivne vidike delovnega okolja, sta bila pozitivno in pomembno povezana z DHEA-S, ne pa tudi z IL-6.	Nivo 4

V analizo je vključenih 9 raziskav. Od tega je bilo šest presečnih raziskav, ena opisna prospektivna raziskava, ena retrospektivna in eden sistematičen pregled literature. Moč dokazov smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov (Polit & Beck, 2012). Sedem člankov je nivoja 4, dva pa nivoja 3.

Kritično analizo s pomočjo Joanna Briggs Institute (JBI) orodji za ocenjevanje smo predstavili v tabelah 3, 4, 5.

Tabela 3: Kritična ocena dokazov po kontrolnem seznamu za presečne raziskave

JBI checklist	1	2	3	4	5	6	7	8	Ocena
Al Ma'mari et. al., (2020)	DA	DA	DA	DA	N/J	N/J	DA	DA	6/8
Asefzadeh et. al., (2017)	DA	DA	DA	DA	NE	NE	DA	DA	6/8
Liu et. al., (2019)	DA	DA	DA	DA	N/J	N/J	DA	DA	6/8
Sturm et. al., (2019)	DA	DA	DA	DA	NE	N/J	DA	DA	6/8
Cheng et. al., (2020)	DA	DA	DA	DA	N/J	NE	DA	DA	6/8
Chen et. al., (2019)	DA	DA	DA	DA	DA	NE	DA	DA	7/8
Arnetz et. al., (2019)	DA	DA	DA	DA	DA	N/J	DA	DA	7/8

Legenda: DA-Da, NE-Ne, N/J- ni jasno podano; 1 = Ali so bili vključeni kriteriji za vključitev v vzorec jasno opredeljeni?; 2 = Ali je bil raziskovalni vzorec in raziskovalno okolje jasno opisano?; 3 = Ali je bilo izpostavljeno merjenje na veljaven in zanesljiv način?; 4 = Ali so bili za merjenje raziskovalne situacije uporabljeni objektivni in standardni kriteriji?; 5 = Ali so bili ugotovljeni vplivajoči dejavniki?; 6 = Ali je bila podana strategija za zmanjšanje vplivajočih dejavnikov?; 7 = Ali so bili rezultati izmerjeni na veljaven in zanesljiv način?; 8 = Ali so bile uporabljene ustrezne statistične metode analize?

Tabela 4: Kritična ocena dokazov po kontrolnem seznamu za sistematične preglede in sinteze

JBI checklist	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ocena
Muzio et. al., 2019	DA	DA	DA	DA	DA	N/J	NE	DA	N/J	DA	N/J	7/11

Legenda: Da- Da, Ne- Ne, N/J- ni jasno podano; 1= Ali je pregledno vprašanje jasno navedeno?; 2= Ali so bila merila za pregled primerna?; 3= Ali je bila strategija iskanja ustrezna?; 4= Ali so bili viri, uporabljeni za iskanje študij, ustrezni?; 5= Ali so bila merila za ocenjevanje študij ustrezna?; 6= Ali sta kritično oceno izvedla dva ali več avtorjev neodvisno?; 7= Ali so obstajale metode za zmanjševanje napak pri pridobivanju podatkov?; 8= Ali so bile uporabljene metode za združevanje študij ustrezne?; 9= Ali je ocenjena verjetnost pristranskosti objave?; 10= Ali so bila priporočila za prakso podprta s sporočenimi podatki?; 11= Ali so bile posebne smernice za nove raziskave ustrezne?

Tabela 5: Kritična ocena dokazov po kontrolnem seznamu za prospektivne kohortne raziskave

JBI checklist	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ocena
Gensimore et. al., 2020	DA	DA	DA	DA	DA	DA	DA	DA	NE	DA	DA	10/11

Legenda: DA- Da, NE- Ne, N/J- Ni jasno podano; 1= Ali sta si bili skupini podobni in rekrutirani iz iste populacije?; 2= Ali so bili izidi merjeni podobno med udeleženci v intervencijski in udeleženci v kontrolni skupini?; 3= Ali je bila izpostavljenost (izid) merjena na veljaven in zanesljiv način?; 4= Ali so bili ugotovljeni zavajajoči dejavniki?; 5= Ali so bile navedene strategije za obvladovanje zavajajočih dejavnikov?; 6= Ali so bile skupine/udeleženci na začetku študije brez rezultata?; 7= Ali so bili rezultati izmerjeni na veljaven in zanesljiv način?; 8= Ali je bil prijavljen čas spremljanja in ali je bil dovolj dolg, da so se dosegli rezultati?; 9= Ali je bilo nadaljnje spremljanje končano ali ne, ali so bili razlogi za izgubo nadaljnega spremljanja opisani in raziskani?; 10= Ali so bile uporabljene strategije za reševanje nepopolnih nadaljnjih ukrepov?; 11= Ali je bila uporabljena ustrezna statistična metoda?

Tabela 6 prikazuje vsebinsko analizo identificiranih raziskav. Glavna kategorija je vpliv stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, na varnost pacienta. Glavno kategorijo smo razdelili na podkategorije: stres - kazalci, varnostna kultura pacienta in posledice stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, v okviru varnostne kulture pacienta. V prvi podkategoriji je predstavljen stres in kako se kažejo njegove posledice. V drugi podkategoriji so načela varnostne kulture pacienta, kakovost oskrbe, preprečevanje napak, varnostni ukrepi, varnost, učinkovitost in varnostna kultura, osredotočena na pacienta. Zadnja podkategorija pojasnjuje posledice stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, ki ima lahko vseživljenjske posledice za pacienta in njegovo družino. Med posledice spadajo tudi padci, preležanine, pljučnice, bolnišnične okužbe, napake pri dajanju zdravil, podaljšanje pacientovega bivanja v bolnišnici in nazadnje tudi smrt.

Tabela 6: Prikaz vsebinske analize

Kategorija	Podkategorije	Kode
Vpliv stresa medicinske sestre na varnost pacienta	Stres - kazalci	Izgorelost, bolezen, odsotnost z dela, čustvena izčrpanost, depersonalizacija, stiska, žalost, zmanjšanje učinkovitosti medicinske sestre.
	Varnostna kultura pacienta	Kakovost oskrbe, preprečevanje napak, varnostni ukrepi, varnost, učinkovitost, osredotočena na paciente.
	Posledice stresa medicinske sestre v okviru varnostne kulture pacienta	Vseživljenjske posledice za pacienta in njegovo družino, padci, razjede zaradi pritiska, pljučnice, bolnišnične okužbe, napake pri dajanju zdravil, podaljšanje pacientovega bivanja v bolnišnici, smrt

4 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli dobiti odgovor na zastavljeno raziskovalno vprašanje: »Kako stres medicinske sestre vpliva na varnost pacienta?«. Rezultati pregleda, analize in sinteze literature so nam pokazali, da stres, ki ga medicinska sestra doživlja v svojem poklicnem okolju, pomembno vpliva na zaznavanje in dožemanje varnostne kulture pacienta.

Stres je prisoten v vsakdanjem življenju posameznika tako v zasebnem kot poklicnem okolju. Stres je pomemben za naše delovanje, saj gre za vrojen način prilagajanja okoliščinam. Poklic zdravstvenih delavcev se od drugih poklicev razlikuje v tem, da delamo z ljudmi in za ljudi ter stremimo k izboljšanju njihovega zdravstvenega stanja.

Ena izmed številnih nalog medicinske sestre in tudi najbolj pomembna je zagotoviti ustrezno, strokovno, kakovostno obravnavo pacienta. S tem zagotovimo varnost pacienta. Da lahko zagotovimo varnost pacienta, moramo imeti usposobljen in strokovno podkovan kader, pozitivno delovno okolje in vzdušje, primerno število kadra na zasedenost bolniških postelj in njihovo zahtevnost, dobro organizacijo, primerne pogoje dela in primerno plačilo.

Varnost pacienta ni samo prioriteta medicinske sestre, temveč celotnega zdravstvenega sistema. Stres je pomemben element, ki vpliva na medicinsko sestro in se kaže v njenem odnosu do dela s pacienti. Vodilni kadri bi morali za varnost pacienta nameniti posebno pozornost ustvarjanju pozitivnega delovnega okolja, izboljšanju medsebojnih odnosov v kolektivu in širjenju dobrega vzdušja. Medicinske sestre, ki delajo v slabih delovnih pogojih, slabše zaznavajo in dojemajo varnostno kulturo pacienta (Asefzadeh, et al., 2017). Za ustvarjanje zdravega delovnega okolja je ključna podpora vodstva, dobra organizacija dela ter odprta razprava (Chen, Lee, Fuang & Sin, 2019).

Spočita medicinska sestra, ki dela v okolju, kjer je ravnovesje med delovno obremenitvijo in delovnim časom, je učinkovitejša pri zagotavljanju varne oskrbe pacienta. Utrujenost, povečana delovna obremenitev in nadurno delo vplivajo na počutje medicinske sestre, saj ta ni več zmožna biti zbrana pri delu. Ti faktorji škodljivo vplivajo na dožemanje varnosti pacienta (AL Ma'mari, Abu Sharour, & Al Omari, 2020; Sturm et al., 2019). Zaradi slabšega zaznavanja varnosti pacienta pride do neželenih dogodkov (padci, razjede zaradi pritiska, pljučnice, bolnišnične okužbe, okužbe zaradi katetra, napake pri dajanju zdravil). Stopnja neželenih dogodkov je večja pri triizmenskem delu kot pri delu v enoizmenskem delovnem času. Razlogi za pojav neželenih dogodkov niso samo pri razliki v delovnem času, temveč tudi v povečanem obsegu dela in nočni izmeni. Stopnja napak se v nočni izmeni zaradi pomanjkanja spanja nekoliko poveča od stopenj v dnevni izmeni. Pomanjkljaj spanca je povezan s počasnim reakcijskim časom in izpadom pozornosti (Di Muzio, et al., 2019).

Pojav neželenih dogodkov pri pacientu v medicinski sestri vzbudijo občutek strahu, nemira, neodgovornosti, zaskrbljenosti in slabe vesti. Stopnjevanje teh občutkov lahko vodi v duševne težave, kar vpliva na število bolniških odsotnosti, pripravljenost za odhod in varnost pacienta (Cheng, et al., 2020). Potrebno je torej biti pozoren na čustvene reakcije medicinskih sester, njihov odnos do dela in jim zagotoviti ustrezno socialno podporo, da se izognemo škodljivim vplivom na varnost pacienta (Liu, et al., 2019). Bolnišnice lahko izboljšajo delovno okolje in uspešnost pri delu z organizacijskimi postopki za zmanjševanje stresa, izboljšanjem psihološke varnosti ter možnostmi za razvoj kompetenc znotraj enot (Arnetz, Sudan, Goetz, Counts & Arnetz, 2019).

Neželeni dogodki se ne pojavijo zato, ker bi medicinske sestre namerno želele škodovati pacientu. So posledica kompleksnosti današnjih zdravstvenih sistemov, zlasti v razvitih državah, kjer sta uspešno zdravljenje in njegov izid za vsakega pacienta odvisna od vrste dejavnikov in ne le od usposobljenosti posameznega zdravstvenega delavca (Sjениčić, 2017). Podpora vodilnih je osnovnega pomena pri oblikovanju pozitivnega dojetja delovnega okolja. Prepoznavnost in dejanja strokovne vodje zdravstvene nege vpliva na delo ostalih medicinskih sester (Gensimore, Maduro, Morgan, McGee, & Zimbardo, 2020).

Tema o vplivu stresa, ki ga doživljajo medicinske sestre, na varnost pacienta je aktualna v svetovnem merilu in menimo, da jo je potrebno še podrobneje raziskati in podati jasnejša navodila za učinkovitejše zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah ter njihovem zavzemanju za varnostno kulturo pacienta. Težava je v tem, da so nekatera priporočila v teoriji izvedljiva, v praksi pa ne toliko, kot bi si želeli. Zdravstveni kader ima veliko odgovornost za varnost pacienta, saj ga lahko s svojim nepopolnim, neučinkovitim in nevarnim delom, ki je posledica stresa na delovnem mestu, ogrozi.

5 ZAKLJUČEK

Delo medicinske sestre je zelo obširno in pogosto vpliva na vsa področja njenega življenja, in sicer tako poklicnega kot zasebnega. Delo, ki ga opravlja, se nanaša na stanje in težave pacienta ter na okolje, v katerem je zaposlena. Medicinska sestra je postavljena pred veliko izzivov, ki so povezani s stresom. Večizmenski delovni čas, slabo plačilo, konflikti v timu, strokovna neusposobljenost, nadurno delo, kadrovska stiska in pritiski vodij so dejavniki, zaradi katerih medicinska sestra ni zbrana pri svojem delu in ne nameni dovolj pozornosti varnosti pacienta. Stres, ki ga medicinska sestra občuti med delovnim procesom, pušča posledice na (ne)kakovostni obravnavi pacienta. Varnost pacienta se tako močno zmanjša, posledice za nastanek neželenih dogodkov so veliko večje, včasih tudi nepopravljive. Ker je varnostna kultura pacienta glavna prioriteta zdravstvenega osebja in tudi zdravstvenih sistemov na splošno, je treba poiskati dosledne rešitve za zmanjšanje oziroma preprečitev napak. Medicinska sestra je

vez med pacientom, zdravnikom in njegovimi svojci, zato je njena naloga zelo pomembna, a v praksi hkrati zelo zahtevna in odgovorna.

LITERATURA IN VIRI

1. AbuAlRub, R. & Alhaija'a, A. (2019). Perceived benefits and barriers of implementing nursing residency programs in Jordan. *International Nursing Review*, 1(66), pp. 43-51. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
2. Alingh, C., Wijngaarden, J., Voorde, K., Paauwe, J. & Huijsman., R. (2019). Speaking up about patient safety concerns: the influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), pp. 39-48. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007163>
3. Al Ma'mari, Q., Sharour, L. & Omari, O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. *British Journal of Nursing*, 29(1), pp. 28-34. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.1.28>
4. Asefzadeh, S., Kalhor, R. & Tir, M. (2017). Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. *Electronic Physician Journal*, 9(12), pp. 6010-6016. <https://doi.org/10.19082/6010>
5. Arnetz, J., Sudan, S., Goetz, C., Counts, S. & Arnetz, B. (2019). Nurse work environment and stress biomarkers possible implications for patient outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 8(61), pp. 676-681. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001642>
6. Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Khalil, H. & Tungpunkom, P. (2015). Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), pp. 132-40. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
7. Aromataris, E. & Munn, Z. (2020, Februar 21). *JBI manual for evidence synthesis*. Retrieved Februar 03, 2021 from <https://synthesismanual.jbi.global/>
8. Bassuni, E. & Bayoumi, M. (2015). Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at Saudi Arabia. *Global Journal of Health Science*, 2(7), pp. 335-43. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p335>
9. Brasaité, I., Martinkénas, A., Mockienė, V. & Suominen, T. (2016). Health care professionals' skills regarding patient safety. *Original Research Article*, 2(7), pp. 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.medici.2016.05.004>
10. Chen, IC., Lee, P.N., Fuang, H.N. & Sin, L.K. (2019). Impacts of job-related stress and patient safety culture on patient safety outcomes among nurses in Taiwan. *International Journal of Healthcare Management*, 14(1), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1603419>
11. Cheng, H., Yang, H., Ding, Y. & Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: an extension of the Job Demands-Resources model. *Journal of Nursing Management*, 28(3), pp. 653-663. <https://doi.org/10.1111/jonm.12971>
12. Cooper, A., Brown, J., Rees, C. & Lesile, G. (2020). Nurse resilience: a concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 4(29), pp. 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
13. Dagget, T., Molla, A. & Belachew, T. (2016). Job related stress among nurses working in jimma zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 1(15), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0158-2>

14. Di Muzio, M. et al. (2019). Can nurses' shift work jeopardize the patient safety? A systematic review. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(10), pp. 4507-4519. https://doi.org/10.26355/eurrev_201905_17963
15. Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
16. Gensimore, M., Maduro, R., Morgan, M., McGee, G. & Zimbro, K. (2020). The effect of nurse practice environment on retention and quality of care via burnout, work characteristics, and resilience: a moderated mediation model. *The Journal of Nursing Administration*, 50(10), pp. 546-553. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000932>
17. Higham, H. & Vincent, C. (2021). Human error and patient safety. In: L. Donaldson, W. Ricciardi, S. Sheridan & R. Tartaglia (Eds). *Textbook of patient safety and clinical risk management*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, pp. 29-44.
18. Jun, J., Ojemeni, M., Kalamani, R., Tong, J. & Crecelius, M. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119(1), pp. 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933>
19. Kangasniemi, M., Vaismoradi, M., Jasper, M. & Turunen, H. (2013). Ethical issues in patient safety: implications for nursing management. *Nursing Ethics*, 20(8), pp. 904-16. <https://doi.org/10.1177/0969733013484488>
20. Kraljić, S. (2017). 26. Posvet medicina, pravo in družba. In: S. Kraljić, J. Reberšek Gorišek & V. Rijavec (Eds). *Zdravstvena pismenost kot ključni element za varnost pacientov in zdravstvenih delavce: zbornik predavanj z recenzijo*, Maribor, 23.-24. marec 2017 (pp.127-140). Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru.
21. Labrague, L., McEnroe-Petitte, D., Leocadio, M., Bogaert, P. & Cummings, G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 7-8(27), pp. 1346-1359. <https://doi.org/10.1111/jocn.14165>
22. Laschinger, H. (2014). Impact of workplace mistreatment on patient safety risk and nurse-assessed patient outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 44(5), pp. 284-90. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000068>
23. Liu, J., et al. (2019). Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook*, 67(5), pp. 558-566. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.04.006>
24. Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
25. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 7(6), p. e1000097. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
26. Moola, S. et al. (2020). Methodological quality of case series studies: an introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), pp. 2127-2133. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00099>
27. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, National Academy of Medicine & Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinical Well-Being (2019). *Taking action against clinician burnout: a System Approach to Professional Well-Being*. Washington: National Academies Press (US).
28. Polit, D. & Beck, C.T., 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.

29. Robida, A. (2014). Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 48(3), pp. 220-226. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.28>
30. Rodrigues, C., Santos, V. & Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), pp. 1083-1088. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>
31. Sjeničić, M. (2017). 26. Posvet medicina pravo in družba. In: S. Kraljić, J. Reberšek Gorišek & V. Rijavec (Eds). Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 23.-24. marec 2017 (pp. 213-224). Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru.
32. Sturm, H. et al. (2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: a cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One*, 14(1), pp. 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487>
33. Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P., Khakurel, J. & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: a systematic review. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(6), pp. 2018. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
34. Vincent, C. & Amalberti, R. (2016). Safer healthcare. In: world, strategies for the real, (Eds). *Progress and challenges for patient safety*. New York: Springer Publishing, pp. 1-12.
35. Tang, C. J., Chan, S., Zhou, W. & Liaw, S. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International Nursing Review*, 3(60), pp. 291-302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
36. Zorčič, V. (2021). *Znanje, odnos in veščine za zagotavljanje varnosti pacientov v zdravstveni negi* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
37. World Health Organization (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf

KAKO UČINKOVITA SO ORODJA ZA SPODBUJANJE RAZKUŽEVANJA ROK MED ZDRAVSTVENIMI DELAVCI, SODELAVCI IN OBISKOVALCI

THE EFFECTIVENESS OF NUDGE TOOLS FOR PROMOTING HAND DISINFECTION AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS, ASSOCIATES AND VISITORS

Neža Podvratnik, mag. san. inž.

izr. prof. dr. Mojca Jevšnik

Univerza v Ljubljani Zdravstvena fakulteta, Oddelek za sanitarno inženirstvo

mag. Alenka Petrovec Koščak

Splošna bolnišnica Celje

podvratnik.neza@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Okužbe, povezane z zdravstvom, veljajo za enega največjih zdravstvenih problemov, saj ostajajo pomemben vzrok obolevnosti in umrljivosti po vsem svetu. Zaradi pogoste interakcije med zdravstvenimi delavci in pacienti se poudarja ključni pomen higiene rok. Spoštovanje dobre prakse razkuževanja in umivanja rok ostaja približno 40-odstotno.

Metode: Izvedli smo odkrito opazovanje z udeležbo glede izvajanja razkuževanja rok med zaposlenimi in obiskovalci. Dejansko stanje razkuževanja rok smo ugotovili na podlagi opazovanja dejanskega stanja, nato pa smo ločeno uvedli tri orodja spodbujanja, in sicer plakate s sliko in napisom, vonj po citrusih in utripajoče luči. Rezultate smo primerjali med seboj s pomočjo aplikacije SpeedyAudit Lite.

Rezultati: Zaposleni in obiskovalci oziroma starši otrok rok ne razkužujejo dosledno. Vsa tri uvedena orodja spodbujanja so pozitivno vplivala na zaposlene. Največji vpliv so imeli plakati s sliko in napisom, sledile so jim utripajoče luči in vonj po citrusih. Na obiskovalce oziroma starše otrok so imele največji vpliv utripajoče luči, sledili so plakati s sliko in napisom, medtem ko vonj po citrusih ni imel pomembnega vpliva na izboljšanje razkuževanja rok.

Diskusija in zaključek: Orodja spodbujanja so učinkovito in cenovno dostopno orodje za izboljšanje higiene rok. Poleg orodij spodbujanja bi bilo treba nameniti še več poudarka izobraževanju in usposabljanju tako zaposlenih kot tudi obiskovalcev oziroma staršev otrok.

Ključne besede: okužbe, povezane z zdravstvom, razkuževanje rok, spodbujanje higienskega vedenja, orodja spodbujanja.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare-associated infections are considered to be one of the major health problems, as they remain an important cause of morbidity and mortality worldwide. Due to the

frequent interaction between healthcare professionals and patients, the crucial importance of hand hygiene is therefore emphasized. Adherence to good disinfection and hand washing practices remains around 40%.

Methods: We conducted open observation of employees and visitors with participation. We determined the actual state of hand disinfection based on the observation of the actual situation, and then separately introduced three nudge tools, posters with an inscription and a picture, the scent of citrus and flashing lights, and compared the results using the SpeedyAudit Lite application.

Results: Employees and visitors or parents of children do not disinfect their hands consistently. All three introduced nudge tools had a positive effect on employees, with posters featuring an inscription and a picture having the greatest impact, followed by flashing lights and the smell of citrus. Flashing lights had the greatest impact on visitors or parents of children, followed by posters with an inscription and a picture, while the smell of citrus had no significant effect on improving hand disinfection.

Discussion and conclusion: Nudge tools are an effective and affordable tool to improve hand hygiene compliance. In addition to nudge tools, more emphasis should be placed on the education and training of both employees and visitors or parents of children.

Keywords: *healthcare-associated infections, hand disinfection, nudging hygienic behaviour, nudge tools.*

1 UVOD

Okužbe, povezane z zdravstvom (OPZ), so bolezni oziroma patološke spremembe, ki nastanejo v zdravstvenih ustanovah, kjer je pacient izpostavljen postopkom diagnostike, zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije. Povsod po svetu veljajo za enega največjih zdravstvenih problemov (NIJZ, n. d.).

Čeprav sta umivanje in razkuževanje rok preprosti in finančno ugodni metodi, sta bili prepoznani kot eden najpomembnejših ukrepov za preprečevanje navzkrižnega onesnaženja in s tem zmanjšanja OPZ. Kljub temu, da imajo številne zdravstvene ustanove dobro uveljavljene politike umivanja in razkuževanja rok, je še vedno težko doseči in vzdrževati visoko skladnost. Dosledno spoštovanje dobre prakse in politik na področju higiene rok (tako imenovana skladnost higiene rok) ostaja približno 40-odstotno (Arpan, Kalyan, Mainak, & Karunakaran, 2020).

Caris in sodelavci (2016) navajajo, da je bilo za izboljšanje spoštovanja dobre prakse higiene rok (predvsem razkuževanja rok) uporabljenih že veliko metod, vendar so strukturne izboljšave še vedno velik izziv. Učinkovita strategija pa je vsekakor tako imenovano spodbujanje (angl. nudging). Ta se sicer že pogosto uporablja za spodbujanje zdravega vedenja, kot sta opustitev kajenja in izbira zdrave hrane, v zdravstvu pa omenjena metoda ni tako razširjena. Pri

spodbujanju zelenega vedenja gre za uporabo različnih orodij spodbujanja (Caris et al., 2016), kot so plakati, sporočila, zgodbe, brošure, zvoki, dinamične luči, različne vonjave ipd. (Iversen et al., 2020).

Orodja spodbujanja zelenega higienskega vedenja

Aarestrup in Moesgaard (2017) sta izvedla raziskavo v zdravstveni ustanovi. Dozirnike razkužila sta premaknila iznad umivalnikov na bolj dostopna mesta in nadnje prilepila rdeč plakat z napisom »razkužilo za roke«. Ugotovila sta, da se je uporaba razkužila pri obiskovalcih s tem, ko sta dozirnike premaknila na dostopnejša mesta, povečala s 3 % na 20 %. Ko sta dodala še rdeč plakat z napisom, se je uporaba razkužil povečala na 67 %. V raziskavi, izvedeni v zdravstveni ustanovi na enoti za kirurško intenzivno nego, so King in sodelavci (2016) ugotovili, da vonj po citrusih bistveno izboljša skladnost higiene rok. V njihovi raziskavi so sodelovale 404 naključne osebe, med katerimi so bili tako zaposleni kot obiskovalci, ki so vstopali skozi vrata enote za kirurško intenzivno nego. Osebe so razdelili v dve skupini. V skupini, ki je bila izpostavljena vonju po citrusih, je bila skladnost higiene rok 46,9 %, v kontrolni skupini, ki vonju po citrusih ni bila izpostavljena, pa 15 %. Rashidi in sodelavci (2016) so v študiji, ki so jo izvedli v zdravstveni ustanovi, raziskovali učinkovitost utripajočih luči kot orodja za spodbujanje zelenega higienskega vedenja. Štiri dozirnike razkužila so postavili na dve ločeni stojali. Stojala so namestili v bolnišnici pred glavni vhod. Sprva so en teden opazovali razkuževanje rok vseh, ki so vstopili v bolnišnico, nato pa so na vseh osem dozirnikov razkužila namestili utripajoče kolesarske luči in opazovanje nadaljevali še šest tednov. Raziskava je pokazala, da se je skladnost higiene rok po uvedbi utripajočih luči izboljšala z 11,8 % na 20,7 %.

2 METODE

Opazovani vzorec

Opazovanje je potekalo na bolnišničnem oddelku izbrane splošne bolnišnice. Število zaposlenih je variiralo od dneva do dneva. Na dan opazovanja je bilo na opazovanem oddelku najmanj šest in največ 14 zaposlenih oseb. Število obiskovalcev oziroma staršev otrok se je spreminjalo skladno s številom hospitaliziranih otrok, v enem dnevu opazovanja smo opazovali najmanj štiri in največ deset obiskovalcev oziroma staršev otrok.

Proces opazovanja

Na bolnišničnem oddelku izbrane splošne bolnišnice smo izvedli odkrito opazovanje z udeležbo. Zaposleni so vedeli, da jih bomo štiri tedne opazovali pri delu, natančneje pri razkuževanju rok, medtem ko obiskovalci oziroma starši otrok tega niso vedeli. Opazovanje je ves čas raziskave izvajala ena in ista oseba. Dovoljenje za izvedbo raziskave smo pridobili od vodstva izbrane

splošne bolnišnice in Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (številka odločbe: 0120-301/2021/3). Prvi teden smo opazovanje izvedli na celotnem bolnišničnem oddelku izbrane splošne bolnišnice. Tako smo dobili vpogled v dejansko stanje razkuževanja rok pri zaposlenih, pa tudi pri obiskovalcih oziroma starših otrok. Naslednje tri tedne opazovanja, ko smo uvedli orodja spodbujanja, smo opazovanje izvedli le na delu bolnišničnega oddelka, ki je namenjen hospitalizaciji najmlajših otrok (zaradi praktičnosti izvedbe raziskave). Opazovanje je potekalo od 27. 9. 2021 do 14. 1. 2022. Na delu bolnišničnega oddelka, ki je namenjen hospitalizaciji najmlajših otrok, je 13 sob, vseh razkužil, nameščenih ob vratih sob, pa deset. Opazovanje je potekalo štiri tedne, pet dni na teden, to je od ponedeljka do petka. Opazovali smo dve uri na dan, tri dni v tednu od 6.00 do 8.00 ure in dva dni na teden od 15.00 do 17.00 ure. Med posameznimi štirimi tedni opazovanja je vedno minil (vsaj) en teden brez opazovanja. Prvi teden smo opazovali dejansko stanje razkuževanja rok zaposlenih in obiskovalcev oziroma staršev otrok, ne da bi uvedli kakršne koli spremembe. V drugem tednu opazovanja razkuževanja rok smo uvedli prvo orodje spodbujanja razkuževanja rok, in sicer plakate z napisom »3,8 milijona ljudi vsako leto zbolijo za okužbo, pridobljeno v bolnišnici – 90 tisoč primerov se konča tragično! S pravilnim razkuževanjem rok se lahko izognemo do 70 % okužb« in sliko razkužila ter osebe, ki si razkužuje roke (v nadaljevanju plakati s sliko in napisom). Tretji teden smo kot orodje spodbujanja zelene higijene rok uvedli »vonj po citrusih« v obliki visečih dišav z vonjem po pomaranči in limoni. Četrti teden opazovanja pa smo ob vseh desetih razkužilih namestili utripajoče luči. Rezultate smo beležili na opazovalno listo »5 trenutkov za higieno rok«, ki jo je oblikovala Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, n. d.).



Slika 1: Shema celotnega procesa opazovanja razkuževanja rok in uvedbe oziroma odstranitve orodij spodbujanja.

Legenda: *Med uvedbo drugega in tretjega orodja spodbujanja je v realnosti minilo deset tednov (ne en teden) zaradi zaostrovanja ukrepov, povezanih s pandemijo covid-19, vendar to po našem mnenju ni vplivalo na rezultate.

Obdelava podatkov

Pridobljene podatke smo analizirali z aplikacijo SpeedyAudit Lite. Z aplikacijo smo za vsak posamezni teden opazovanja sešteli vse priložnosti za razkuževanje rok (število priložnosti), ki smo jih zabeležili med opazovanjem; vse upoštevane oziroma izpolnjene priložnosti (število dejanj) in v odstotkih izrazili vse izpolnjene priložnosti oziroma upoštevanje higiene rok (slika 2). Pri tem smo ločeno beležili rezultate za zaposlene in za obiskovalce oziroma starše otrok. Razlog za to je, da imajo vsi zaposleni redna izobraževanja o pravilnem razkuževanju rok in njegovem pomenu na delovnem mestu, medtem ko obiskovalci oziroma starši otrok teh izobraževanj nimajo (razen, če so obiskovalci oziroma starši otrok tudi sami zdravstveni delavci).

$$\text{upoštevanje higiene rok (\%)} = \frac{\text{število dejanj}}{\text{število priložnosti}} \times 100$$

Slika 2: Osnovni izračun doslednosti izvajanja higiene rok (WHO, n. d.).

3 REZULTATI

Opazovanje pred uvedbo orodij spodbujanja (prvi teden opazovanja)

V tednu brez uvedbe orodij spodbujanja sta bili skupno 302 priložnosti, ko bi si zaposleni morali razkužiti roke. Skladnost je bila 48,7 % (Tabela 1).

Tabela 1: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok zaposlenih v prvem tednu opazovanja.

Število vseh priložnosti (n)	302
Število izpolnjenih priložnosti (n)	147
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	48,7

V prvem tednu opazovanja bi si morali obiskovalci oziroma starši otrok razkužiti roke 153-krat. Skladnost razkuževanja rok je bila tako v prvem tednu opazovanja 5,2 % (Tabela 2).

Tabela 2: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok v prvem tednu opazovanja pri obiskovalcih/starših otrok.

Število vseh priložnosti (n)	153
Število izpolnjenih priložnosti (n)	8
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	5,2

Opazovanje z uvedbo plakatov s sliko in napisom (drugi teden opazovanja)

V drugem tednu opazovanja, ko smo uvedli plakate s sliko in napisom, je bilo vseh priložnosti, ko bi si zaposleni morali razkužiti roke, 239. Skladnost je bila 65,7 % (Tabela 3).

Tabela 3: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok zaposlenih v drugem tednu opazovanja.

Število vseh priložnosti (n)	239
Število izpolnjenih priložnosti (n)	157
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	65,7

V drugem tednu opazovanja bi si morali obiskovalci oziroma starši otrok razkužiti roke 81-krat. Skladnost razkuževanja rok je bila v drugem tednu opazovanja 18,5 % (Tabela 4).

Tabela 4: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok v drugem tednu opazovanja pri obiskovalcih/starših otrok.

Število vseh priložnosti (n)	81
Število izpolnjenih priložnosti (n)	15
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	18,5

Opazovanje z uvedbo vonja po citrusih (tretji teden)

V tretjem tednu opazovanja, ko smo uvedli vonj po citrusih, je bilo vseh priložnosti, ko bi si zaposleni morali razkužiti roke, 127. Skladnost je bila 61,4 % (Tabela 5).

Tabela 5: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok zaposlenih v tretjem tednu opazovanja.

Število vseh priložnosti (n)	127
Število izpolnjenih priložnosti (n)	78
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	61,4

V tretjem tednu opazovanja bi si morali obiskovalci oziroma starši otrok razkužiti roke 47-krat. Skladnost razkuževanja rok je bila v tretjem tednu opazovanja 2,1 % (Tabela 6).

Tabela 6: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok v tretjem tednu opazovanja pri obiskovalcih/starših otrok.

Število vseh priložnosti (n)	47
Število izpolnjenih priložnosti (n)	1
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	2,1

Opazovanje z uvedbo utripajočih luči (četrti teden)

V četrtem tednu opazovanja, ko smo uvedli utripajoče luči, je bilo vseh priložnosti, ko bi si zaposleni morali razkužiti roke, 114. Skladnost je bila 61,4 % (Tabela 7).

Tabela 7: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok zaposlenih v četrtem tednu opazovanja.

Število vseh priložnosti (n)	114
Število izpolnjenih priložnosti (n)	70
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	61,4

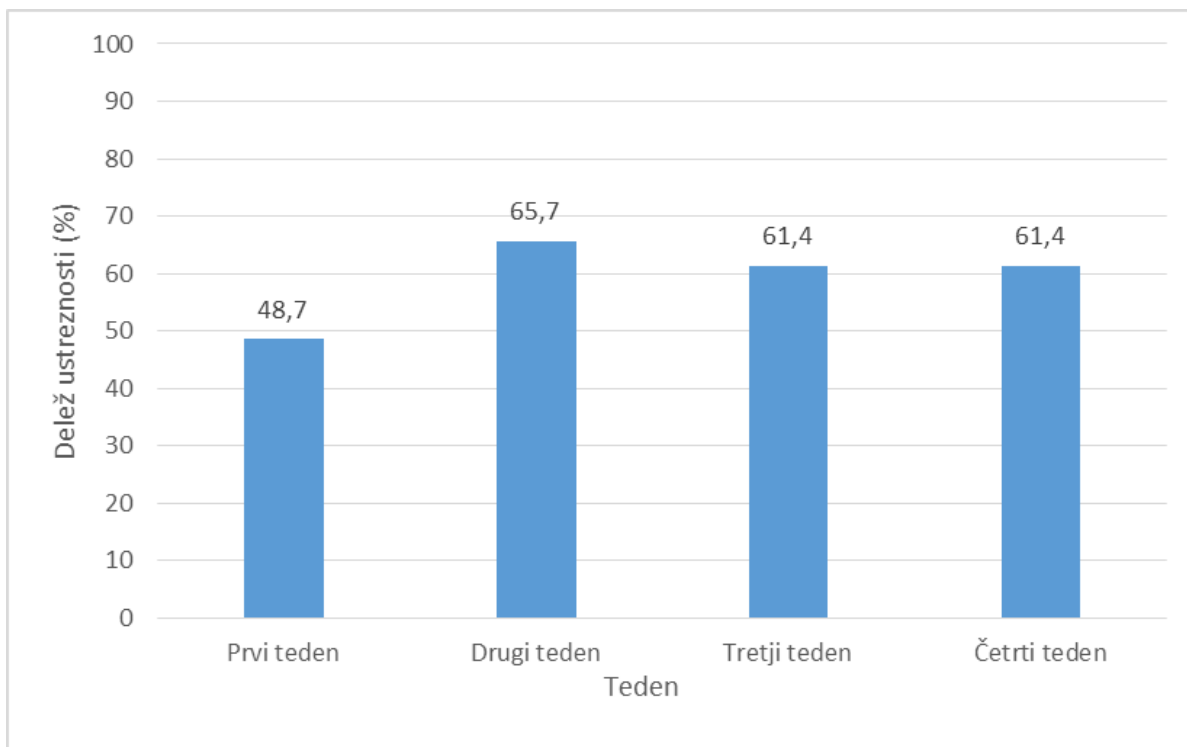
V četrtem tednu opazovanja bi si morali obiskovalci oziroma starši otrok razkužiti roke 37-krat. Skladnost razkuževanja rok je bila v četrtem tednu opazovanja 29,7 % (Tabela 8).

Tabela 8: Število vseh priložnosti, število izpolnjenih priložnosti in delež ustreznosti razkuževanja rok v četrtem tednu opazovanja pri obiskovalcih/starših otrok.

Število vseh priložnosti (n)	37
Število izpolnjenih priložnosti (n)	11
Upoštevanje razkuževanja rok (delež ustreznosti) (v %)	29,7

Ustreznost razkuževanja rok zaposlenih

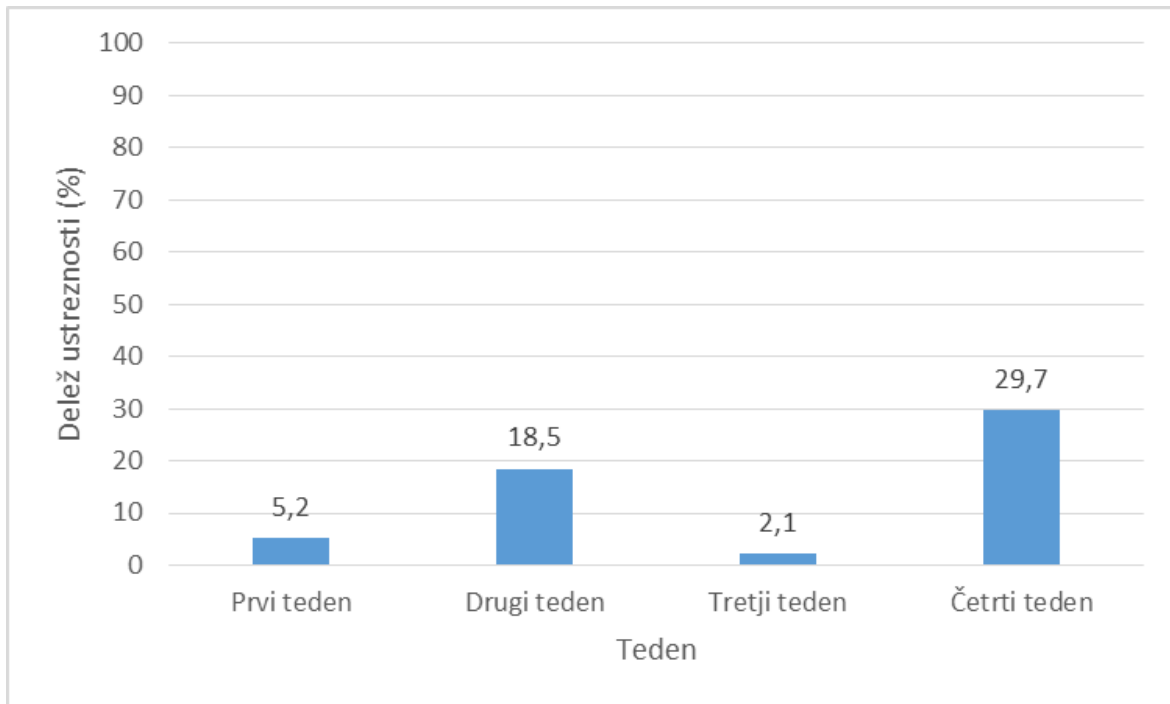
Največji delež ustreznosti razkuževanja rok pri zaposlenih je bil v drugem tednu opazovanja (plakati s sliko in napisom) in sicer je znašal 65,7 %. Sledila sta mu tretji (vonj po citrusih) in četrti (utripajoče luči) teden opazovanja, z 61,4 %. Najmanjši delež ustreznosti razkuževanja rok pa je bil v prvem tednu opazovanja (brez uvedbe spodbujevalcev), in sicer je znašal 48,7 % (Slika 3).



Slika 3: Delež (%) ustreznosti razkuževanja rok vseh zaposlenih po tednih opazovanja.

Ustreznost razkuževanja rok obiskovalcev oziroma staršev otrok

Največji delež ustreznosti razkuževanja rok pri obiskovalcih/starših otrok je bil v četrtem tednu opazovanja (utripajoče luči), in sicer je znašal 29,7 %. Sledil mu je drugi teden opazovanja (plakati s sliko in napisom), z 18,5 %. Nato je sledil prvi teden opazovanja (brez uvedbe spodbujevalcev), in sicer je ta delež znašal 5,2 %. Najmanjši delež ustreznosti razkuževanja rok pa je bil v tretjem tednu opazovanja (vonj po citrusih), in sicer je znašal 2,1 % (Slika 4).



Slika 4: Delež (%) ustreznosti razkuževanja rok obiskovalcev/staršev otrok po tednih opazovanja.

4 RAZPRAVA

Zaposleni in obiskovalci oziroma starši otrok si v izbrani splošni bolnišnici niso razkuževali rok dosledno, vendar pa so orodja spodbujanja v večini pripomogla k doslednejšemu razkuževanju rok. Z uvedbo orodij spodbujanja se je razkuževanje rok pri vseh zaposlenih precej izboljšalo, z 48,7 % (brez uvedbe spodbujevalcev) na 61,4 % z uvedbo vonja po citrusih oziroma utripajočih luči ter na 65,7 % z uvedbo plakatov s sliko in napisom (Slika 3).

Pri obiskovalcih oziroma starših otrok je bil prvi teden (brez uvedbe spodbujevalcev) delež ustreznosti razkuževanja rok 5,2 %. Drugi teden (plakati s sliko in napisom) se je delež ustreznosti razkuževanja rok dvignil na 18,5 %, tretji teden (vonj po citrusih) je delež ustreznosti razkuževanja rok padel na 2,1 % in četrti teden se je delež ustreznosti razkuževanja rok dvignil na 29,7 % (utripajoče luči) (Slika 4). Upoštevati moramo, da so se obiskovalci oziroma starši otrok dnevno oziroma tedensko menjavali, nekateri bi si verjetno že brez uvedbe spodbujevalcev bolj vestno razkuževali roke, spet drugi manj. Poleg tega obiskovalci oziroma starši otrok nimajo primerljivega znanja o pravilnem razkuževanju rok v primerjavi z zdravstvenimi delavci in sodelavci, saj niso deležni izobraževanj in usposabljanj o pravilni higieni rok.

Glede na dobljene rezultate so na zaposlene najbolj pozitivno vplivali plakati s sliko in napisom, na obiskovalce pa utripajoče luči. Na splošno je bilo na stenah bolnišničnega oddelka izobešenih že veliko različnih obvestil, tako da naši plakati s sliko in napisom niso prišli tako do izraza, kot bi

prišli na predhodno praznih stenah. Večinoma so jih prebrali samo zaposleni in jih tudi pokomentirali, medtem ko se obiskovalci oziroma starši otrok v času opazovanja nanje niso veliko ozirali, kar potrjujejo tudi rezultati. Po drugi strani pa so bile utripajoče luči zelo »udarne« in so pritegnile pozornost skoraj vsakega zaposlenega in obiskovalca oziroma starša otrok – veliko opazovanih oseb se je ob njih ustavilo in si jih ogledalo ter se na glas spraševalo, kaj naj bi pomenile.

Omejitve raziskave

Omejitev raziskave predstavlja prisotnost opazovalca v izbrani splošni bolnišnici in zavedanje zaposlenih, da jih opazujemo pri delu oziroma razkuževanju rok, zato so si verjetno bolj vestno razkuževali roke, kot si jih, kadar jih nihče ne opazuje. To omejitev bi lahko rešili s prikritim opazovanjem zaposlenih, vendar situacija tega žal ni dopuščala (opazovalec ni bil del kolektiva zaposlenih na bolnišničnem oddelku). Omejitev raziskave vidimo tudi v trenutnih epidemičnih razmerah in sprejetih ukrepih, povezanih z zajezitvijo širjenja novega koronavirusa. Menimo, da si zaposleni veliko bolj vestno razkužujejo roke, kot pa so si jih pred pojavom pandemije, saj so, tako kot vsi mi, vsakodnevno opozarjani z vseh strani o tem, kako zelo pomembno je v teh časih razkuževanje rok. Prav iz tega razloga menimo, da bi bil delež ustreznosti razkuževanja rok nižji, če bi raziskavo na enak način izvedli pred pandemijo. Naše rezultate smo sicer primerjali z rezultati opazovanj, ki so jih zabeležili v izbrani splošni bolnišnici v zadnjih desetih letih, ko je opazovanje izvedla za to usposobljena zaposlena oseba. Primerjava je pokazala, da je delež ustreznosti razkuževanja rok v povprečju 10–50 % nižji pri naših rezultatih opazovanja razkuževanja rok v primerjavi z rezultati opazovanj, ki jih je izvedla za to usposobljena zaposlena oseba v izbrani splošni bolnišnici. Menimo, da je razlog v tem, da zaposleni, ko opazovanje razkuževanja rok izvede za to usposobljena zaposlena oseba v izbrani splošni bolnišnici, to osebo poznajo in natanko vedo, kaj ta oseba na oddelku opazuje in kakšne bodo sankcije, ter si posledično bolj vestno razkužujejo roke. V našem primeru smo zaposlene sicer obvestili o tem, da jih bomo opazovali pri delu, vendar so bili med opazovanjem vseeno veliko bolj sproščeni, saj so vedeli, da jih opazujemo samo za potrebe naše raziskave in ne v okviru njihove službe. Omejitev raziskave vidimo tudi v velikih razlikah v številu opazovanih oseb v različnih tednih opazovanja. V prvem tednu opazovanja smo tako zabeležili 302 priložnosti, v drugem tednu 239, v tretjem 127 in v četrtem samo 114 priložnosti za razkuževanje rok. Rezultati bi bili bolj primerljivi, če bi vsak teden opazovali enako število oseb ter ene in iste osebe.

Vsekakor rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na vse zdravstvene ustanove, saj v naši raziskavi ni bil zajet reprezentativen vzorec. Vsak dan tudi nismo opazovali istih zaposlenih oziroma obiskovalcev ali staršev otrok. Nekateri so bili že brez uvedbe orodij spodbujanja bolj vestni pri razkuževanju rok, drugi manj in tudi zato so bili rezultati včasih boljši, včasih slabši – neodvisno od uvedenega orodja spodbujanja. Raziskavo bi morali ponoviti v več zdravstvenih ustanovah in posamezno orodje spodbujanja vključiti v delovno okolje za dlje časa, saj je zelo verjetno, da se ga zaposleni po določenem času navadijo in ga ne zaznajo več.

5 ZAKLJUČEK

Orodja spodbujanja so učinkovito in cenovno dostopno orodje za izboljšanje skladnosti higiene rok, vseeno pa bi morali še več poudarka nameniti tudi izobraževanju in usposabljanju tako zaposlenih kot tudi obiskovalcev oziroma staršev otrok in pacientov ob sprejemu na bolnišnični oddelek. Poleg tega je pomembno tudi, da zaposleni vedno dobijo povratne informacije o rezultatih opazovanja razkuževanja rok in da se jim takrat razloži, kaj so naredili dobro, kje se dogajajo največje napake in kaj morajo v prihodnje še izboljšati. Večji poudarek bi morali nameniti tudi vzgojno-izobraževalnemu delu pri obiskovalcih oziroma starših otrok, pa tudi pacientih. O pravilnem razkuževanju rok in njegovi pomembnosti bi se lahko na kratko poučili ob vstopu v zdravstveno ustanovo (različne brošure, napisi na stenah ipd.).

LITERATURA IN VIRI

1. Aarestrup, S.C., & Moesgaard, F. (2017). Nudging hospital visitors' hand hygiene compliance. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.25911.52641>
2. Arpan, S., Kalyan, R., Mainak, C., & Karunakaran, G. (2020). Correlation between Antimicrobial Resistance and Nosocomial Infections, their Prevention and Control: Review. *Journal of Young Pharmacists*, 12(1), 25–28. <https://dx.doi.org/10.5530/jyp.2020.12.6>
3. Caris, M.G., Labuschagne, H.A., Dekker, M., Kramer, M.H.H., van Agtmael, M.A., & Vandembroucke-Grauls, C.M.J.E. (2018). Nudging to improve hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 98(4), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.09.023>
4. Iversen, A.M., Stangerup, M., From-Hansen, M., Hansen, R., Palasin Sode, L., Kostadinov, K., Hansen, M.B., Calum, H., Ellermann-Eriksen, S., & Dahl Knudsen, J. (2020). Light-guided nudging and data-driven performance feedback improve hand hygiene compliance among nurses and doctors. *American Journal of Infection Control*, 49(6). <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.11.007>
5. King, D., Vlaev, I., Everett-Thomas, R., Fitzpatrick, M., Darzi, A., & Birnbaum, D.J. (2016). "Priming" hand hygiene compliance in clinical environments. *Health Psychology Journal*, 35(1), 96–101. <https://doi.org/10.1037/hea0000239>
6. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (n. d.). *Znanjem do boljšega zdravja – Bolnišnične okužbe*. <https://www.nijz.si/sl/bolnisnicne-okuzbe>
7. Rashidi, B., Li, A., Patel, R., Harmsen, I., Sabri, E., Kyeremanteng, K., & D'Egidio, G. (2016). Effectiveness of an extended period of flashing lights and strategic signage to increase the salience of alcohol-gel dispensers for improving hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control*, 44(7), 782–785. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.01.002>
8. WHO – World health organisation (n. d.). *Save lives, clean your hands*. <https://studylib.net/doc/17558122/observation-form---outpatient-home-based-long-term-care-o...>
9. WHO – World health organisation (n. d.). *Obrazec za opazovanje – Osnovni izračun doslednosti izvajanja higiene rok*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/c832b645fe/Obrazec-za-opazovanje.-Osnovni-izracun-doslednosti-izvajanja-higiene-rok>.

PREDSTAVITEV PROJEKTA »KAKO PRAVILNO UMITI ROKE? NIČ LAŽJEGA.«

OVERVIEW OF THE PROJECT "HOW TO WASH YOUR HANDS PROPERLY? NO BRAINER."

Ana Vlahovič

Tjaša Erjavec

dr. Gregor Jereb

Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani

av1582@student.uni-lj.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Higijenske navade, usvojene v zgodnjem otroštvu, imajo ključen pomen pri oblikovanju zdravega načina življenja in pri razvoju zdrave osebnosti kasneje v življenju. Z ustrezno osebno higieno ter umivanjem rok lahko preprečimo širjenje nalezljivih bolezni ali širjenje vsaj močno zamejimo. To še posebej velja v ustanovah, kot je npr. vrtec, saj so tu zaposleni in otroci zaradi tesnih stikov izpostavljeni številnim boleznim, med katerimi so najpogostejše okužbe zgornjih dihal in gastrointestinalne bolezni. Roke so pomemben vir prenosa povzročiteljev teh obolenj, zato je podpora in sodelovanje strokovnih delavcev in staršev pri oblikovanju otrokovega vedenja glede higijene rok ključnega pomena za zagotavljanje zdravega okolja. Študenti različnih strok smo se združili v projektno skupino, da bi otrokom, staršem in strokovnim delavcem, s pomočjo gradiv ter predstavitev različnih pedagoških aktivnosti, predstavili umivanje rok kot ključni ukrep za ohranjanje zdravja. Želimo si, da otroci umivanja rok ne bi dojemali kot nadlogo, ampak bi jim ta predstavljala vsakodnevno rutino, s katero lahko zaščitijo sebe in druge. S pomočjo andragoških materialov bi nagovorili in spodbudili tudi starše, jih ozavestili kako lahko otroke dnevno spodbujajo in jim pomagajo pri usvajanju te higijenske navade. V prispevku bomo predstavili aktivnosti, ki jih v okviru projekta z naslovom »Kako umiti roke? Nič lažjega« planiramo izvesti v izbranem vrtcu.

Ključne besede: umivanje rok, higijena rok, vrtec, otroci, pedagoško-andragoško delo

ABSTRACT

Theoretical background: Early childhood is crucial in shaping healthy lifestyles as healthy habits influence a person's health. Proper personal hygiene and handwashing can prevent or at least greatly reduce the spread of infectious diseases. This is especially true in institutions such as kindergartens, where close contacts expose employees and children to a wide range of diseases, the most common being the upper respiratory tract infections and gastrointestinal diseases. Hands are the main source of transmission of these illnesses, so the support and cooperation of teachers and parents in shaping children's hand hygiene behaviour is crucial to ensure a healthy

environment. Students from different professions have therefore joined their efforts to introduce handwashing as a key measure to keep children, parents and teachers healthy, through adequate materials and presentation of various educational activities. We want children to perceive handwashing not as a bore, but as a daily routine to protect themselves and others. Through a short presentation of the subject matter, we would like to make parents aware of the ways they can encourage and help their children to cultivate this hygiene habit on a daily basis, as well as show them that handwashing is easy and can be fun. The article presents the activities performed in the framework of the project "How to wash your hands properly? No brainer" planned to be carried out in a selected kindergarten.

Key words: *hand washing, hand hygiene, kindergarten, children, pedagogical and andragogical work*

1 UVOD

Osebna higiena, higiena vode in higiena prostorov se po definiciji CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) navezuje na vedenja, ki lahko izboljšajo čistočo in vodijo k dobremu zdravju, kot npr. dosledno umivanje rok, obrazna higiena ter umivanje z milom in vodo. Z dobrimi higienimi praksami (DHP), kot je higiena kašlja in kihanja ter umivanje rok lahko preprečimo prenos povzročiteljev številnih bolezni (U.S. Department of Health & Human Services, 2022). Poznamo veliko teoretičnih in praktičnih izobraževanj DHP, med katere spada tudi ustrezna higiena rok, vendar je glede na dostopno znanstveno literaturo izvajanje le teh velik izziv, predvsem zaradi skromnega znanja, preobremenjenosti ali nezanimanja s strani slušateljev. Ravnanje posameznika na področju higienskih praks ima vpliv na zdravje vseh, s katerimi pride v stik. To je še posebno zaznavno v vzgojnih ustanovah, kot je vrtec, kjer so zaradi gostote otrok in specifičnega načina njihove igre in socializacije kontakti med otroci tesni. Hkrati so otroci skupina prebivalstva, med katerimi tradicionalno v večjem obsegu krožijo številne nalezljive bolezni. Zato je v vrtcih pogosto in pravilno izvajanje umivanja rok bistvenega pomena za ohranjanje zdravja zaposlenih in otrok. Za izboljšanje higienskega vedenja lahko s preprostimi in cenovno dostopnimi orodji usmerimo in motiviramo strokovne delavce v vrtcu in otroke (Rozman in drugi, 2020).

V obdobju otroštva so otroci v mnogočem odvisni od odraslih. V predšolskem obdobju je odvisnost velika in se z odraščanjem zmanjšuje. Odrasli, tako starši kot vzgojitelji v vrtcu, so tisti, ki so otrokom zgled in jim lahko neposredno kot posredno z vzorom privzgojijo osnovne higienske navade (NIJZ, 2017).

Otroci so bolj nagnjeni k nekaterim boleznim, njihovo telo je bolj ranljivo za škodljive vplive okolja, njihov imunski sistem pa še ni popolnoma razvit (Slabe in drugi, 2016). Otroci, ki obiskujejo vrtec ali druge oblike zunajdružinskega varstva, so bolj dovzetni za okužbe kot otroci,

ki omenjenega varstva ne obiskujejo. Razlog za to so tesni stiki med otroci ter načinu otoške igre (nagnjenost k temu, da si v usta pogosto dajejo različne predmete ali roke, ipd.). Zaradi okuženih otrok pogosto zbolijo tudi ostali družinski člani (Jess & Dozier, 2020), zato je skrb za zmanjševanje prenosa okužb v skupini otrok tudi skrb za zmanjševanje števila okužb med splošno populacijo. Najpogostejša zdravstvena težava za absentizem otrok je prehlad, ki se širi tudi preko okuženih rok (Jess in drugi, 2019). Roke so zato pomemben, nemalokrat glavni vektor prenosa povzročiteljev nalezljivih bolezni, zato je umivanje rok izredno pomemben in učinkovit ukrep za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni (Likar & Bauer, 2006).

Ker menimo, da posamezniki osnovne higienske napotke pogosto zanemarijo, kar potrjujejo tudi številne raziskave, smo v sodelovanju med članicami Univerze v Ljubljani (Zdravstvena fakulteta, Medicinska fakulteta, Akademija za likovno umetnost in oblikovanje, Pedagoška fakulteta in Filozofska fakulteta) ter Zasebnim vrtcem Sonček pripravili projekt, v okviru katerega želimo izdelati različna pedagoško andragoška gradiva ter predlagati različne pedagoške aktivnosti za otroke, njihove vzgojitelje in starše, s katerimi bo usvajanje umivanja rok zabavno in po možnosti trajno.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

Pomembno je, da se zavedamo, da z dotikanjem predmetov in ljudi v naši okolici lahko na roke zanesemo patogene mikroorganizme, ki povzročajo različna obolenja. V dobi odraščanja se med otroki najpogosteje prenašajo različna prehladna obolenja in črevesne okužbe. Z ustrezno izvedbo elementov higiene rok lahko pot prenosa prekinemo (Jereb, 2009). Higiena rok je eden od ključnih ukrepov pri preprečevanju širjenja nalezljivih bolezni. Treba pa se je zavedati, da ta preprost higienski ukrep za otroke ni tako enostaven, zato za njegovo izvedbo in usvajanje te dnevne rutine otroci potrebujejo zgled in pomoč odraslih. Pomembno je, da znanje poenostavimo in prenesemo na otroke na način, ki bo za njih zabaven, enostaven in tak, da ga bodo želeli izvajati vsak dan.

Z interdisciplinarnim sodelovanjem študentov in mentorjev različnih strok želimo v okviru projekta pri sodelujočih študentih razvijati splošne in specifične kompetence. Projekt za študente pomeni izkušnjo interdisciplinarnega timskega dela ter izkušnjo vključevanje raziskovalnega in kreativnega dela v svoj poklic. Namen je izdelati konkretne predloge in rešitve za poučevanje higiene v starostni skupini otrok v vrtcu z oblikovanjem različnih pedagoško andragoških materialov in gradiv. Gradiva bodo pripravljena za tri ciljne skupine: otroke, njihove starše ter strokovne delavce vrtca. Prvenstveno želimo, da se higiena rok vključi v pedagoško delo kot samostojna tema znotraj šolskega leta, obenem pa želimo tudi, da se usvojena znanja uporablja v vsakodnevni vrtčevski rutini oziroma v času bivanja v vrtcu ter da se prenese usvojena znanja tudi v domače okolje otrok.

V uvodnem delu projekta je že bila izvedena analiza obstoječih dokumentov o vključenosti higiene (s poudarkom na higieni rok) v formalno in neformalno izobraževanje strokovnih delavcev vrtca. Pregledani so bili predmetniki izobraževalnih programov vzgojiteljskih srednjih šol ter študijskih programov pedagoških fakultet v Sloveniji, objavljeni dokument Kurikulum za vrtce (1999), strokovne revije za vzgojo (Revija Vzgojiteljica) ter *Sistem KATIS* – Katalog programov nadaljnega izobraževanja in usposabljanja (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport). Opravljena sta bila tudi pregled obstoječih projektov, povezanih s temo umivanja rok, ter analiza dostopnih slikovnih materialov.

Ugotovili smo, da predmetniki študijskih programov na pedagoških fakultetah ne vključujejo higiene (ali higieni rok) kot samostojnega sklopa oz. predmeta, so pa v študijske programe vključeni predmeti s področja naravoslovja, ki verjetno deloma pokrivajo tudi higienske vsebine (predmeti: varnost in zdravje v vrtcu, varno in zdravo okolje, začetno naravoslovje – biologija, igra in naravoslovje, narava v vrtcu, vrtec v naravi, narava in mlajši otroci, vzgoja za zdravje v predšolskem obdobju, didaktika začetnega naravoslovja). Pregledali smo tudi nekaj zadnjih izvodov strokovne revije *Vzgojiteljica*, v katerih sta bila na temo higiene in umivanja rok najdena le dva članka. Pregledan je bil tudi nacionalni dokument Kurikulum za vrtce (1999), v katerem je higiena ali higiena rok navedena pod medpodročne dejavnosti (moralni razvoj, skrb za zdravje, varnost...) in se kot rdeča nit prepleta skozi vsa področja dela v vrtcu (Kurikulum za vrtce, 1999), ni pa eksplicitno opredeljena kot samostojna vsebina. Umivanje, higiena rok in splošna higiena se tako umešča v prikriti kurikulum. V sistemu *KATIS* med leti 2005–2023 za strokovne delavce vrtca ni bilo dodatnih izobraževanj s področja higieni rok.

Opravljen je bil tudi pregled obstoječih projektov, povezanih s temo umivanja rok, ter analiza slikovnih materialov. Ugotovljeno je bilo, da na spletu najdemo pravo poplavo večjih in manjših projektov o umivanju rok, primanjkuje pa kakovostnega vsebinskega ter vizualnega gradiva.

V sklopu analize so bili izvedeni tudi vodeni intervjuji z vzgojiteljicami ter ogled igralnic v štirih enotah partnerskega vrtca z namenom ocene potrebe po tovrstnih intervencijah. V sklopu vodenih intervjujev smo se osredotočili predvsem na način in pogostost predstavljanja teme higieni rok otrokom, način vključenosti strokovnih delavk pri umivanju rok v okviru dnevne rutine, težave, s katerimi se srečujejo vzgojiteljice pri posredovanju vsebin s področja higieni rok ter vrste dejavnosti, ki najbolj in najmanj motivirajo otroke. Poleg intervjuja smo ob obisku posamezne skupine izvedli tudi ogled igralnice, pri katerem smo se osredotočili predvsem na opremljenost umivalnikov s potrebnimi pripomočki za ustrezno umivanje rok (milo, topla tekoča voda, papirnate brisačke za enkratno uporabo) ter na dodatno slikovno gradivo, ki ukrep umivanja rok spodbuja. Poleg tega nas je zanimalo tudi, ali imajo v vrtcu na voljo knjižne vsebine in druge učne pripomočke na temo higieni ali umivanja rok.

Na osnovi intervjuja smo ugotovili, da se vzgojiteljice zavedajo pomembnosti ukrepa higieni rok pri otrocih. Vzgojiteljice same spodbujajo in izvajajo umivanje rok otrok pred in po jedi, po

sprerodu, po uporabi sanitarij in pred prihodom v vrtec in odhodom domov. Želijo si, da bi otroci umivanje rok usvojili in ga izvajali brez njihove spodbude. Pri tem so izpostavile potrebo po pomoči, kako otrokom prenesti znanje oziroma zavedanje, da bodo sami izvajali higieno rok tudi brez prisotnosti odraslih in njihove spodbude. Ugotovili smo, da vzgojiteljice in otroci največ informacij na to temo prejmejo s strani medicinske sestre, ki enkrat letno obiše vrtec in se primarno posveti področju higiene in ustne higiene. Kljub temu vzgojiteljice opažajo, da si otroci vseh vsebin ne zapomnijo in si rok ne umivajo pravilno. Eden od možnih razlogov je tudi preveč strokovna predstavitev, ki presega raven razumevanja predšolskega otroka. Velik problem predstavlja tudi odnos staršev do higiene rok, saj nekateri le to slabo prakticirajo in ne spodbujajo otrok. Vzgojiteljice si želijo, da bi igralnico in sanitarije opremili z zanimivim in enostavnim slikovnim gradivom. Predlagale so tudi razvoj različnih iger, pobarvank, pesmico, igrico, videoposnetke, koncept lutkovne predstave, uganke, itd.

V sklopu ogleda igralnic smo ugotovili, da so umivalniki ustrezno opremljeni s toplo tekočo pitno vodo, milom, brisačkami za enkratno uporabo ter košem za odpadke. Milniki so opremljeni z vizualnim grafičnim materialom, ob katerem je besedilo s pisanimi ali malimi tiskanimi črkami, kar je neprimerno in neuporabno za otroke, ki še ne znajo brati. Nekateri umivalniki so bili opremljeni s slikovnim gradivom postopka umivanja rok, vendar v splošnem gradiv primanjkuje ali niso ustrezno oblikovana in za otroke težko razumljiva. V eni izmed enot so bile sanitarije brez slikovnih navodil za pravilno umivanje rok. Knjižnih vsebin, ki obravnavajo higieno oz. umivanje rok, ter posebnih učnih gradiv s področja higiene za otroke v vrtcu nimajo.

Naš cilj je razviti gradivo za otroke in starše, ki bi jih spodbudilo k vključitvi higiene rok v njihovo dnevno rutino. S tem bi prenesli zavedanje o pomenu higiene rok tudi v domače okolje. Izdelano gradivo bomo v posameznih skupinah vrtca testirali in ocenili njihovo učinkovitost. Sledilo bo končno oblikovanje gradiv in njihova predaja vrtcu v uporabo. Vsa izdelana gradiva bomo na koncu ponudili vsem vrtcem po Sloveniji.

3 RAZPRAVA

S študenti in pedagoškimi mentorji smo si zadali cilj izboljšati izvedbo higiene rok v vseh enotah izbranega vrtca. Naš cilj je dvigniti ozaveščenost ter izboljšati in izdelati takšne didaktične materiale, ki bodo to omogočali. Higiena rok se večinoma pojavlja v okviru prikritega kurikulumu in je večinoma odvisna od zavzetosti posamezne vzgojiteljice.

Cilj ogleda in intervjuja je bil pregled stanja v vrtcu in prepoznati želje vzgojiteljic glede pedagoško andragoških gradiv. Po izvedenem ogledu higienske prakse v sodelujočem vrtcu ugotavljamo, da motivacije pri vzgojiteljicah ne primanjkuje, saj so vse mnenja, da bi otroci higieno rok v tej starosti morali usvojiti. Največje težave imajo s prenosom znanja, saj nimajo učinkovitih učnih pripomočkov, s katerimi bi higieno rok otrokom naredile zanimivo. Zatorej je

njihova primarna želja, da izdelamo gradiva, ki jim bodo pomagala higieno rok predstaviti na zabaven in enostaven način, s čimer pa ne bodo bistveno podaljšale procesa izvedbe dnevne rutine v vrtcu.

4 ZAKLJUČEK

Kakovostno gradivo, slikovne vsebine ter jasna komunikacija lahko močno pripomorejo k poučevanju, razumevanju in posledično doslednemu izvajanju umivanja rok. S projektom »Kako umiti roke? Nič lažjega.« želimo doseči, da bomo v prvi vrsti vse tri ciljne skupine, otroke, starše in strokovne delavce v vrtcu opremili z dodatnimi znanji in zavedanjem o pomenu higiene rok. Otroke je potrebno naučiti kdaj, kako, koliko časa in zakaj si je potrebno roke umivati, starše in vzgojitelje pa opolnomočiti, da bodo ta znanja ustrezno uporabili in večine vestno izvajali sami in jih znali prenašati tudi na otroke.

ZAHVALA

Zahvaljujemo se vsem sodelujočim članom projektne skupine, študentom Manci Kukovičič, Filipu Bregarju, Aniti Kermavner, Evi Šefic, Juliji Brudar, Špeli Muha, Eriki Mohorčič in Niki Nardin, vzgojiteljicam vrtca Tanji Jereb, Zlati Grofelnik, Ines Sabol in Katji Polajnar ter pedagoškim mentorjem doc. dr. Andreji Kukec, doc. dr. Stojanu Kostanjevcu, doc. dr. Mateju Urbančiču in prof. dr. Petri Černe Oven. Posebna zahvala gre vsem sodelujočim v Zasebnemu vrtcu Sonček. Posebna zahvala gre lektorici Tini Levec za pregled prispevka in podane korekcije. Projekt sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

LITERATURA IN VIRI

1. Jereb, G. (2009). *Umivanje rok kot osnovni higienski ukrep pri preprečevanju bolezni*. našalekarna. Retrieved April 14, 2023 from <https://www.nasa-lekarna.si/clanki/clanek/umivanje-rok-kot-osnovni-higienski-ukrep-pri-preprecevanju-bolezni/>
2. Jereb, G., Ovca, A., Bauer, M., Tomažič, I., & Likar, K. (2009). Higiena rok med učenci osnovnih šol in njihovimi učitelji v Mestni občini Ljubljana (MOL).
3. Jess, R. L., & Dozier, C. L. (2020). Increasing handwashing in young children: A brief review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53, 1219-1224. <https://doi.org/10.1002/jaba.732>
4. Jess, R. L., Dozier, C. L., & Foley, E. A. (2019). Effects of a handwashing intervention package on handwashing in preschool children. *Wiley*. <https://doi.org/10.1002/bin.1684>
5. Kurikulum za vrtce. (1999). Retrieved from <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MIZS/Dokumenti/Sektor-za-predsolsko-vzgojo/Programi/Kurikulum-za-vrtce.pdf>

6. Likar, K., & Bauer, M. (2006). Izbrana pogavlja iz higijene. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.
7. NIJZ. (2017). Zdrave navade predšolskih otrok. Retrieved April 14, 2023 from https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/program_vz_vrtec_vsebine_2017.pdf
8. NIJZ. (4. 5 2020). 5. maj – mednarodni dan higijene rok – »Ohranimo življenje: očistimo roke«. NIJZ. Retrieved April 14, 2023 from <https://nijz.si/moje-okolje/5-maj-mednarodni-dan-higijene-rok-ohranimo-zivljenje-ocistimo-roke/>
9. Rozman, N., Strah, B., & Jevšnik, M. (2020). An evaluation of the effectiveness of nudge techniques in improving hygiene behaviour in Kindergartens. *International Journal of Sanitary Engineering Research*, 14(1), 4-16. <https://doi.org/10.2478/ijser-2020-0002>
10. Slabe, D., Fink, R., Dolenc, E., & Kvas, A. (2016). Knowledge of health principals among professionals in Slovenian kindergartens. *Zdrav Var*, 55(3), 185-194. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0024>
11. U.S. Department of Health & Human Services. (november 2022). *Water, Sanitation, and Environmentally Related Hygiene (WASH)*. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved April 14, 2023 from <https://www.cdc.gov/hygiene/index.html>

OPOLNOMOČENJE PACIENTA S KRONIČNIM OBOLENJEM V SKUPNOSTI - PRIMERI DOBRIH PRAKS DOMA IN V TUJINI

EMPOWERING THE CHRONICALLY ILL PATIENT IN THE COMMUNITY - EXAMPLES OF GOOD PRACTICE IN SLOVENIA AND ABROAD

asist. Rebeka Lekše, mag. zdr. nege

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego

rebeka.lekse@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Kronične nenalezljive bolezni so veliko javnozdravstveno breme, ki ga lahko omejimo s pravočasnim odkrivanjem in opolnomočenjem ljudi, s pomočjo izobraževanja o potrebnih spremembah življenjskega sloga za zmanjšanje možnosti za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni. Namen pregleda literature je bil raziskati, s katerimi ukrepi lahko zdravstveni delavci pripomorejo k opolnomočenju pacientov s kronično nenalezljivo boleznijo.

Metode: Pregled strokovne in znanstvene literature, objavljene v obdobju od 2015 do 2022, je temeljil na metodologiji PRISMA. Uporabljene so bile naslednje podatkovne baze: Cinahl, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library, PubMed in COBIB.SI.

Rezultati: Na podlagi kakovosti in vsebinske ustreznosti smo izbrali 12 virov, iz katerih smo ugotovili, da je ključnega pomena pri opolnomočenju pacienta zdravstvena pismenost, sodelovanje pacientov, pacientov nadzor nad zdravstvenim stanjem, komunikacija z zdravstvenimi delavci, skupno odločanje in vključevanje stališč pacientov v njihovo oskrbo.

Diskusija in zaključek: Politika držav teži k zmanjševanju neenakosti v zdravju ter uvedbi novih in drugačnih preventivnih programov za krepitev zdravja. S tovrstnimi projekti bi namreč prispevali k boljši informiranosti, motiviranosti in posledično vključenosti populacije v preventivo. S tem bi ljudem omogočili prevzemanje nadzora nad lastnim zdravjem in dejavniki, ki vplivajo na zdravje, krepijo skupnost in izboljšujejo življenje.

Ključne besede: kronične nenalezljive bolezni, samooskrba, samovodenje bolezni, opolnomočenje.

ABSTRACT

Introduction: Chronic non-communicable diseases (NCDs) represent a major public health burden that can be reduced through early detection and empowering people to change their lifestyle and reduce the risk of their development. The aim of the literature review was to examine what actions health professionals can take to support patients with chronic non-communicable diseases.

Methods: The review of peer-reviewed and scientific literature published between 2015 and 2022 was based on PRISMA methodology, using the following databases: Cinahl, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library, PubMed, and COBIB.SI.

Results: We selected 12 sources based on their quality and relevance in terms of content. We found that health literacy, patient participation, patient control of health status, communication with health professionals, shared decision making and incorporation of patients' opinions were key to patient empowerment.

Discussion and conclusion: National policies are aiming to introduce new and different prevention programmes to promote health and reduce health inequalities. These projects would help to better inform, motivate and consequently involve the population in prevention. This would empower people to take charge of their own health and the factors that influence health, strengthen communities, and improve lives.

Keywords: chronic non-communicable diseases, self-care, self-management, empowerment.

1 UVOD

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (2022) so kronične nenalezljive bolezni (v nadaljevanju KNB) neozdravljive in različno hitro napredujoče do smrti. Najbolj pogoste so bolezni srca in ožilja, rak, bolezni dihal, sladkorna bolezen, duševne bolezni in ostale, saj po epidemični razsežnosti predstavljajo enega izmed najpomembnejših izzivov, s katerimi se srečujejo zdravstveni sistemi (World Health Organization, 2022). Številni ljudje s kroničnimi boleznimi preživijo znaten del svojega življenja, vendar vseskozi potrebujejo zdravstveno oskrbo, zato predstavljajo največje javnozdravstveno breme (Hajat & Stein, 2018; Holman, 2020). Kronične nenalezljive bolezni je možno omejiti z njihovim pravočasnim odkrivanjem in opolnomočenjem ljudi s pomočjo izobraževanja na temo zdravega življenjskega sloga ter zmanjšanja možnosti za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni (Heggdal, 2021).

Življenjski slog in zdravje sta tesno povezana, saj ima posameznik s svojimi navadami pomemben vpliv na svoje telesno in duševno počutje (Honório et al., 2021; Sapranaviciute-Zabazlajeva et al., 2022). Zdravje pa ne pomeni le odsotnosti bolezni, temveč tudi dobro počutje in odpornost na bolezni (Kovač, 2021). Poleg dednosti na zdravje vplivajo socialni dejavniki, ekonomski položaj, okolje ter navade v zvezi s prehranjevanjem, gibanjem in odnosom do okolice, pa tudi sposobnost uravnavanja stresa (Budreviciute et al., 2020; Cerf, 2021). Nezdrav življenjski slog, kakršnega predstavljajo, denimo, kajenje, nezdrava prehrana in telesna neaktivnost, lahko pripomore k nastanku kroničnih nenalezljivih bolezni (Cerf, 2021).

V literaturi je opisanih več definicij in atributov opolnomočenja. Nekateri avtorji (Dineen-Griffin et al., 2019; Mora et al., 2018; Ranieri et al., 2022) menijo, da je to »sposobnost posameznika, da postane odgovoren za svoje zdravje«, »kompleksen proces sprememb, ki ga vodi

samoodločanje« ali pa »družbeni proces, s katerim se poveča sposobnost pacientov, da občutijo obvladovanje svojega življenja«. Čeprav obstaja več definicij opolnomočenja, nekatere od njih niso teoretično utemeljene ali pa je nejasno, kako se razlikujejo od drugih konceptov (tj. samoupravljanje). Večina definicij se osredotoča na sposobnost posameznikov, da sprejemajo odločitve o svojem zdravju in vedenju do bolezni ter prevzamejo nadzor nad zdravstvenimi vidiki (Bailo et al., 2019; Galanakis et al., 2016; Russo et al., 2019).

Veliko vlogo pri tem imajo zagotovo zdravstveni delavci, z opolnomočenjem ljudi preko izobraževanja o možnostih spremembe življenjskega sloga in s tem zmanjšanja nastanka bolezni. Zdravstveni delavci lahko prispevamo k pacientovemu samostojnemu nadzorovanju zdravja ter spodbujamo ljudi, da prevzamejo odgovornost za lastno zdravje, v kolikor so tega zmožni. Pričakuje se, da bo ravno opolnomočenje pacientov tisto, ki bo zmanjšalo potrebo po podpori zdravstvenega sistema in s tem zmanjšalo stroške zdravstvenega varstva (Kruk et al., 2018).

Opolnomočenje pacientov je še precej neraziskana tema, ki ponuja številne še neodkrite pristope. Namen raziskave je bil opredeliti pomen opolnomočenja ter predstaviti dejavnike, ki vplivajo na obravnavo pacienta s KNB, pri tem pa predstaviti vlogo promocije zdravja in zdravstvene vzgoje v okviru opolnomočenja za obvladovanje KNB pri nas in v tujini. Na podlagi tega cilja smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: s katerimi ukrepi lahko medicinska sestra vpliva na opolnomočenje pacientov s KNB?

2 METODE

Uporabili smo opisno metodo dela, metodo analize in sinteze literature ter smernice PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page, et al., 2021).

Metoda pregleda literature

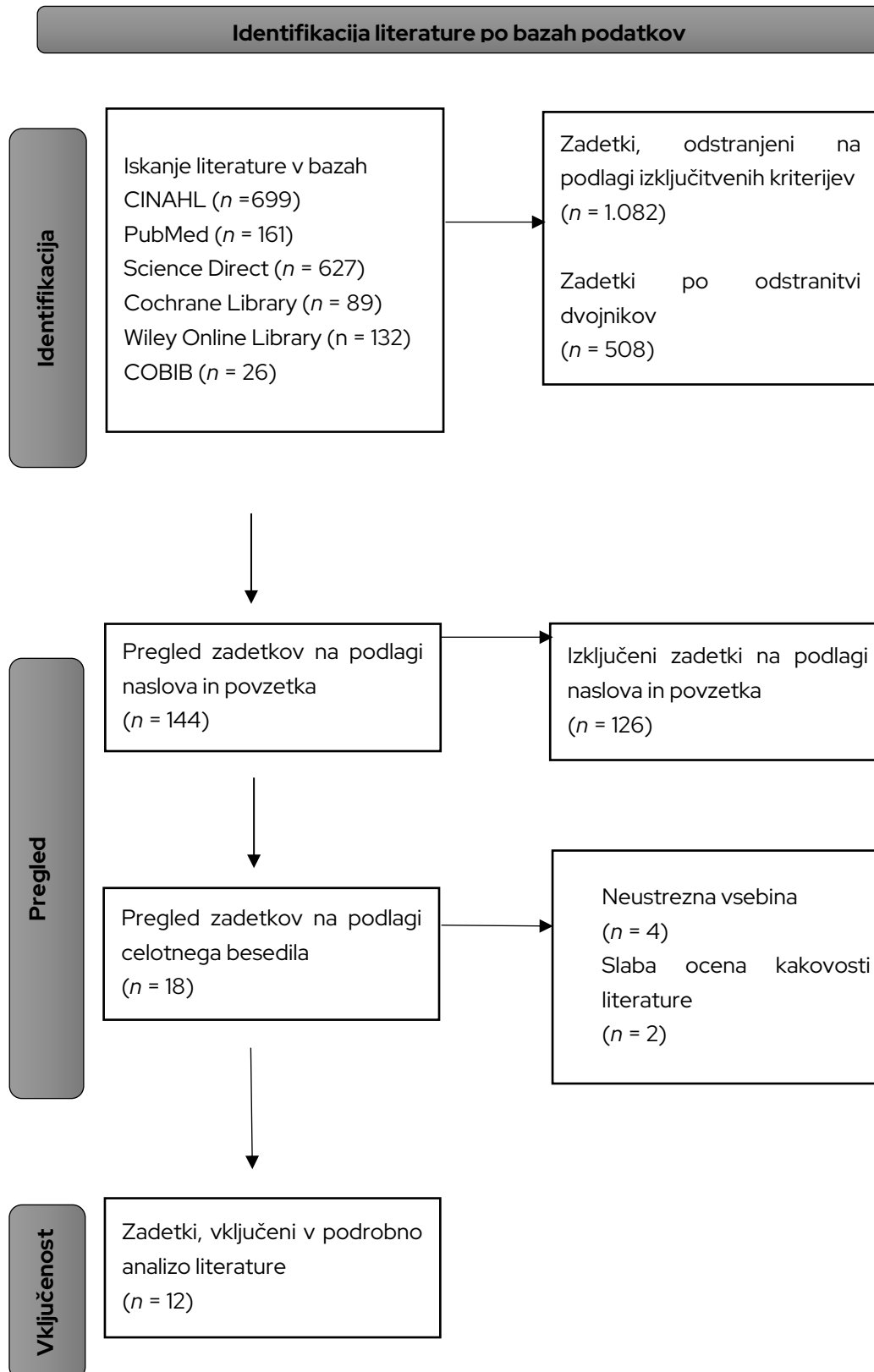
Izvedli smo sistematičen pregled literature. Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače ter tuje strokovne in znanstvene literature v mednarodnih podatkovnih bazah Cinahl, Science Direct, Cochrane Library, Wiley Online Library in PubMed. S kombinacijo ključnih besed in Boolovih operaterjev (AND, OR) smo oblikovali iskalno strategijo: kronične nenalezljive bolezni (angl. »noncommunicable chronic diseases«) AND opolnomočenje (angl. »empowerment«) OR samovodenje bolezni (angl. »self-management«) OR samooskrba (angl. »self-care«). Literaturo, objavljeno v slovenskem jeziku, smo iskali s pomočjo baze podatkov COBIB.SI. Pri pregledu literature smo upoštevali vključitvene in izključitvene kriterije, ki so prikazani v Tabeli 1. Za prikaz poteka pregleda literature smo uporabili diagram PRISMA (Slika 1) (Page et al., 2021).

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Tema	Opolnomočenje pacienta s kronično nenalezljivo boleznijo v skupnosti	/
Vrsta publikacij	Raziskovalni članki ali recenzirana monografija ali pregledni znanstveni članek ali pregled literature	Uvodniki, komentarji, protokoli, pisma uredniku
Dostopnost	Besedilo dostopno v celoti	Dostopen le povzetek oz. le bibliografski podatki o članku
Populacija	Kronične (nenalezljive) bolezni, odrasli	Zdravi ljudje, ostale bolezni, najstniki, otroci
Starost literature	10 let ali manj	Starejši od 10 let
Jezik	Objava v slovenskem ali angleškem jeziku	Drugi jeziki

Rezultati pregleda

Najdenih je bilo skupno 1.734 zadetkov, med katerimi je bilo 508 dvojnikov. Po odstranitvi 1.082 zadetkov, ki tematsko niso ustrezali opredeljenim vključitvenim kriterijem (Tabela 1), je ostalo 144 zadetkov. Na podlagi neustreznega naslova in povzetka smo izključili 126 zadetkov. Zaradi vsebinske neustreznosti smo izključili še 4 zadetke. V zadnjem koraku smo 2 članka izključili na osnovi ocene kakovosti. Kot je razvidno iz Slike 1, smo v končno analizo vključili 12 člankov.



Slika 1: Diagram pregleda literature (Page et al., 2021)

Ocena kakovosti pregleda literature in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na kakovosti raziskav ter vsebinski ustreznosti in aktualnosti, s čimer smo zagotovili, da je pregledana literatura obravnavala predvsem opolnomočenje pacientov s kronično nenalezljivo boleznijo. Tako smo v analizo vključili 12 člankov, ki so izpolnjevali vključitvene kriterije in so bili vsebinsko ustrezni. Da bi ocenili moč dokazov znanstveno raziskovalnih del, smo najprej uporabili hierarhijo dokazov po Polit in Beck (2021). Izbrane prispevke smo nato kritično ovrednotili z orodji CASP (angl. »Critical Appraisal Programme«) (Brice, 2021). Vključene raziskave smo večinoma ocenili kot dobre (Abrahams, et al., 2019; Heumann, Röhnsch & Hämel, 2021; Koren, 2018; Makić, 2020; Povlsen & Borup, 2015; Rihter, 2018) ali odlične (Amu, et al., 2021; Dolinar, 2016; Eskildsen, et al., 2017; Gašparič Pincetić, 2019; Krčovnik, 2020; Lin, et al., 2020).

3 REZULTATI

Rezultati so bili pridobljeni iz 12 člankov, ki opisujejo opolnomočenje pacientov s kronično nenalezljivo boleznijo. Vključeni članki zajemajo kvalitativne raziskave (n = 2) (Abrahams et al., 2019; Amu et al., 2021), kvantitativne raziskave (n = 4) (Dolinar, 2016; Gašparič Pincetić, 2019; Krčovnik, 2020; Rihter, 2018) in sistematične preglede literature (n = 6) (Eskildsen et al., 2017; Heumann et al., n.d.; Koren, 2018; Lin et al., 2020; Makić, 2020; Povlsen & Borup, 2015). Raziskave so bile objavljene v Severni Afriki, Gani, na Danskem, v Nemčiji, Tajvanu in v Sloveniji. Podrobnosti in značilnosti pregledanih raziskav smo razdelili v dve skupini za lažji pregled: v Tabeli 2 so raziskave, opravljene v tujini, in v Tabeli 3 so raziskave, opravljene v Sloveniji.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav, opravljenih v tujini

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
Abrahams, Gilson, Levitt & Dave, 2019, Severna Afrika	Kvalitativna raziskava	Namen je bil razumeti, katere intervencije medicinske sestre v bolnišničnem okolju lahko vplivajo na opolnomočenje pacientov s KNB in na podlagi ugotovitev izdelati priporočila za samoobvladovanje bolezni.	Intervjuji so vsebovali odprte tipe vprašanj, kjer so anketiranci podali svoje izkušnje in misli o trenutnih bolnišničnih praksah in obvladovanju kroničnih bolezni.	18 polstrukturiranih intervjujev	Ugotovili so, da so v revnejših področjih v državi slabši pri opolnomočenju pacientov s KNB, saj na opolnomočenje vplivajo tudi dejavniki iz okolja. Poznavanje teh dejavnikov pa lahko koristi za razumevanje in izboljšanje intervencij pacientov s KNB.	Nivo 7
Amu, Darteh, Tarkang & Kumi-Kyereme, 2021, Gana	Kvalitativna raziskava	Namen je bil raziskati prakse in izzive, povezane z obvladovanjem kroničnih nenalezljivih bolezni s strani pacientov in zdravstvenih delavcev.	Izvedli so intervjuje, ki so vsebovali 3 kategorije. Prvi del je zajemal osnovne značilnosti udeležencev raziskave (spol, starost, zakonski stan, vera, narodnost), drugi del je spraševal o obvladovanju kroničnih bolezni v bolnišničnem okolju. Tretji del pa je	41 pacientov in 15 zdravstvenih delavcev	Ugotovitve kažejo, da zdravstveni delavci, ki že imajo izkušnje s pacienti s kroničnimi boleznimi, lažje opolnomočijo paciente za boljši potek bolezni in kvalitetnejše življenje ter s tem tudi spremembo življenjskega sloga.	Nivo 7

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
			spráševal o izzivih, s katerimi se soočajo pri obvladovanju kroničnih bolezni.			
Eskildsen, idr., 2017, Danska	Sistematični pregled literature	Namen pregleda je bil identificirati vprašalnike in podlestvice, ki merijo opolnomočenje in manifestacije opolnomočenja pri pacientih z rakom.	Izveden je bil sistematičen pregled literature v bazah podatkov PubMed, PsycINFO in CINAHL, s ključno besedo »opolnomočenje« in z njo povezanimi besedami. Vključeni so bili strokovno recenzirani članki, ki opisujejo vprašalnike za merjenje opolnomočenja ali manifestacije opolnomočenja pacientov z rakom.	33 člankov	Ugotovitve lahko služijo kot vodilo za klinične zdravnike/raziskovalce, ki želijo izmeriti koncept opolnomočenja pri pacientih z rakom, saj rezultati zagotavljajo pregled ustreznih lestvic in vprašalnikov. Še vedno pa so potrebni dodatni dokazi, ki bi podprli zanesljivost in veljavnost obstoječih vprašalnikov. Avtorji predlagajo, da je treba bolj preučiti različne vidike opolnomočenja pri pacientih z rakom in razviti vprašalnike, ki so usmerjeni v specifične vidike opolnomočenja pacientov z rakom.	Nivo 6

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
Heumann, Röhnisch & Hämel, 2021, Nemčija	Sistematični pregled literature	Namen je bil razviti konceptualni okvir, ki bi zagotovil informacije o vlogi medicinske sestre primarnega zdravstva pri oblikovanju procesov sodelovanja s pacienti in skupnostjo pri KNB, ter prepoznati pogoje, ki omogočajo ali ovirajo spodbujanje sodelovanja pacientov in skupnosti.	Izveden je bil integrativni pregled v bazah podatkov PubMed in CINAHL.	23 člankov	Ugotovili so, da so intervencije medicinskih sester preveč osredotočene na poučevanje in zagovorništvo, premalo pa na aktivno vključevanje pacienta, prav tako je premalo vključevanja medicinskih sester v lokalno skupnost.	Nivo 6
Lin, Weng, Apriliyasari, Van Truong, & Tsai, 2020, Tajvan	Metaanaliza literature	Raziskava je bila zasnovana za vrednotenje intervencij pri opolnomočenju pacientov s KNB glede na fiziološke, psihološke in vedenjske dejavnike, ki vplivajo na kakovost življenja pacienta s KNB.	Literatura je bila zajeta v bazah podatkov PubMed, Cochrane, CINAHL in Embase do 1. septembra 2017, v angleškem in kitajskem jeziku.	26 člankov	Rezultati metaanalize so pokazali, da so intervencije, ki spodbujajo sodelovanje pacientov, učinkovitejše za doseganje boljše kakovosti življenja pacientov s KNB. Zato bi morali izvajalci zdravstvenih intervencij redno ocenjevati stopnjo sodelovanja pacientov pri samoobvladovanju KNB.	Nivo 1
Povlsen & Borup, 2015, Danska	Sistematičen pregled literature	Namen je bil poudariti pomen promocije zdravja kot eno od treh glavnih študijskih področij na	Sistematično so pregledali razvoj študijskih programov za promocijo zdravja od leta 2002 do 2013	19 člankov	Pridobili so izobražen kader, kot so magistri javnega zdravja, magistri znanosti o javnem zdravju in doktorji javnega zdravja, ki pripomorejo k	Nivo 6

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
		Nordijski fakulteti za javno zdravje.	in pridobljene strokovne nazive.		razvijanju novih programov in uvajanju boljših praks pri opolnomočitvi pacientov.	

Tabela 3: Značilnosti vključenih raziskav, opravljenih v Sloveniji

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
Dolar, 2016, Slovenija	Kvantitativna raziskava	Cilj je bil dokazati povezanost med urejenostjo sladkorne bolezni in opolnomočenjem pacienta ter ugotoviti, katere socialno-ekonomske in demografske značilnosti vplivajo na urejenost sladkorne bolezni.	S pomočjo ankete so ugotavljali opolnomočenost pacienta s tremi vsebinskimi sklopi – moč, znanje in priložnost.	167 pacientov s sladkorno boleznijo tipa 2	Na opolnomočenost pacienta in posledično njegovo urejenost sladkorne bolezni pomembno vpliva stopnja izobrazbe. Medicinska sestra je kot izvajalka zdravstveno-vzgojnih programov pomemben člen pri posredovanju znanja pacientom.	Nivo 7
Gašparič Pincetić, 2019, Slovenija	Kvantitativna raziskava	Cilj je bil ugotoviti, v kolikšni meri so pacienti s sladkorno boleznijo tipa 2, ki so obravnavani v ambulanti družinske medicine, opolnomočeni, in predstaviti dejavnike, ki	Instrument raziskave je bil anonimni vprašalnik, v katerega drugi del so vključili vprašalnik za ugotavljanje opolnomočenja DES LF (<i>diabetes empowerment</i>	61 pacientov s sladkorno boleznijo	Model obravnava pacienta s sladkorno boleznijo tipa 2 in temelji na pacientovem opolnomočenju. Opolnomočenje pacienta pomaga pri izboljšanju samooskrbe ter obvladovanju in	Nivo 7

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
		vplivajo na stopnjo njihovega opolnomočenja.	scale long form), ki je sestavljen iz 37 vprašanj zaprtega tipa.		izidu sladkorne bolezni, ne glede na pacientovo izobrazbo, starost in trajanje ali urejenost sladkorne bolezni.	
Koren, 2018, Slovenija	Sistematični pregled literature	Cilj je bil ugotoviti, s katerimi ukrepi lahko medicinska sestra v patronažnem varstvu vpliva na opolnomočenje pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi.	Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom strokovne in znanstvene literature v angleškem jeziku, ki je bila pridobljena preko spletnega portala Digitalne knjižnice Univerze v Ljubljani ter bibliografskih podatkovnih baz MEDLINE, CINAHL with Full Text in z informacijskim servisom ScienceDirect.	13 člankov	Ugotovljeno je bilo, da je način opolnomočenja potrebno prilagoditi potrebam vsakega posameznika. Znanje in spretnost komuniciranja medicinske sestre v patronažnem varstvu sta ključnega pomena pri promociji zdravja in opolnomočenju. Zdravstveni sistem bi moral medicinski sestri v patronažnem varstvu omogočiti več strokovnega usposabljanja in izobraževanja na tem področju, saj lahko s pravim pristopom in primerno komunikacijo dosežemo spremembe pri obnašanju pacientov glede zdravega življenjskega sloga. Pomembno je, da v ta proces vključimo tudi tiste, ki ne	Nivo 6

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
					pokažejo takojšnjega interesa za opolnomočenje.	
Krčovnik, 2020, Slovenija	Kvantitativna raziskava	Namen je bil raziskati stopnjo opolnomočenosti kroničnih pacientov ter povezanost med determinantami zdravja in opolnomočenostjo.	Uporabljen je bil validiran anketni vprašalnik. Vprašalnik vsebuje 19 trditev in je razdeljen na 5 dimenzij opolnomočenja. Raziskava je vsebovala je tudi 5-stopenjsko Likertovo lestvico.	201 anketiranec z vsaj eno kronično nenalezljivo boleznijo	V raziskavi je bilo ugotovljeno, da se večina anketirancev sooča z multimorbidnostjo. Za dvig stopnje opolnomočenosti so nujno potrebni prepoznavanje dejavnikov opolnomočenja, aktivna vključitev pacienta v zdravstveno obravnavo ter pogostejša udeležba v ambulantni družinske medicine.	Nivo 7
Makič, 2020, Slovenija	Sistematičen pregled literature	Namen je bil prikazati, kako lahko diplomirana medicinska sestra vključi mobilno zdravje kot del preventivnega pristopa k obvladovanju arterijske hipertenzije v ambulantni družinske medicine.	Uporabili so deskriptivno metodo dela s pregledom domače in tuje strokovne in znanstvene literature, ki je bila zajeta s pomočjo Digitalne knjižnice v Ljubljani (DiKUL) v podatkovnih bazah CINAHL in MEDLINE. Literatura je bila zajeta med januarjem 2020 in septembrom 2020.	19 člankov	Glede na dostopno literaturo so ugotovili, da bi mobilno zdravje lahko bilo obetavno dopolnilo klasičnemu pristopu pri zdravljenju arterijske hipertenzije, saj raziskave dokazujejo, da lahko mobilne aplikacije pozitivno vplivajo na nadzor krvnega tlaka. Preventivne aktivnosti zdravstvene nege so pri pacientih z arterijsko hipertenzijo izredno pomembne, saj pripomorejo k	Nivo 6

Avtor, letnica, država	Raziskovalni dizajn	Namen	Metode, materiali	Vzorec	Ključne ugotovitve	Hierarhija dokazov
					preprečevanju morebitnih zapletov arterijske hipertenzije. Mobilne aplikacije bi bilo smiselno vključiti v preventivne aktivnosti zdravstvene nege, saj bi s tem razbremenili zdravstveni sistem; pacientom bi zagotovili boljšo dostopnost zdravstvenih storitev in manjše stroške.	
Rihter, 2018, Slovenija	Kvantitativna raziskava	Namen je bil raziskati dostopnost in razumevanje informacij posameznika o zdravstvenem stanju ter ugotoviti, kakšna je opolnomočenost pacientov s kroničnimi boleznimi.	Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom, sestavljenim iz 23 vprašanj. Ocenjevali so opolnomočenost pacientov ter dostopnost informacij.	87 pacientov s kronično boleznijo	Število obolelih s kroničnimi boleznimi se znatno povečuje, ampak kljub tej svetovni problematiki se veliko ljudi tega premalo zaveda. Z večjo odgovornostjo za svoje zdravje in telo se lahko izognemo nevšečnostim in spremembam življenjskega sloga, ki jih prinese kronična bolezen. S tem pa izboljšamo poznavanje lastnega telesa in kakovost življenja, nenazadnje pa poskrbimo tudi za znižanje stroškov v zdravstvenem sistemu.	Nivo 7

4 RAZPRAVA

Opolnomočenje je pomemben element za zdravstveno nego. Ko je bil uveden v zdravstvu, je bil cilj okrepitve opolnomočenja pacientov povečati avtonomijo in sodelovanje pacientov v oskrbi (Mora et al., 2018). Opolnomočenje pacientov lahko pripomore k prehodu iz pasivne v aktivno vlogo, kjer pacienti prevzemajo odgovornost nad svojimi odločitvami in nadzor nad svojim zdravjem. V sklopu naloge nas je zanimalo predvsem, s katerimi ukrepi lahko medicinska sestra vpliva na opolnomočenje pacientov s KNB. Ključnega pomena je multidisciplinarni pristop in zdravstveno-vzgojno delo zdravstvenih delavcev, ki pomagajo kroničnim pacientom, da postanejo opolnomočeni z oblikovanjem zdravega življenjskega sloga, zagotavljanjem dobre zdravstvene pismenosti, vključitvijo v različne programe za promocijo zdravja, zgodnje odkrivanje bolezni ter obvladovanje KNB. Pri opolnomočenju pacientov se lahko opolnomočijo tudi medicinske sestre, ki tako občutijo zadovoljstvo in motivacijo za svoje delo. Različni vidiki opolnomočenja vključujejo tudi samozavedanje, samooskrbo, samoučinkovitost, samozavest, veščine obvladovanja bolezni ter izobraževanje in krepitev zmogljivosti (Krčovnik, 2020).

Ugotovitve iz pregleda literature smo razdelili v štiri kategorije, ki so ključnega pomena za postopek opolnomočenja: 1) razumevanje pacientove vloge; 2) pridobivanje zadostnega znanja; 3) krepitev pacientovih spretnosti; in 4) prisotnost spodbudnega okolja. Na podlagi teh štirih komponent je mogoče opolnomočenje opredeliti kot *proces, v katerem pacienti razumejo svojo vlogo ter od zdravstvenega delavca dobijo znanje in veščine za opravljanje nalog v okolju, ki priznava skupnostne in kulturne razlike ter spodbuja sodelovanje pacientov.*

Opolnomočenje pacienta za obvladovanje KNB lahko pripomore k posameznikovemu zdravju in dobremu počutju, zato je pomembno, da ga poznajo vsi zdravstveni delavci in ga pri svojem delu tudi uporabljajo. Koren (2018) v svoji nalogi navaja, da se lahko opolnomočenje razume kot zmožnost večjega nadzora nad odločitvami in ukrepi, ki vplivajo na zdravje pacientov. Za paciente je nadzor nad njihovim zdravjem pomemben element procesa opolnomočenja, ki jim omogoča aktivno vlogo pri procesu oskrbe. Avtorica razlaga, da sta pri tem ključnega pomena znanje in spretnost komuniciranja. S pravim pristopom in primerno komunikacijo dosežemo spremembe pri obnašanju pacientov glede zdravega življenjskega sloga. Poučevanje in svetovanje sta izjemno pomembni nalogi zdravstvenih delavcev, saj omogočata razumevanje kroničnih bolezni in prilagoditve življenjskega sloga s strani pacientov, ki s tem pridobijo spoštovanje zdravstvenih napotkov in zavedanje o pomembnosti njihovega upoštevanja (Dineen-Griffin et al., 2019; Lönnberg et al., 2022). V raziskavi, ki jo je izvedla Rihter (2018), je bilo ugotovljeno, da večina pacientov dobro razume in upošteva nasvete zdravstvenih delavcev, vendar pa se slabo zavedajo napredovanja kronične bolezni. Poznajo simptome in opozorilne znake ter s tem pogojeni vpliv bolezni na prilagoditev življenjskega sloga. Prav tako je ugotovila, da so pacienti zadovoljni z vključevanjem v proces edukacije, prejemanja različnih nasvetov s strani zdravstvenih delavcev in samim zdravljenjem. Podobne ugotovitve so prikazali Van Wilder idr. (2021). Pacienti se soočajo z različnimi izzivi, kot so finančne omejitve,

socialna izključenost ter nerazumevanje njihove bolezni s strani družinskih članov in zdravstvenih delavcev, kljub tem izzivom pa so pokazali vztrajnost in prilagodljivost ter razvili strategije za obvladovanje svoje bolezni, kot so spremembe življenjskega sloga, iskanje podpore pri drugih pacientih in izobraževanje o svoji bolezni. Dolinar (2016) je dokazala povezavo med dobro urejeno sladkorno boleznijo in opolnomočenostjo ter ugotovila pomemben vpliv izobrazbe pacienta na njegovo urejenost sladkorne bolezni in opolnomočenost. Pri bolj izobraženih je ključno zdravje, zavedajo se družbenih vzrokov bolezni in imajo občutek, da zdravje lahko nadzirajo. Kregelj (2015) je v svoji raziskavi ugotovila, da bolj izobražen pacient tudi pogosteje poišče dodatne informacije o svoji bolezni v različnih virih. Nasprotno pa so pacienti z nižjo izobrazbo bolj podvrženi informacijam, ki prihajajo iz neformalnih virov, in so zanje bolj dojemljivi, težje se spoprijemajo z boleznijo in v primeru težav z vodenjem bolezni pogosto ne poiščejo pomoči (Kruk et al., 2018). Avtorji (Adu et al., 2019; Kregelj, 2015) predlagajo medicinskim sestram, da pri zdravstveno-vzgojnem delu več časa namenijo individualni zdravstveni vzgoji in pri pacientih s slabo urejeno sladkorno boleznijo preverijo razloge za nezmožnost samooskrbe.

Razlogi, zaradi katerih je sodelovanja pacientov v okviru zdravstvene obravnave še vedno premalo, so pomanjkanje ozaveščenosti in prepoznavanja opolnomočenja pacientov, slabo sprejemanje pacientovih odločitev s strani zdravstvenih delavcev, pomanjkanje virov v zdravstvenem sistemu, nezadostno znanje o vključenosti pacientov v obravnavo itd. (Bombard et al., 2018; Cardoso Barbosa et al., 2021; Krčovnik, 2020; Ocloo et al., 2021). V raziskavah so bile ugotovljene ključne ovire pri skupnem odločanju, in sicer pomanjkanje časa, pomanjkanje kadra ter pomanjkljive informacije o pacientih (Bailo et al., 2019; Pel-Littel et al., 2021). V svoji raziskavi o dejavnikih, ki vplivajo na stopnjo opolnomočenosti. Gašparič Pincetić (2019) navaja, da se s starostjo, trajanjem in slabšanjem urejenosti sladkorne bolezni pri pacientih s sladkorno boleznijo tipa 2 zmanjšuje njihovo opolnomočenje.

V državah z nizkimi in srednjimi dohodki obstaja precejšnja heterogenost družbeno-izobraževalnih ravni, del prebivalstva pa ima neustrezno raven zdravstvene pismenosti (Zanobini et al., 2021). Zdravstveno pismenost lahko razumemo kot sposobnost pridobivanja, obdelave in razumevanja zdravstvenih informacij (Cardoso Barbosa et al., 2021). Zdravstvena pismenost vpliva na sposobnost pacientov, da razumejo zdravstvene informacije, razlagajo simptome, učinkovito upravljajo svojo samooskrbo ter sprejemajo informirane odločitve v zvezi z zdravjem (Aronis et al., 2017). Babnik (2013) ocenjuje, da so razlike v stopnji zdravstvene pismenosti eden glavnih vzrokov neenakosti v zdravju, ki so prisotne kljub upoštevanju potreb in diagnoz pacientov ter dostopnosti zdravstvene oskrbe. Vendar je stopnja posameznikove zdravstvene pismenosti odvisna tudi od samega pacienta in različnih dejavnikov, ki vplivajo tako na njegovo samozavest in sodelovanje kot na zdravljenje in nenazadnje tudi počutje (Rihter, 2018). Določanje stopnje zdravstvene pismenosti je predpogoj za spodbujanje izobraževanja pacientov, obenem pa jim omogoča sprejemanje premišljenih odločitev o lastnem zdravju, zdravju svojih družin in skupnosti (Šulinskaitė et al., 2022). Rezultati raziskav (Ngoatle et al.,

2023; Tajdar et al., 2021), ki so preučevale zdravstveno pismenost pri sladkorni bolezni, kažejo, da pacienti s slabo stopnjo zdravstvene pismenosti slabo nadzorujejo bolezen in imajo večje tveganje za razvoj sladkorne bolezni tipa 2. Poleg tega so ugotovili, da imajo ljudje z nizko zdravstveno pismenostjo manj znanja o zdravem načinu življenja in večje težave pri razumevanju zdravstvenih informacij.

Raziskava, ki so jo izvedli Eskildsen idr. (2017) na Danskem, je ugotavljala, da je opolnomočenje pacientov bistvenega pomena za njihovo zadovoljstvo, boljše zdravljenje in zmanjšanje stroškov. Tudi Russo idr. (2019) navajajo, da pacienti s KNB prispevajo k znižanju stroškov, izboljšanju kakovosti zdravstvenega varstva ter trajnosti zdravstvenih sistemov. Lin idr. (2020) v svoji raziskavi poudarjajo, da so intervencije zdravstvenih delavcev, ki so bile usmerjene v aktivno sodelovanje pacienta, bistveno izboljšale pacientovo telesno, psihosocialno in vedenjsko stanje. Zdravstveni delavci pa bi morali ocenjevati tudi aktivno vlogo pacientov v procesu opolnomočenja, saj bi s tem imeli vpogled, koliko je pacient resnično napredoval pri opolnomočenju. S pregledom literature so poskusili identificirati najbolj relevantne vprašalnike, ki bi lahko pokazali, ali je pacient opolnomočen, vendar pa rezultati kažejo, da je potrebno dodatno dokazati zanesljivost in veljavnost obstoječih vprašalnikov. Da pacient doseže opolnomočenje, je izredno pomembno, da je deležen pomoči izobraženega zdravstvenega delavca s področja KNB, ki je večš dobre komunikacije, izražanja in zagotavljanja podpore pacientu ter učinkovitega upravljanja s časom; pomembno je, da se zna zdravstveni delavec ustrezno odzivati na pacientova prepričanja in da zna organizirati skupinsko delo, zbirati, podajati in interpretirati informacije, raziskovati ter najti nova znanja v različnih bibliografskih podatkovnih bazah (Vainauskienė & Vaitkienė, 2021). Dobra komunikacija igra pomembno vlogo pri spodbujanju pacientov in njihovih družin k sodelovanju in sprejemanju odločitev glede zdravljenja (Bombard et al., 2018). Šele tako je proces opolnomočenja uspešen, poleg tega pa potrebujeta pacient in zdravstveni delavec dovolj časa, da zgradita zaupen odnos. Ključnega pomena za dobro opolnomočenje je tudi razumevanje širšega koncepta pacienta s strani zdravstvenih delavcev (Bailo et al., 2019). Heumann, Röhnsch in Hämel (2021) v svoji raziskavi navajajo, da razumevanje pacientovega družbenega okolja, njegovega ekonomskega položaja ter psihičnega in fizičnega stanja pripomorejo k opolnomočenju. Ko pacienta obravnavamo holistično, smo temu cilju bližje. Zdravstveni delavci se v skupnost lažje vključujejo, če poznajo njeno problematiko in njene vrednote. To znanje pridobijo z vzpostavitvijo dolgotrajnih sodelovalnih odnosov ter z razumevanjem posameznikov kot vključenih v družine. Zdravstveni delavci pa lahko informacije, pridobljene v skupnosti, izkoristijo za pripravo programov, ki bodo obravnavali prav njihove zdravstvene težave in s tem pripomogli k opolnomočenju (Avery et al., 2021). Z omogočanjem skupinskih dejavnosti zdravstveni delavci zagotovijo varen prostor, kjer lahko pacienti aktivno sodelujejo in dobijo priložnost, da postanejo del družbene skupnosti. Skupinske dejavnosti z vidika kroničnih pacientov zagotavljajo priložnosti za druženje s pacienti z istimi zdravstvenimi težavami in s tem za vzpostavitev podpornih odnosov (Baxter et al., 2022). Da je promocija zdravja prednostni cilj in temelj sodobne družbe, v svoji raziskavi poudarjata Povlsen in Borup (2015), saj izpostavita Norveško kot primer dobre prakse pri

opolnomočenju pacientov s KNB. Ustanovitev izobraževalnih in raziskovalnih Inštitutov za javno zdravje in s tem pridobitev izobraženega kadra na področju preprečevanja bolezni je pomemben korak k zmanjševanju javnozdravstvenega bremena teh bolezni. Raziskave (Nutbeam & Lloyd, 2021; Rowlands et al., 2017) s področja javnega zdravja se osredotočajo na dejavnike, ki vplivajo na zdravje celotne populacije, kot tudi na strokovnjake, ki opolnomočajo ljudi za zdrav življenjski slog. Programe izobraževanja in raziskave prilagajajo trenutnim razmeram, v svojih vrstah pa imajo tako magistre kot tudi doktorske strokovnjake, ki skupaj raziskujejo najbolj optimalne programe za izobraževanje zdravstvenega kadra (Povlsen & Borup, 2015).

Vključevanje sodobne tehnologije pri opolnomočenju pacienta bi bilo po ugotovitvah Makić (2020) obetavno dopolnilo, saj je v razviti družbi to neizbežno. V svojem delu se osredotoča na digitalno zdravje, ki se zelo hitro razvija in združuje zdravstvo, medicino in sodobne digitalne tehnologije, ki zdravstvenemu osebju omogočajo učinkovitejše delo ter lažje obvladovanje zdravstvenih težav pacientov. Mobilne aplikacije se lahko nadgrajujejo tako, da lahko pacienti takoj uporabljajo najnovejše tehnologije in informacije, ki jih ponujajo mobilne aplikacije, ki so uporabne za zagotavljanje informacij pacientom ter za povečanje ozaveščenosti o zdravstvenih težavah, ki so povezane z vrednostmi meritev, poleg tega pa so lahko pacienti s pomočjo visokokakovostnih namenskih mobilnih aplikacij bolj vključeni v zdravljenje svoje bolezni. Rezultati raziskave Mucchi idr. (2021) kažejo, da je telemonitoring sistem lahko učinkovit pri izboljšanju kakovosti življenja pacientov s kroničnimi boleznimi, kot so srčno-žilne bolezni, diabetes in kronične obstruktivne pljučne bolezni. Prav tako lahko sistem pomaga zmanjšati obremenitev zdravstvenih delavcev in stroške zdravstvenega sistema, saj lahko pacienti samostojno spremljajo svoje vitalne znake in se odločijo, kdaj je potrebna zdravniška pomoč.

Čisto nasprotje temu sodobnemu pristopu k opolnomočenju pacientov pa opisujejo Amu idr. (2021) v svoji raziskavi, ki so jo opravili v Gani, afriški državi, za katero velja, da se že stoletja bojuje z revščino. Glavni izzivi zdravstvenega varstva so tudi v tej državi usmerjeni v obvladovanje KNB, vendar so intervencije zdravstvenih delavcev za obvladovanje bolezni usmerjene na že obolele in ne toliko na preprečevanje nastanka bolezni. Velik problem predstavlja slaba komunalna oskrba, neustrezna logistika, neizobražen zdravstveni kader ter motivacija za delo s pacienti. Ugotovitve kažejo, da vse to zavira učinkovito obvladovanje KNB. Priporočila raziskovalcev apelirajo predvsem na Ministrstvo za zdravje in vse zdravstvene službe za zagotovitev ustrezne infrastrukture, in večjega števila izobraženega zdravstvenega kadra, s čimer bi lahko začeli izvajati politiko za obvladovanje KNB v Gani. Enak problem izpostavijo tudi Abrahams idr. (2019) z raziskavo, v kateri poudarjajo, da bi se kljub pomanjkljivim finančnim sredstvom opolnomočenje pacientov lahko pričelo z vzpostavitvijo odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti, dobro komunikacijo in zgrajenim zaupanjem. Tudi Anyaoku in Nwosu (2017) opozarjata na potrebo po razvoju organiziranih informacijskih intervencijskih struktur v procesu obvladovanja kroničnih bolezni. Raziskava je bila narejena v Nigeriji, kjer se ugotavlja, da kljub

pomembni vlogi zdravstvenih informacij za uspešno opolnomočenje pacientov država še ni vzpostavila učinkovitega sistema za zbiranje, shranjevanje in razširjanje ustreznih informacij o zdravju. Če želimo doseči boljše zdravje vseh ljudi, moramo poznati breme bolezni v populaciji ter načrtovati, izvajati in ocenjevati javnozdravstvene aktivnosti na podlagi relevantnih podatkov in informacij, dostopnih vsem, ki skrbijo za zdravje ljudi (Shahzad et al., 2019). V zdravstvenih ustanovah ni organizirane infrastrukture za obveščanje pacientov, kot so zdravstveni informacijski centri, in dostopa pacientov do zdravstvenih knjižnic ali interneta (Sasaki et al., 2019). Pacienti, zlasti v zasebnih bolnišnicah, so pasivni prejemniki oskrbe in jim na splošno ni dovoljen dostop do osnovnih zdravstvenih podatkov, potrebnih za razumevanje lastne bolezni (Esmaeilzadeh & Sambasivan, 2017).

Kot metodološke omejitve je treba izpostaviti, da se dosedanje raziskave na temo opolnomočenja pacientov soočajo s problemi razdrobljenega pristopa in nezadostne konceptualizacije, kar povzroča metodološko nedoslednost v teoriji opolnomočenja pacientov in ne zagotavlja ustrezne podlage za predstavitev predpogojev za pridobivanje znanja o svoji bolezni. Vendar pa bi lahko povezovanje teorij upravljanja znanja s teorijami upravljanja javnega zdravja zagotovilo celovit okvir za pomoč pacientom. Le opolnomočen pacient bo imel ustrezno znanje o svoji bolezni in njenih nevarnostih ter bo sposoben sprejemati terapevtske odločitve v svojo korist. Potrebno se je zavedati razlike med učenjem in terapevtsko edukacijo ter razumeti, da pacient ni učenec, ki ga uči učitelj, temveč posameznik, ki se ob učenju sooča s svojo boleznijo. Zato bi bilo koristno sistematično vključiti izobraževanje o opolnomočenju v učni kurikulum zdravstvene nege, s ciljem usposabljanja zdravstvenih delavcev, ki bi bili sposobni nuditi in izboljšati zdravstveno obravnavo pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Nadaljnje raziskave o vplivu opolnomočenja pacientov s KNB bi se morale osredotočiti na delovno zadovoljstvo medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev. Potrebno bi bilo preučiti, kako lahko delo z opolnomočenimi pacienti vpliva na zadovoljstvo zaposlenih s svojim delom, ali lahko prispeva k zmanjšanju stresa pri delu in kako vpliva na kakovost in varnost oskrbe pacientov. Prav tako bi bilo koristno raziskati, kako lahko opolnomočenje pacientov s KNB prispeva k večji učinkovitosti zdravstvenega sistema in zmanjšanju stroškov zdravstvenega varstva.

5 ZAKLJUČEK

Kronične bolezni predstavljajo trajnostni izziv za evropske zdravstvene sisteme, saj se obseg kroničnih bolezni zaradi staranja prebivalstva in povečanja pričakovane življenjske dobe povečuje, kar zahteva večje finančne naložbe in učinkovit odziv na potrebe pacientov. Zdravstveni delavci lahko veliko naredijo pri povezovanju socialnih determinant zdravja in vedenja ljudi za oblikovanje zdravega načina življenja. Zdravstveno-vzgojno delo ima izreden učinek. Pristopi k temu delu so lahko različni, vendar so skupne značilnosti spoštovanje pacientove integritete, poglobljeno strokovno znanje medicinskih sester in upoštevanje

družinskega in socialnega okolja pacienta. Celostni pristop k pacientu je potreben, zato je treba vključiti različne strokovnjake, ki sodelujejo v timskem pristopu, v katerem jih vodi skupni cilj, to je dvig kakovosti življenja pacienta. Dobro zdravje je dragocen vir za posameznike, različne sektorje družbe in družbo kot celoto, zato je pomembno, da politika držav teži k uvedbi novih preventivnih programov za krepitev zdravja in zmanjševanje neenakosti v zdravju. S tem bi ljudem omogočili prevzemanje nadzora nad lastnim zdravjem in dejavniki, ki vplivajo na zdravje, krepijo skupnost in izboljšujejo življenje.

Pri tem ima zagotovo velik pomen tudi gospodarski razvoj posamezne države, saj je iz pregleda literature razvidno, da v državah tretjega sveta (npr. Gana, Nigerija), kjer ni politične podpore, programi krepitve zdravja in zmanjšanja neenakosti ostajajo neizvedeni oziroma se usmerjajo v obvladovanje že zbolelih za KNB ter preventivi ne namenjajo pozornosti, bodisi zaradi slabo izobraženega zdravstvenega kadra bodisi zaradi delovnih pogojev. Po drugi strani pa daje politika držav razvitega sveta prednost strateškemu napredku pri razvoju trajnostnega načrta, ki bi temeljil na razvijanju in vzdrževanju programov za krepitev zdravja, saj razume pomembnost obvladovanja in preprečevanja KNB ter obseg stroškov, povezanih z njihovim zdravljenjem. Glede na različne gospodarske zmožnosti bi države razvitega sveta lahko državam tretjega sveta pomagale na več področjih, kot so, denimo, pomoč pri zagonu gospodarstva in zdravstvenega sistema.

LITERATURA IN VIRI

1. Abrahams, N., Gilson, L., Levitt, N. S., & Dave, J. A. (2019). Factors that influence patient empowerment in inpatient chronic care: early thoughts on a diabetes care intervention in South Africa. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0465-1>
2. Adu, M. D., Malabu, U. H., Malau-Aduli, A. E. O., & Malau-Aduli, B. S. (2019). Enablers and barriers to effective diabetes self-management: A multi-national investigation. *PLoS ONE*, 14(6), e0217771. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217771>
3. Amu, H., Darteh, E. K. M., Tarkang, E. E., & Kumi-Kyereme, A. (2021). Management of chronic non-communicable diseases in Ghana: a qualitative study using the chronic care model. *BMC public health*, 21(1), 1120. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11170-4>
4. Anyaoku, E., & Nwosu, O. (2017). *Extent of Access to Health Information and Sources for Chronic Disease Patients in Tertiary Health Institutions in South East Nigeria: Implications for Libraries Role*. University of Nebraska: Library Philosophy and Practice
5. Aronis, K. N., Edgar, B., Lin, W., Parreiras Martins, M. A., Paasche-Orlow, M. K., & Magnani, J. W. (2017). Health literacy and atrial fibrillation: relevance and future directions for patient-centred care. *European cardiology review*, 12(1), 52–57. <https://doi.org/10.15420/ecr.2017:2:2>
6. Avery, H., Sjögren Forss, K., & Rämgård, M. (2021). Empowering communities with health promotion labs: Result from a CBPR programme in Malmö, Sweden. *Health Promotion International*, 37(1), daab069. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab069>
7. Babnik, K., Štemberger Kolnik, T., & Bratuž, A. (2013). Zdravstvena pismenost: stanje koncepta in nadaljnji razvoj z vključevanjem zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 62–73.

- Retrieved January 21, 2023 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2914>
8. Bailo, L., Guidi, P., Vergani, L., Marton, G., & Pravettoni, G. (2019). The patient perspective: Investigating patient empowerment enablers and barriers within the oncological care process. *Ecancermedicalscience*, 13, 912. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.912>
 9. Baxter, L., Burton, A., & Fancourt, D. (2022). Community and cultural engagement for people with lived experience of mental health conditions: What are the barriers and enablers? *BMC Psychology*, 10(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00775-y>
 10. Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S. ... Pomey, M.-P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
 11. Brice, R. (2021). *CASP CHECKLISTS. CASP - Critical Appraisal Skills Programme*. Retrieved January 21, 2023 from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
 12. Budreviciute, A., Damiati, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G. ... Kodzius, R. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*, 8. Retrieved January 21, 2023 from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574111>
 13. Cardoso Barbosa, H., de Queiroz Oliveira, J. A., Moreira da Costa, J., de Melo Santos, R. P., Gonçalves Miranda, L., de Carvalho Torres, H., ... Parreiras Martins, M. A. (2021). Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: An integrative review of the literature. *Patient education and counseling*, 104(4), 689–702. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.011>
 14. Cerf, M. E. (2021). Healthy lifestyles and noncommunicable diseases: Nutrition, the life-course, and health promotion. *Lifestyle Medicine*, 2(2), e31. <https://doi.org/10.1002/lim2.31>
 15. Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLoS ONE*, 14(8), e0220116. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
 16. Dolinar, Š. (2016). *Proces opolnomočenja bolnika s sladkorno boleznijo skozi oči medicinske sestre* (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
 17. Eskildsen, N. B., Joergensen, C. R., Thomsen, T. G., Ross, L., Dietz, S. M., Groenvold, M. in Johnsen, A. T. (2017). Patient empowerment: a systematic review of questionnaires measuring empowerment in cancer patients. *Acta oncologica*, 56(2), 156–165. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2016.1267402>
 18. Esmailzadeh, P., & Sambasivan, M. (2017). Patients' support for health information exchange: A literature review and classification of key factors. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0436-2>
 19. Galanakis, M., Tsoli, S., & Darviri, C. (2016). The effects of patient empowerment scale in chronic diseases. *Psychology*, 7(11), 1369–1390. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.711138>
 20. Gašparič Pincetić, T. (2019). *Opolnomočenje – pomemben dejavnik za kakovostno obravnavo bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2 v ambulantni družinski medicine* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
 21. Hajat, C., & Stein, E. (2018). The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Preventive Medicine Reports*, 12, 284–293. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.008>
 22. Heggdal, K. (2021). Health Promotion Among Individuals Facing Chronic Illness: The Unique Contribution of the Bodyknowledging Program. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health*

- Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (pp. 209–226). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_16
23. Heumann, M., Röhsch, G., & Hämel, K. (2021). Primary healthcare nurses' involvement in patient and community participation in the context of chronic diseases: An integrative review. *Journal of advanced nursing*, 78(1), 26–47. <https://doi.org/10.1111/jan.14955>
 24. Holman, H. R. (2020). The Relation of the Chronic Disease Epidemic to the Health Care Crisis. *ACR Open Rheumatology*, 2(3), 167–173. <https://doi.org/10.1002/acr2.11114>
 25. Honório, S., Santos, J., Serrano, J., Rocha, J., Petrica, J., Ramalho, A. ... Batista, M. (2021). Lifelong Healthy Habits and Lifestyles. In *Sport Psychology in Sports, Exercise and Physical Activity*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.99195>
 26. Koren, T. (2018). *Vloga medicinskih sester pri opolnomočenju pacientov s kroničnimi obolenji: pregled literature* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
 27. Kovač, M. B. (2021). Kaj je zdrav življenjski slog za posameznika? In M. Krajc in N. Rotovnik Kozjek (Eds.). *Zdrav življenjski slog in rak, XXIX. Seminar In memoriam dr. Dušana Reje, Ljubljana, 21. oktober 2021*, (pp. 79–91). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku in Onkološki inštitut Ljubljana.
 28. Krčovnik, P. (2020). *Opolnomočenje pacienta – pomemben element obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni* (magistrsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
 29. Kregelj, L. (2015). Izkušnja doživljanja kronične bolezni in strategije soočanja z njo. *Družboslovne razprave*, 31(78), 41–59. Retrieved January 21, 2023 from <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-4W4ZIPED>
 30. Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S. ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet. Global Health*, 6, e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
 31. Lin, M. Y., Weng, W. S., Apriliyasari, R. W., Van Truong, P., & Tsai, P. S. (2020). Effects of patient activation intervention on chronic diseases: a meta-analysis. *Journal of nursing research*, 28(5), e116. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000387>
 32. Lönnberg, L., Damberg, M., & Revenäs, Å. (2022). Lifestyle counselling – a long-term commitment based on partnership. *BMC Primary Care*, 23(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01642-w>
 33. Makić, M. (2020). *Uporaba mobilnih aplikacij za opolnomočenje pacientov z arterijsko hipertenzijo za samooskrbo* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
 34. Mora, M. A., Luyckx, K., Sparud-Lundin, C., Peeters, M., Staa, A. van, Sattoe, J., ... Moons, P. (2018). Patient empowerment in young persons with chronic conditions: Psychometric properties of the Gothenburg Young Persons Empowerment Scale (GYPES). *PLOS ONE*, 13(7), e0201007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201007>
 35. Mucchi, L., Jayousi, S., Gant, A., Paoletti, E., & Zoppi, P. (2021). Tele-Monitoring System for Chronic Diseases Management: Requirements and Architecture. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147459>
 36. Ngoatle, C., Hlahla, L. S., Mphasha, M. H., Mothiba, T. M., & Themane, M. J. (2023). Does Health Literacy Have an Impact on Adherence to Diabetes Mellitus Treatment? *Endocrines*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/endocrines4010007>
 37. Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
 38. Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D., & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A

- systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>
39. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), pp. 1-9. doi.org/10.1136/bmj.n71
 40. Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J. C. M. ... Scholte op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 21, 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02050-y>
 41. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia, Wolters Kluwer.
 42. Povlsen, L., & Borup, I. (2015). Health promotion: a developing focus area over the years. *Scandinavian journal of public health*, 43(16), 46–50. <https://doi.org/10.1177/1403494814568595>
 43. Ranieri, J., Guerra, F., Ferri, C., & Di Giacomo, D. (2022). Chronic non-communicable diseases and health awareness of patients: An observational study analysing the health adaptive behaviours through self-care skills. *Journal of Psychiatric Research*, 155, 596–603. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.09.007>
 44. Rihter, I. (2018). *Opolnomočenje pacientov s kronično boleznijo* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
 45. Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpham, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 32(1), 130–138. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav093>
 46. Russo, G., Tartaglione, A., & Cavacece, Y. (2019). Empowering Patients to Co-Create a Sustainable Healthcare Value. *Sustainability*, 11, 1315. <https://doi.org/10.3390/su11051315>
 47. Sapranaševičiūtė-Zabazlajeva, L., Sileikiene, L., Luksiene, D., Tamosiunas, A., Radisauskas, R., Milvidaitė, I., & Bobak, M. (2022). Lifestyle factors and psychological well-being: 10-year follow-up study in Lithuanian urban population. *BMC Public Health*, 22, 1011. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13413-4>
 48. Sasaki, N., Yamaguchi, N., Okumura, A., Yoshida, M., Sugawara, H., & Imanaka, Y. (2019). Does hospital information technology infrastructure promote the implementation of clinical practice guidelines? A multicentre observational study of Japanese hospitals. *BMJ Open*, 9(6), e024700. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024700>
 49. Shahzad, M., Upshur, R., Donnelly, P., Bharmal, A., Wei, X., Feng, P., & Brown, A. D. (2019). A population-based approach to integrated healthcare delivery: A scoping review of clinical care and public health collaboration. *BMC Public Health*, 19(1), 708. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7002-z>
 50. Šulinskaitė, K., Zagurskienė, D., & Blaževičienė, A. (2022). Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: Evidence from a cross-sectional survey. *BMC Primary Care*, 23(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01809-5>
 51. Tajdar, D., Lühmann, D., Fertmann, R., Steinberg, T., van den Bussche, H., Scherer, M., & Schäfer, I. (2021). Low health literacy is associated with higher risk of type 2 diabetes: A cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 510. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10508-2>
 52. Vainauskienė, V., & Vaitkienė, R. (2021). Enablers of Patient Knowledge Empowerment for Self-Management of Chronic Disease: An Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2247. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052247>

53. Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B. ... De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: Insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice*, 22(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>
54. World Health Organization (WHO) (2022). *Noncommunicable diseases*. Retrieved January 21, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
55. Zanobini, P., Lorini, C., Lastrucci, V., Minardi, V., Possenti, V., Masocco, M. ... Bonaccorsi, G. (2021). Health Literacy, Socio-Economic Determinants, and Healthy Behaviours: Results from a Large Representative Sample of Tuscany Region, Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12432. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312432>

POJAVNOST BOLEČINE V SPODNJEM DELU HRBTA IN/ALI BOLEČINE V MEDENIČNEM OBROČU IN ZADOVOLJSTVO S PROGRAMOM VARNA VADBA V NOSEČNOSTI

INCIDENCE OF LOWER BACK PAIN AND/OR PELVIC GIRDLE PAIN AND SATISFACTION WITH THE SAFE EXERCISE PROGRAM IN PREGNANCY

Breda Kordež, mag. kin.
doc. dr. Žiga Kozinc, mag. kin.
dr. Marina Dobnik, prof. šp. vzg.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za kineziologijo
bredakor@gmail.com

POVZETEK

Uvod: Bolečina v spodnjem delu hrbta (BSH) in bolečina v medeničnem obroču (BMO) prizadeneta večino nosečnic vsaj enkrat v času nosečnosti. Namen raziskave je bil ugotoviti pojavnost BSH in/ali BMO v nosečnosti, nivo doseganja priporočil o redni telesni aktivnosti med nosečnostjo ter povezanost med količino in tipom telesne aktivnosti ter pojavom BSH in/ali BMO. Namen je bil tudi ugotoviti stopnjo seznanjenosti in zadovoljstva s programom Varna vadba v nosečnosti v Centrih za krepitev zdravja.

Metode: Zajeli smo dve skupini preiskovank, in sicer skupino, ki je obiskovala program Varna vadba v nosečnosti ($n = 48$), in skupino, ki je obiskovala vadbo drugje ($n = 18$ organizirana vadba v društvih, klubih in $n = 80$ vadba doma). Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je zajemal sklope o splošnem stanju in počutju, telesni aktivnosti pred in med nosečnostjo, zadovoljstvu z vadbo ter o pojavnosti in vplivu BSH ter BMO na funkcionalne in gibalne sposobnosti.

Rezultati: Večina preiskovank (76 %) ima v nosečnosti prisotno BSH in/ali BMO ne glede na lokacijo ali tip vadbe. Večina preiskovank ni bila seznanjena s programom Varna vadba v nosečnosti. Udeleženske programa so bile večinoma na splošno zadovoljne.

Diskusija in zaključek: Pojavnost BSH in/ali BMO v nosečnosti je visoka, ne glede na lokacijo ali tip vadbe. Redna telesna aktivnost lahko, poleg mnogih pozitivnih učinkov na kakovost življenja, pripomore k zmanjšanju pojavnosti BSH in/ali BMO v nosečnosti.

Ključne besede: nosečnost, vadba, bolečina v spodnjem delu hrbta, bolečina v medeničnem obroču, Center za krepitev zdravja

ABSTRACT

Introduction: Low back pain (LBP) and pelvic girdle pain (PGP) affect most pregnant women at least once during pregnancy. The purpose of the research was to examine the prevalence of

LBP and/or PGP during pregnancy, to determine the level of meeting the recommendations on physical activity during pregnancy, and the relationship between the amount and type of physical activity and the occurrence of LBP and PGP. The aim was also to determine the awareness of and satisfaction with the Safe Exercise in Pregnancy program in Health Promotion Centers.

Methods: *We included two groups of subjects, namely the group that attended the Safe Exercise in Pregnancy program (n = 48) and the group that attended exercise elsewhere (n = 18 organized exercise in clubs etc. and n = 80 home based exercise). We used a questionnaire that included sections on general condition and well-being, physical activity before and during pregnancy, satisfaction with exercise, and the incidence and impact of LBP and PGP on functional and movement abilities.*

Results: *It was established that most of the subjects (76 %) during pregnancy have BSH and/or BMO, regardless of the location or type of exercise. Most of the subjects were not familiar with the Safe Exercise in Pregnancy program. The participants of the program were mostly satisfied.*

Discussion: *The incidence of LBP and/or PGP is high in pregnancy, regardless of location or type of exercise. Regular physical activity can also help to reduce the incidence of LBP and/or PGP in pregnancy, in addition to many positive effects on the quality of life.*

Keywords: *pregnancy, exercise, lower back pain, pelvic girdle pain, health promotion center*

1 UVOD

Nosečnost je obdobje mnogoterih telesnih sprememb, ko morajo vsi sistemi v telesu delovati sinhrono, da lahko zagotavljajo ustrezen razvoj ploda. Takoj po oploditvi se začnejo dogajati prilagoditve telesa na nosečnost, in sicer na nivoju hormonskega sistema, maternice, telesne mase, srčno-žilnega in dihalnega, prebavnega in presnovnega sistema, kot tudi mišično-skeletnega sistema (Deans, 2006). Na nivoju mišično-skeletnega sistema hormon relaksin vpliva na zrahljanje sklepov, sklepnih ovojnic in ohlapnost vezi, predvsem v področju medenice. Z rastjo maternice in povečanjem telesne mase se težišče telesa pomakne anteriorno, kar se odraža tudi v spremenjeni telesni drži nosečnice (Ogrizek Pelkič, 2016). Povečajo se vratna, prsna in ledvena krivina. Z nagibom nazaj nosečnica ohranja ravnotežje. Glava in ramena se pomaknejo naprej, posledično pride do raztegnjenega položaja zgornjih hrbtnih mišic in skrajšanega položaja prsnih mišic. Z anteriornim nagibom medenice se poveča ledvena krivina, kar se z rastjo trebuha odraža v skrajšanju spodnjih hrbtnih mišic in raztegu trebušnih mišic. Slednje se z napredovanjem nosečnosti odraža v razmiku preme trebušne mišice. Spremembe v stabilnosti medenice se odražajo tudi v kolčnem sklepu, kjer pride do prerazporeditve teže in povečane aktivacije mišic iztegovalk in odmikalk kolka. Povečana je tudi aktivacija plantarnih upogibalk gležnja, za preprečevanje padca naprej. Zniža se stopalni lok, kar se neposredno prenaša na koleno in odraža v hiperekstenziji mišic kolena. Bipedalna drža je v nosečnosti močno destabilizirana, kar se odraža tudi v parametrih hoje. Povečana je aktivacija mišic upogibalk in iztegovalk kolka ter plantarnih upogibalk stopala, ki pomagajo ohranjati normalno

dolžino koraka, kadenco in položaj sklepov (Segal & Chu, 2015). Prekomerna aktivacija teh mišičnih skupin prispeva k razvoju bolečine v spodnjem delu hrbta (BSH) in bolečine v medeničnem obroču (BMO), vodi pa tudi k mišičnim krčem v mečnih mišicah in drugim poškodbam zaradi preobremenitve spodnjih okončin med nosečnostjo (Foti, Davids & Bagley, 2000).

Spremembe mišično-skeletnega sistema se pogosto odražajo v različnih težavah, od katerih sta najpogostejši BSH in BMO. Za razlikovanje med stanji je potrebna natančna anamneza, katere pomemben del predstavljajo vprašalniki ter različni provokacijski bolečinski testi (Bhardwaj & Nagandla, 2014; Casagrande, Gugala, Clark & Lindsey, 2015; Vermani, Mittal & Weeks, 2010; Vleeming, Albert, Östgaard, Sturesson & Stuge, 2008).

Z nosečnostjo povezana BSH je opredeljena kot bolečina v ledvenem delu hrbtenice, v predelu pod spodnjim rebrnim lokom in nad križnico, ki lahko izžareva v spodnje okončine, vključno s stopali. Pogosto se pojavi že pred nosečnostjo (Vleeming et al., 2008). Bolečina je stalna, pogosto topa, poslabša se pri upogibu trupa. Težav pri hoji in stoji pogosto ni. Prisotna je občutljivost pri palpaciji ledvenih mišic in zmanjšan obseg gibanja ledvenega dela. Natančen vzrok nastanka ni znan, pogosto je posledica mehanskih obremenitev ali patoloških sprememb v ledvenem delu. Provokacijski bolečinski testi medenice so negativni (Casagrande et al., 2015). Z nosečnostjo povezana BMO se običajno prvič pojavi med nosečnostjo in obsega predel med zadnjim delom črevničnega grebena in zadnjično gubo, v bližini enega ali obeh sakroiliakalnih sklepov, občasno seva tudi v zadnji del stegna. Pojavi se lahko tudi bolečina v simfizi, z možnim sevanjem v sprednji del stegna (Vleeming et al., 2008). Bolečina je občasna, povzroči jo lahko dolgotrajna statična drža. Običajno se pojavi v 30 minutah opravljanja dnevnih aktivnosti, kot so hoja, sedenje ali stoja. Prisotna je občutljivost pri palpaciji nad sakroiliakalnim sklepom in glutealnim mišičjem. Obseg gibanja ledvenega dela hrbtenice ostaja normalen. Provokacijski bolečinski testi medenice so pozitivni (Casagrande et al., 2015).

Načela predpisovanja vadbe v nosečnosti se ne razlikujejo bistveno od tistih za splošno populacijo. Vadbeni program je potrebno načrtovati tako, da vodi do končnega cilja izvajanja zmerno-intenzivne vadbe vsaj od 20 do 30 minut na dan večino ali vse dni v tednu, ter ga prilagoditi potrebam nosečnice (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020). Redna telesna aktivnost (TA) ima mnoge pozitivne vplive na kvaliteto življenja nosečnice, potek nosečnosti in razvoj ploda. Ustrezni vadbeni pristopi imajo pomembno vlogo pri zmanjšanju stopnje bolečine, pa tudi izboljšanju mobilnosti in delovne učinkovitosti (Davenport et al., 2019; Vleeming et al., 2008).

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) je razvil Varno vadbo v nosečnosti, program vodene vadbe, namenjene nosečnicam, ki se izvaja v integriranih Centrih za krepitev zdravja (CKZ) (Drglin, Pucelj & Dakskobler, 2022). Glavni namen programa Varna vadba v nosečnosti je ozaveščanje nosečnic o pomenu TA v nosečnosti in njenih pozitivnih vplivih na zdravje bodoče

mamice in ploda. Vadba se izvaja dvakrat na teden po 60 minut z 20-imi nosečnicami na skupino, pod strokovnim vodstvom fizioterapevta/kineziologa (Drglin et al., 2022).

Namen naše raziskave je bil preučiti pogostost pojava z nosečnostjo povezane BSH in BMO in posledične omejitve v vsakodnevem funkcioniranju nosečnic ter vpliv na kvaliteto življenja.

Zastavili smo šest hipotez:

- H1: Večina nosečnic (60 %) ima prisotno BSH in/ali BMO.
- H2: Pojavnost BSH in/ali BMO bo pri nosečnicah, ki so obiskovale Varno vadbo v sklopu CKZ, manjša v primerjavi z nosečnicami, ki Varne vadbe niso obiskovale.
- H3: Večina nosečnic (80 %) ni zadostno telesno aktivnih med nosečnostjo.
- H4: Pojavnost BSH in/ali BMO je statistično značilno višja pri nezadostno telesno aktivnih nosečnicah kot pri zadostno telesno aktivnih.
- H5: Večina nosečnic (50 %) ni seznanjena s programom Varna vadba v nosečnosti v sklopu CKZ.
- H6: Večina nosečnic (90 %) je zadovoljna s programom Varna vadba v nosečnosti v sklopu CKZ (Drglin et al., 2021).

2 METODE

Del vzorca smo pridobili preko CKZ-jev (udeležinke programa Varna vadba v nosečnosti). Drugi del vzorca smo pridobili izven CKZ-jev, preko družbenih omrežij in organizacij, ki izvajajo vadbo v nosečnosti, in tako zajeli tudi tiste, ki se niso udeležile programa Varna vadba v nosečnosti. Vprašalnik je ustrezno izpolnilo 269 preiskovank. Od tega jih je 48 obiskovalo program Varne vadbe v nosečnosti, 18 jih je obiskovalo organizirano vadbo v društvih, klubih ipd., 80 pa jih je vadilo doma.

Vprašalnik smo oblikovali v elektronski aplikaciji 1KA. Za namen raziskave smo združili štiri vprašalnike:

- Varna vadba v nosečnosti – Presejalni vprašalnik o zdravju nosečnic (Drglin et al., 2021),
- Varna vadba v nosečnosti – Vprašalnik o zadovoljstvu nosečnice na vadbi (Drglin et al., 2021),
- Oswestryjev vprašalnik za ugotavljanje vpliva bolečine v hrbtenici na funkcionalne in gibalne sposobnosti odraslih (Klemenc Ketiš, 2011),
- modificirani Roland-Morrisov vprašalnik za ocenjevanje zmanjšane zmožnosti (Hlebš in Kirevski, 2005).

Statistične analize smo opravili s pomočjo spletnega orodja 1KA in programa SPSS (različica 25.0, IBM, Armonk, ZDA). Opisna statistika je predstavljena kot povprečje in standardni odkloni ali kot frekvenčna distribucija, glede na tipe spremenljivk. Povezave med pojavnostjo BSH in

BMO in drugimi spremenljivkami smo vrednotili s Pearsonovim χ^2 testom neodvisnosti. Statistično značilne rezultate smo sprejeli pri stopnji zaupanja $\alpha < 0,05$.

3 REZULTATI

Večinski delež (80 %) vseh preiskovank ima prisotno BSH in/ali BMO, pri čemer jih je 45 % poročalo o pojavu kombinacije BSH in BMO.

Izmed vseh preiskovank ($n = 227$) jih je največ ($n = 81$) poročalo, da med nosečnostjo ne vadijo. Izmed tistih, ki so telesno aktivne, jih je največ ($n = 80$) poročalo, da vadijo doma. Sledijo nosečnice ($n = 48$), ki so obiskovale program Varne vadbe v CKZ. Najmanj ($n = 18$) jih je poročalo, da obiskujejo organizirano vadbo v društvih ali klubih. O BSH in/ali BMO je poročal večinski delež vseh preiskovank (76 %), ne glede na lokacijo oziroma tip vadbe. Med različnimi lokacijami oziroma tipi vadbe ni bilo statistično značilnih razlik v pojavnosti BSH in/ali BMO ($\chi^2(1, N = 139) = 0,4319$; $p = 0,805$). Največji delež preiskovank, ki vadijo (33 %), in tistih, ki ne vadijo (42 %), je poročal o pojavu kombinacije BSH in BMO. O odsotnosti BSH in/ali BMO je poročalo 8 % več preiskovank, ki vadijo, kot tistih, ki ne vadijo. Ni pa bilo statistično značilnih razlik v deležu preiskovank z BSH in/ali BMO glede na to, ali preiskovanke vadijo ali ne ($\chi^2(1, N = 218) = 2,7609$; $p = 0,430$).

Pred nosečnostjo je kar 57 % preiskovank dosegalo priporočila o redni TA, med nosečnostjo pa je to veljalo za 52 % preiskovank. Večinski delež (71 %) preiskovank, ki je pred nosečnostjo dosegal priporočila o redni TA, jih je dosegal tudi med nosečnostjo. Rezultati kažejo na statistično značilno povezavo med doseganjem priporočil o redni vadbi pred in med nosečnostjo ($\chi^2(1, N = 224) = 65,0258$; $p = 0,00$).

Pojavnost BSH in/ali BMO je bila za 8 % višja pri preiskovankah, ki so dosegale priporočila o redni TA pred nosečnostjo. O odsotnosti je poročalo 42 % več preiskovank, ki so dosegale priporočila pred nosečnostjo. Zaznana je bila statistično značilna razlika v pojavnosti BSH in/ali BMO med skupino, ki je pred nosečnostjo dosegala priporočila, in skupino, ki priporočil ni dosegala ($\chi^2(1, N = 217) = 4,2414$; $p = 0,039$). Pojavnost BSH in/ali BMO je bila za 12 % višja pri preiskovankah, ki niso dosegale priporočil o redni TA med nosečnostjo. O odsotnosti je poročalo 24 % več preiskovank, ki so dosegale priporočila med nosečnostjo. Zaznana je bila statistično značilna razlika v pojavnosti BSH in/ali BMO med skupino, ki je med nosečnostjo dosegala priporočila, in skupino, ki priporočil ni dosegala ($\chi^2(1, N = 217) = 4,6492$; $p = 0,031$).

Večina preiskovank (58 %) ni bila seznanjena s programom Varne vadbe v nosečnosti, ki se izvaja v CKZ. Izmed vseh preiskovank se je programa udeležil le majhen delež (21 %). Večinski delež preiskovank (96 %) je bil na splošno zadovoljen z vadbo in poročal, da je bila vadba ravno prav dolga (98 %) in ravno prav intenzivna (74 %). Največji delež preiskovank je poročal, da je

bil prostor, kjer se je vadba izvajala, prostoren oziroma dovolj velik (49 %) in primerno prezračen (37 %).

4 RAZPRAVA

Večina vseh preiskovank (80 %) je imela v nosečnosti prisotno BSH in/ali BMO. Posledično **H1 potrdimo**. Rezultati so nakazovali nižjo pojavnost BSH in/ali BMO pri preiskovankah, ki so obiskovale program Varna vadba v nosečnosti (32 %), kot pri tistih, ki so vadile doma (57 %). Vendar je bila pojavnost višja kot pri tistih, ki so obiskovale organizirano vadbo v društvih, klubih ipd. (11 %). Posledično **H2 ne potrdimo**. Tudi **H3 ne potrdimo**, saj večina preiskovank (52 %) med nosečnostjo res ni bila zadostno telesno aktivna, vendar ne v predvidenem deležu (80 %). Pojavnost BSH in/ali BMO je bila za 8 % višja pri zadostno telesno aktivnih nosečnicah pred nosečnostjo in za 12 % višja pri nezadostno telesno aktivnih nosečnicah med nosečnostjo. Posledično **H4 ne potrdimo**. Večina preiskovank (58 %) ni bila seznanjena s programom Varna vadba v nosečnosti. Večina preiskovank (96 %), ki so se programa udeležile, je bila z njim zadovoljna. Posledično **H5 in H6 potrdimo**.

Pogostost pojava BSH in/ali BMO v nosečnosti je visoka, med 70 % in 86 % (Berber & Satılmış, 2020; Gutke, Boissonault, Brook & Stuge, 2018; Weis et al., 2018). Do razlik prihaja pri poročani pogostosti pojava ločenih skupin (BSH, BMO, BSH in BMO), ki variira med študijami (Berber & Satılmış, 2020; Gutke et al., 2018; Weis et al., 2018). Vzrok za to so lahko razlike v življenjskem slogu, nivoju TA, kulturnih navadah in načinu prilagajanja oziroma izogibanja dejavnostim, ki povzročajo bolečino. Nadalje lahko različne izsledke študij pojasnimo z neskladno opredelitvijo in razlikovanjem med BSH in BMO. V raziskavah se pojavljajo različne oblike vadbe, ki se lahko razlikujejo glede na tip, trajanje, intenzivnost, lokacijo izvajanja ipd. Pojavljajo se različna orodja za vrednotenje funkcionalnih izidov, ki so posledica BSH in/ali BMO, kot tudi več različnih definicij za razlikovanje med BSH in BMO (Richards, Van Kessel, Virgara & Harris, 2012; Van Benten, Pool, Mens & Pool-Goudzwaard, 2014). Fizioterapevti in kineziologi, ki izvajajo program Varna vadba v nosečnosti, poročajo, da bi jim koristila dodatna znanja s področja fiziologije in patologij v nosečnosti, kot so razmik preme trebušne mišice ter BSH in BMO (Drglin et al., 2021). Prisotno je pomanjkanje zanesljivega in veljavnega orodja za vrednotenje BSH in/ali BMO. Superiornosti določene vadbe ni mogoče zaznati, prisotni pa so pozitivni učinki vadbe na stopnjo BSH in/ali BMO. Pomembno je dobro razumevanje ozadja BSH in BMO, ki predstavlja osnovo za načrtovanje vadbenih intervencij. Raziskave kažejo trend upada nivoja TA med nosečnostjo v primerjavi z nivojem TA pred nosečnostjo. Upad je prisoten v pogostosti (dni/teden), intenzivnosti (minut/teden) in trajanju (minut/aktivnost) (Amezcu-Prieto et al., 2012). Opazen je tudi trend večjega ukvarjanja z nizko intenzivno TA med nosečnostjo in upad zmerno in visoko intenzivne TA (Hegaard et al., 2010; Padmapriya et al., 2015). Med nosečnostjo je prisotno tudi povečanje sedentarnosti (Hegaard et al., 2010; Padmapriya et al., 2015). Smiselno bi bilo vzpostavljanje strategij za doseganje priporočil o TA pred in med

nosečnostjo. Potrebno bi bilo identificirati dejavnike, povezane s pozitivnimi in negativnimi spremembami v TA med nosečnostjo. Poleg tega bi bilo potrebno redno in ustrezno svetovanje glede pozitivnih vplivov rednega ukvarjanja s TA tako za nosečnice kot tudi za plod in potek poroda. Raziskave kažejo na večjo nezmožnost, višjo stopnjo bolečine, slabši zdravstveni status in hujše posledice na funkcionalne in gibalne sposobnosti v zvezi z BMO, v primerjavi z BSH, v nosečnosti (Gutke, Östgaard & Öberg, 2006; Robinson, Veierød, Mengshoel & Vøllestad, 2010). Raziskave opozarjajo tudi na pomembnost rednega ukvarjanja s TA predvsem pred in tudi med nosečnostjo, saj se to odraža v manjši pojavnosti in stopnji BSH in/ali BMO v nosečnosti (Gjestland, Bø, Owe & Eberhard-Gran, 2013; Mogren, 2005). Razlikovanje med BSH in BMO lahko v veliki meri pripomore k lažšanju simptomov. Splošni koristni učinki redne TA in specifični učinki na sklepe in mišice lahko preprečijo/zmanjšajo stopnjo bolečine in simptome, povezane z BSH in BMO. Program Varna vadba v nosečnosti predstavlja priložnost za vključevanje v vadbo, kjer se nosečnice naučijo pravilnega izvajanja vaj, dvigovanja bremen, primerne prehajanja med položaji, pomena vadbe mišic medeničnega dna, kot tudi priprave na porod. Smiselno bi bilo povečano ozaveščanje o obstoju in izvajanju programa, za zagotavljanje čim večje vključenosti nosečnic. S tem bi lahko v veliki meri pripomogli k dvigu nivoja TA ter preprečili ali omejili negativne vplive na funkcionalne in gibalne sposobnosti nosečnic.

5 ZAKLJUČEK

Pojavnost BSH in/ali BMO je visoka, ne glede na lokacijo ali tip vadbe. Redna TA lahko, poleg mnogih pozitivnih učinkov na kvaliteto življenja, pripomore k zmanjšanju pojavnosti BSH in/ali BMO. V nadaljnjih študijah bi bilo potrebno oblikovati ustrezno, zanesljivo in veljavno orodje za vrednotenje BSH in/ali BMO, kot tudi za ločevanje med posameznimi tipi bolečine. Poleg tega je potrebno strokovnjake, kot so fizioterapevti in kineziologi, spodbuditi k uporabi objektivnih in subjektivnih orodij za doseganje kar se da natančnih anamnez stanja nosečnic. Izvajalci vadbenih programov bi morali stremeti tudi k poglobljenemu razumevanju najpogostejših patologij v nosečnosti, ki med drugim vključujejo tudi BSH in/ali BMO. Program Varna vadba v nosečnosti, ki je na voljo vsem nosečnicam in se izvaja pod vodstvom fizioterapevtov/kineziologov, ima velik potencial za doseganje ustreznih in strokovnih ocen stanja nosečnic, kot tudi za načrtovanje prilagojenih vadbenih programov ob pojavu BSH in/ali BMO v nosečnosti.

LITERATURA IN VIRI

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Physical Activity and Exercise during Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics and Gynecology*, 135(4), E178–E188.

2. Amezcua-Prieto, C., Olmedo-Requena, R., Jiménez-Mejías, E., Hurtado-Sánchez, F., Mozas-Moreno, J., Lardelli-Claret, P. & Jiménez-Moleón, J. J. (2012). Changes in Leisure Time Physical Activity During Pregnancy Compared to the Prior Year. *Maternal and Child Health Journal* 2012 17:4, 17(4), 632–638.
3. Berber, M. A. & Satılmış, İ. G. (2020). Characteristics of Low Back Pain in Pregnancy, Risk Factors, and Its Effects on Quality of Life. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(6), 579–586.
4. Bhardwaj, A. & Nagandla, K. (2014). Musculoskeletal symptoms and orthopaedic complications in pregnancy: pathophysiology, diagnostic approaches and modern management. *Postgraduate medical journal*, 90(1066), 450–460.
5. Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. M. & Lindsey, R. W. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549.
6. Davenport, M. H., Marchand, A. A., Mottola, M. F., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., ... Ruchat, S. M. (2019). Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 53(2), 90–98.
7. Deans, A. (2006). *Vse o nosečnosti in porodu*. Izola: Meander.
8. Drglin, Z., Pucelj, V. & Dakskobler, M. (2022). *Vzgoja za zdravje za bodoče starše in starše dojenčkov: Varna vadba v nosečnosti – izvedbeni in vsebinski vidiki programa*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
9. Drglin, Z., Pucelj, V., Dakskobler, M., Broder, M., Frigelj, N., Križman Vezočnik, T., ... Čeplak, M. (2021). *Razvoj sodobne vzgoje za zdravje za bodoče starše in starše dojenčkov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
10. Foti, T., Davids, J. & Bagley, A. (2000). A biomechanical analysis of gait during pregnancy. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 82(5), 625.
11. Gjestland, K., Bø, K., Owe, K. M. & Eberhard-Gran, M. (2013). Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. *British journal of sports medicine*, 47(8), 515–520.
12. Gutke, A., Boissonnault, J., Brook, G. & Stuge, B. (2018). The Severity and Impact of Pelvic Girdle Pain and Low-Back Pain in Pregnancy: A Multinational Study. *Journal of women's health (2002)*, 27(4), 510–517.
13. Gutke, A., Östgaard, H. C. & Öberg, B. (2006). Pelvic girdle pain and lumbar pain in pregnancy: a cohort study of the consequences in terms of health and functioning. *Spine*, 31(5).
14. Hegaard, H. K., Damm, P., Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Ottesen, B., Dykes, A. K. & Kjaergaard, H. (2010). Sports and Leisure Time Physical Activity During Pregnancy in Nulliparous Women. *Maternal and Child Health Journal* 2010 15:6, 15(6), 806–813.
15. Hlebš, S. & Kirevski, M. (2005). Zanesljivost dveh v slovenski jezik prevedenih vprašalnikov o bolečini v križu. *Zdravniški vestni*, 74(3).
16. Klemenc Ketiš, Z. (2011). Disability in patients with chronic non-specific low back pain : validation of the Slovene version of the Oswestry disability index. *Zdravstveno varstvo*, 50(2), 79–94.
17. Mogren, I. M. (2005). Previous physical activity decreases the risk of low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 300–306.
18. Ogrizek Pelkič, K. (2016). Anatomске in fiziološke spremembe v nosečnosti. V I. Takač in K. Geršak (ur.), *Ginekologija in perinatologija* (str. 402–411). Maribor: Medicinska fakulteta.
19. Padmapriya, N., Shen, L., Soh, S. E., Shen, Z., Kwek, K., Godfrey, K. M., ... Müller-Riemenschneider,

- F. (2015). Physical Activity and Sedentary Behavior Patterns Before and During Pregnancy in a Multi-ethnic Sample of Asian Women in Singapore. *Maternal and Child Health Journal* 2015 19:11, 19(11), 2523–2535.
20. Richards, E., Van Kessel, G., Virgara, R. & Harris, P. (2012). Does antenatal physical therapy for pregnant women with low back pain or pelvic pain improve functional outcomes? A systematic review. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 91(9), 1038–1045.
21. Robinson, H. S., Veierød, M. B., Mengshoel, A. M. & Vøllestad, N. K. (2010). Pelvic girdle pain--associations between risk factors in early pregnancy and disability or pain intensity in late pregnancy: a prospective cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*, 11.
22. Segal, N. A. & Chu, S. R. (2015). Musculoskeletal Anatomic, Gait, and Balance Changes in Pregnancy and Risk for Falls. V *Musculoskeletal Health in Pregnancy and Postpartum* (str. 1–18). Springer International Publishing.
23. Van Benten, E., Pool, J., Mens, J. & Pool-Goudzwaard, A. (2014). Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 44(7), 464–473.
24. Vermani, E., Mittal, R. & Weeks, A. (2010). Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*, 10(1), 60–71.
25. Vleeming, A., Albert, H. B., Östgaard, H. C., Stuessen, B. & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794.
26. Weis, C. A., Barrett, J., Tavares, P., Draper, C., Ngo, K., Leung, J., ... Landsman, V. (2018). Prevalence of Low Back Pain, Pelvic Girdle Pain, and Combination Pain in a Pregnant Ontario Population. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 40(8), 1038–1043.

**PRIMERJAVA VPLIVOV EKSCENTRIČNE VADBE IN TRADICIONALNE VADBE
PROTI UPORU NA MIŠIČNO ZMOGLJIVOST, TELESNO SESTAVO IN GIBALNO
FUNKCIJO PRI STAREJŠIH ODRASLIH: SISTEMATIČEN PREGLED Z META-
ANALIZO**

**THE EFFECT OF ECCENTRIC VS. TRADITIONAL RESISTANCE EXERCISE ON
MUSCLE STRENGTH, BODY COMPOSITION, AND FUNCTIONAL
PERFORMANCE IN OLDER ADULTS: A SYSTEMATIC REVIEW WITH META-
ANALYSIS**

Klemen Čretnik, dipl. kin.

doc. dr. Žiga Kozinc, mag. kin.

prof. dr. Nejc Šarabon, dipl. fiziot., prof. šp. vzg.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za kineziologijo

klemen.cretnik@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: *Primarni namen naše zaključne naloge je bil preučiti vpliv ekscentrične vadbe (ECC) v primerjavi s tradicionalno ali koncentrično vadbo (CON) na mišično jakost, telesno sestavo in funkcionalno zmogljivost pri starejših odraslih.*

Metode: *Pregledali smo tri glavne baze podatkov znanstvene literature (PubMed, Scopus in Web of Science) ter v metaanalizo vključili 19 študij. Razliko med ECC in CON smo izrazili kot standardizirano povprečno razliko (SPR).*

Rezultati: *Glede izometrične jakosti mišic kolena je bil skupni učinek v prid ECC (SPR = 0,50), vendar ni bil statistično značilen ($p = 0,160$). ECC vadba je povzročila večje izboljšanje pri testu »Vstani in pojdi« (SPR = -0,68; $p = 0,004$), 2-minutnem testu stopanja na mestu (SPR = 0,53; $p = 0,030$) in 30-sekundnem testu usedanja in vstajanja (SPR = 0,81; $p = 0,002$), ne pa tudi pri 6-minutnem testu hoje (SPR = 0,01; $p = 0,960$). Učinki na telesno sestavo in arhitekturo mišic so bili nejasni (SPR = -1,44 do 1,95; $p = 0,060-0,689$).*

Diskusija in zaključek: *Naš pregled literature kaže, da je vadba ECC boljša ali vsaj enako dobra kot vadba CON za ohranjanje zdravja in gibalne zmogljivosti pri starejših odraslih. Sekundarni namen naše naloge je bil preučiti in povzeti znanstveno literaturo na področju vadbe proti uporju za starejše ter podati z dokazi podprta priporočila za vadbo proti uporju za starejše odrasle.*

Ključne besede: *ekscentrična vadba, telesna sestava, telesna zmogljivost, vadba za starejše.*

ABSTRACT

Introduction: The primary purpose of our study was to examine the impact of eccentric exercise (ECC) versus traditional or concentric exercise (CON) on muscle strength, body composition, and functional performance in older adults.

Methods: We reviewed the three main databases of scientific literature (PubMed, Scopus and Web of Science), and included 19 studies in the meta-analysis. The difference between ECC and CON was expressed as the standardized mean difference (SMD).

Results: Regarding the isometric strength of the knee muscles, the overall effect was in favor of ECC (SMD = 0.50), but was not statistically significant ($p = 0.160$). ECC training resulted in a greater improvement in the Get Up and Go Test (SMD = -0.68; $p = 0.004$), the 2-min standing step test (SMD = 0.53; $p = 0.030$) and the 30-s sit-up test and standing up (SMD = 0.81; $p = 0.002$), but not in the 6-minute walk test (SMD = 0.01; $p = 0.960$). Effects on body composition and muscle architecture were unclear (SMD = -1.44 to 1.95; $p = 0.060-0.689$).

Discussion and conclusion: Our review of the literature suggests that ECC exercise is superior to, or at least equal to, CON exercise for maintaining health and exercise capacity in older adults. A secondary purpose of our paper was to review and summarize the scientific literature on resistance exercise for older adults and to provide evidence-based recommendations for resistance exercise for older adults.

Keywords: eccentric exercise, body composition, functional performance, elderly exercise.

1 UVOD

Staranje je kompleksen proces, ki se različno izraža pri posameznikih in je odvisen od genetskih, okoljskih, vedenjskih in demografskih dejavnikov (Fragala idr., 2019). Biološke spremembe, kot so izguba mišične mase, mišične zmogljivosti in gibalne funkcije, spremljajo proces staranja, ki ga včasih dodatno otežijo kronične bolezni (Ben-Shlomo idr., 2016). Tudi pri "zdravem staranju" se fiziološka odpornost zmanjšuje, kar lahko vodi v invalidnost, motnje v gibanju, zmanjšanje neodvisnosti in kakovosti življenja (Beltran-Sanchez idr., 2016).

Sarkopenija je pogosta pri starejših, saj jo lahko zasledimo pri 10 % oseb, starejših od 60 let, in pri kar 50 % oseb, starejših od 80 let (Baumgartner idr., 1998). Izguba mišične mase se začne že po 30. letu starosti, medtem ko se izrazitejši upad mišične mase začne po 60. letu starosti (Goodpaster idr., 2006). Študije kažejo, da je izguba mišične mase bolj izrazita v spodnjih okončinah kot v zgornjih okončinah (Gallagher idr., 1997). Sarkopenija je del vzročne poti, ki vodi v izgubo mišične zmogljivosti, kar lahko pripelje do prezgodnje smrti in telesne prizadetosti (Clark in Manini, 2010). Hitrost upadanja mišične jakosti je od dva- do petkrat hitrejša kot hitrost upadanja mišične mase (Delmonico idr., 2009). Evropska delovna skupina za sarkopenijo v posodobljenih smernicah iz leta 2018 pri starostnikih izpostavlja nizko mišično jakost kot ključno

spremenljivko v diagnostiki sarkopenije (Cruz-Jentoft idr.,2018). Padec mišične moči ima večji vpliv na sposobnost opravljanja vsakodnevnih nalog kot padec mišične jakosti (Baumgartner idr.,1998; Izquierdo idr.,1999). Poleg tega ima nizka stopnja mišične moči povezavo s številnimi negativnimi zdravstvenimi stanji pri starejših, kot so sladkorna bolezen, invalidnost, kognitivni upad, osteoporoza in prezgodnja umrljivost (Alfaro-Acha idr.,2006; Buchman idr.,2007; McGrath idr.,2017; McGrath idr.,2017). Kronično vnetje nizke stopnje je med staranjem močan dejavnik tveganja za obolevnost in umrljivost starejših, saj se s starostjo povezana izguba mišične mase, moči in funkcionalnosti lahko pripiše številnim mehanizmom, vključno z neuporabo in oslabiljeno sintezo beljakovin (Franceschi in Campisi, 2014).

Vadbene intervencije proti uporju so učinkovite pri izboljšanju srčno-žilnega zdravja in preprečevanju sarkopenije, krhkosti in padcev pri starejših (Macaluso in De Vito, 2004; Benichou in Lord, 2016). Pri vadbi je pomembno upoštevati vrsto mišičnega krčenja, saj ima vsaka vrsta specifične učinke na telo (Peake idr.,2005; Raman idr.,2012). Številne študije so pokazale, da ekscentrično usmerjen trening na namenskem ergometru vodi v večje povečanje mišične jakosti in hipertrofije v primerjavi s tradicionalnim treningom proti uporju (LaStayo idr.,2003; Mueller idr.,2009). Ekscentrične kontrakcije so lahko koristne tudi pri vzdržljivostnih vajah, saj lahko povzročijo mišično hipertrofijo pri starejših odraslih (LaStayo idr.,2014). Študije kažejo, da je pri sedentarnih moških v srednjih letih povečanje jakosti neodvisno od tipa krčenja, kadar je intenzivnost vadbe usklajena (Lewis idr.,2018), vendar so ti rezultati omejeni na specifično populacijo. Ekscentrične vaje so primerne za starejše odrasle, saj zmanjšajo tveganje za padce in izboljšajo kakovost življenja (Gault in Willems, 2013).

Ekscentrična vadba se je izkazala za učinkovitejšo pri prilagajanju jakosti in hipertrofiji mišic v primerjavi s tradicionalno vadbo proti uporju (Lindstedt idr.,2001; LaStayo idr.,2003). Študije so poročale o manjši stopnji zaznanega napora pri ekscentrični vadbi v primerjavi s koncentrično vadbo. Kljub temu ima ekscentrična vadba tudi pomanjkljivosti, kot so možnost večjih mikro-poškodb mišice in težave pri izvajanju vaje zaradi varnostnih razlogov (Hody idr.,2013; Jamurtas idr.,2013). Testi funkcionalnih sposobnosti, telesne sestave in motoričnih sposobnosti so lahko uporabni pri ocenjevanju učinkov vadbenih protokolov na starostnike (Buatois idr.,2008). Uspešnost pri funkcionalnih nalogah je lahko povezana z mišično jakostjo in se lahko uporabi za napovedovanje tveganja za pojav ponavljajočih se padcev (Doherty, 2003). Dva nedavna sistematična pregleda literature kažeta, da lahko ekscentrične vaje pri starostnikih izboljšajo funkcionalno zmogljivost enako učinkovito kot tradicionalne vaje (Molinari idr.,2019; Kulkarni idr.,2021). Glede na ugotovljene prednosti in slabosti ekscentrične vadbe je pomembno izvajati raziskave, da bi bolje razumeli njene učinke.

2 METODE DELA

Pregledali smo tri glavne baze znanstvene literature (PubMed, Scopus in Web of Science) z uporabo naslednjega iskalnega niza: (eccentric exercise OR flywheel OR isoinertial exercise OR eccentric training) AND (older adults OR elderly OR elders OR old age OR aging). Strategija iskanja je bila izvedena v treh stopnjah: (1) ocenjevanje ustreznosti člankov na podlagi naslova, (2) ocenjevanje ustreznosti člankov na podlagi izvlečka in (3) ocenjevanje ustreznosti člankov na podlagi celotnega besedila. Na vseh treh stopnjah sta postopke neodvisno izvajala dva pregledovalca.

Merila za vključitev

Merila za vključitev so bila zasnovana v skladu z orodjem PICOS (Methley idr.,2014).

Pridobivanje podatkov

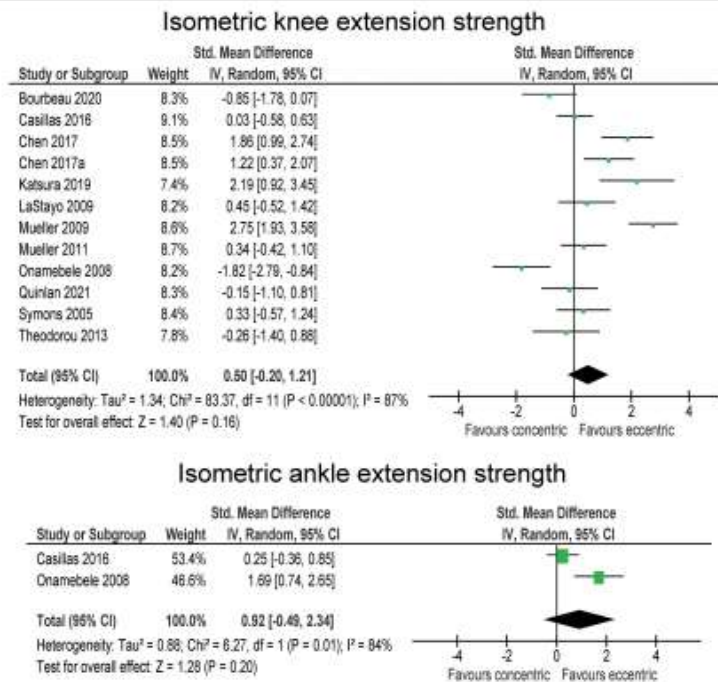
Pridobljeni podatki so vključevali: (a) izhodiščna in postintervencijska povprečja in standardne odklone za vse ustrezne meritve rezultatov za ekscentrično in koncentrično skupino; kadar niso bili na voljo, so se namesto podatkov pred in po intervenciji upoštevale spremembe rezultatov; (b) izhodiščne demografske značilnosti udeležencev (spol, starost, telesna višina, telesna masa, indeks telesne mase); (c) značilnosti intervencije (ciljno področje telesa (zgornji, spodnji del ali celotno telo), trajanje intervencije, število srečanj na teden, obseg (število vaj, sklopov in ponovitev), odmori med vajami in sklopi, nadzor in napredovanje težavnosti vadbe).

Analiza podatkov

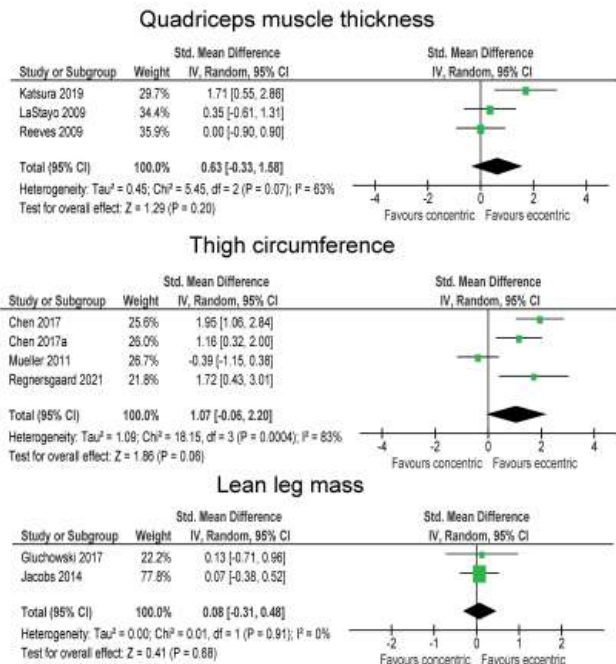
Glavne analize podatkov smo opravili v programu Review Manager (Version 5.3, Copenhagen: The Nordic Cochrane Center, The Cochrane Collaboration, London, UK). Pred vnosom rezultatov v meta-analitični model smo izračunali razlike pred in po raziskavi ter standardne odklone po naslednji formuli $SD = \sqrt{(SD_{2pre}^2 + SD_{2post}^2) - (2 \times r \times SD_{pre} \times SD_{post})}$. Za meta-analizo smo uporabili metodo obratne variance za rezultate v obliki povprečja in standardnega odklona, z modelom naključnih učinkov. Velikost učinka smo izračunali kot standardizirano povprečno razliko (SPR). Prag za statistično značilnost smo določili pri $\alpha \leq 0,05$.

3 REZULTATI

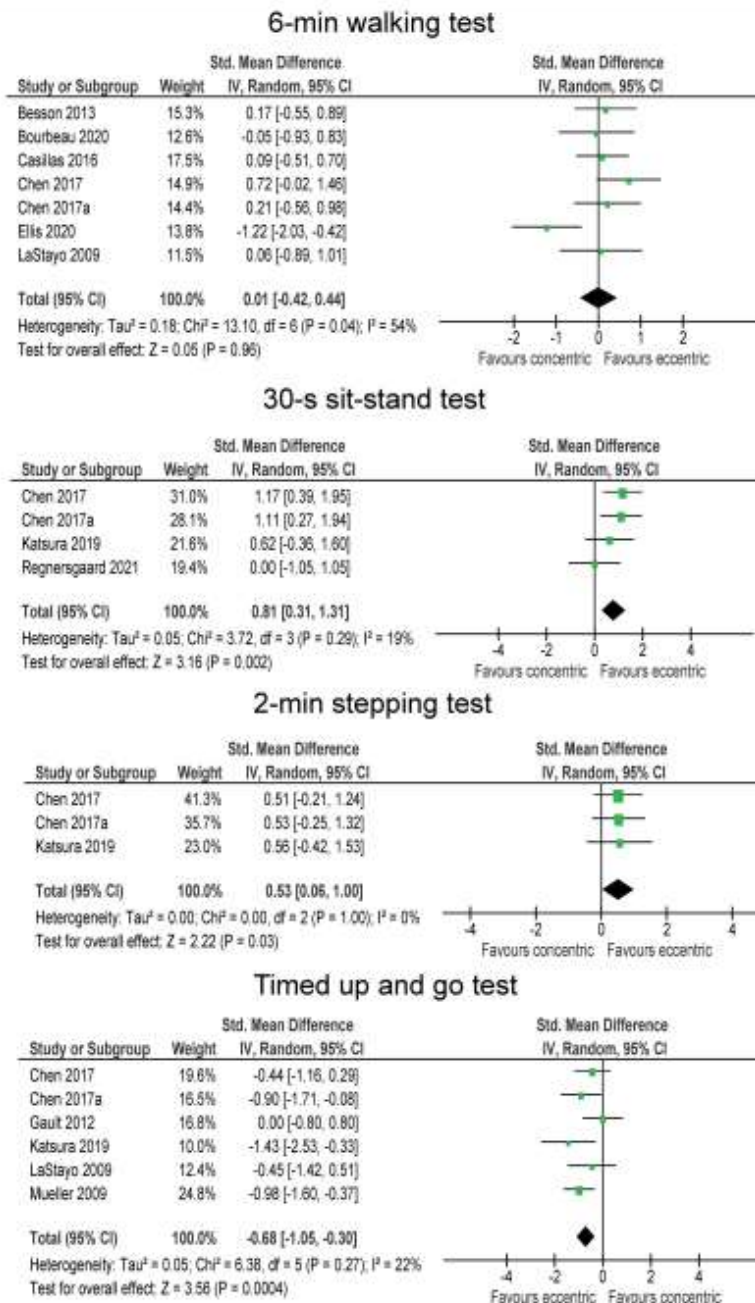
Rezultati naših analiz so predstavljeni na Slikah 1-3.



Slika 1: Vpliv ekscentrične vadbe v primerjavi s tradicionalno vadbo proti uporu na parametre mišične jakosti (zgoraj - izometrična jakost iztegovalk kolena; spodaj - izometrična jakost iztegovalk gležnja)



Slika 2: Vpliv ekscentrične vadbe v primerjavi s tradicionalno vadbo proti uporu na telesno sestavo in mišično zgradbo (zgoraj - debelina štiriglave stegenske mišice; v sredini - obseg stegna; spodaj - pusta masa nog).



Slika 3: Vpliv ekscentrične vadbe v primerjavi s tradicionalno vadbo proti uporju na mobilnost in funkcionalnost (od zgoraj navzdol: 6-min test hoje; 30-s test usedanja in vstajanja; 2-min test stopanja na mestu in test »Vstani in pojdi«)

4 RAZPRAVA

V naši študiji smo preučili učinke ekscentrične vadbe v primerjavi s tradicionalno ali koncentrično vadbo proti uporu pri starejših odraslih. Analizirali smo 18 intervencijskih kliničnih študij, ki so imele vsaj dve intervencijski skupini. Pri mišični jakosti smo ugotovili, da je bil učinek ekscentrične vadbe v prid tej vadbi, vendar razlika ni bila statistično značilna v primerjavi s tradicionalnim uporom ali koncentrično vadbo. Rezultati glede telesne sestave in mišične strukture so bili nejasni, medtem ko smo pri gibljivosti in funkcionalnosti dobili različne rezultate. Ker smo dobili različne rezultate, naših hipotez ne moremo ne potrditi in ne zavrni.

Številne raziskave so preučevale učinek ekscentričnih vaj na funkcionalno zmogljivost in mobilnost pri starejših odraslih. Študije so pokazale, da ima ekscentrična vadba podoben učinek kot tradicionalna vadba z uporom ali koncentrična vadba na 6-minutni test hoje. Vendar pa so po drugi strani nekatere študije ugotovile, da je učinek ekscentrične vadbe na TUGT in 30-sekundni test usedanja in vstajanja boljši v primerjavi s tradicionalno vadbo z uporom ali koncentrično vadbo (Besson idr.,2013; Laroche idr.,2013). Poleg tega so nekatere študije predlagale, da bi vključitev elastičnih komponent v ekscentrično vadbo izboljšala učinkovitost gibanja in prispevala k izboljšanju vseh funkcionalnih testov (LaStayo idr.,1999; Lindstedt idr.,2001). Prilagoditev anaerobnih procesov bi lahko izboljšala izvajanje krajših funkcionalnih testov, kot je 30-s test usedanja in vstajanja. Ekscentrična vadba je manj energijsko zahtevna, kar omogoča dosego večje izhodne moči in zmogljivosti med vadbo, to pa lahko povzroči večje prilagoditve mišične zmogljivosti (Hartman idr.,2007; Hunter idr.,2021). Skupina z ekscentričnim treningom je pokazala boljši učinek na 2-minutni test stopanja v primerjavi s tradicionalno vadbo z uporom ali koncentrično vadbo. Tako ekscentrična vadba kot tradicionalna vadba z uporom sta izboljšali rezultate testa stopanja, vendar je bila skupina z ekscentričnim treningom še učinkovitejša (Chen idr.,2017a,b; Katsura idr.,2019).

Čeprav študije kažejo, da se ekscentrična vadba bolje odreže pri funkcionalni zmogljivosti in mobilnosti, ostajajo neodgovorjena vprašanja. Učinki na maksimalno jakost so podobni pri obeh vrstah vadbe, vendar obstaja trend večjih učinkov pri ekscentrični vadbi. Pri starejših odraslih je sarkopenija pogosta težava, zato je pomembno, da se pri načrtovanju vadbenih protokolov poudari povečanje mišične mase in jakosti (Maltais idr.,2014). Vadba z uporom je učinkovita metoda za preprečevanje in zdravljenje sarkopenije in kroničnih bolezni. Ekscentrična vadba se pri tem lahko izkaže za enako ali celo bolj učinkovito metodo kot tradicionalna vadba proti uporu ali koncentrična vadba (Booth idr.,2012; Pedersen in Saltin, 2015; Ciolac in Rodrigues-da-Silva, 2016).

Ekscentrično kolesarjenje, kadar se izvaja z enako relativno močjo, povzroča manj intenzivne občutke napora in bolečine v mišicah kot koncentrično kolesarjenje, po poročilu Closa in drugih (2021). Vendar pa se je največji hoteni navor podobno zmanjšal po obeh tipih vadbe. Strokovnjaki na področju vadbe morajo biti previdni pri ocenjevanju zaznanega napora pri

ekscentričnih vajah, saj se pri večini udeležencev po ekscentrični vadbi v večji meri zmanjša živčno-mišična zmogljivost (Clos idr.,2021). V literaturi obravnavane intervencije vključujejo bodisi ekscentrične vaje z visoko obremenitvijo bodisi ciklične naloge z nizko obremenitvijo, ki se izvajajo v ekscentričnih pogojih ali s poudarjenim ekscentričnim delom gibanja (hoja navzdol, spuščanje po stopnicah in ekscentrično kolesarjenje). Hoja navzdol je postala učinkovita oblika ekscentrične vadbe za starejše. Če se vadbeni protokol izvaja tam, kjer je na voljo dvigalo ali kakršna koli pomoč, ki udeležencu pomaga pri vzpenjanju, poseg ne zahteva veliko dodatne opreme. Poleg tega sta hoja navzdol in po stopnicah manj presnovno zahtevni kot hoja navzgor, kar nudi še dodatno prednost tovrstne vadbe (Theodorou idr.,2013; Chen idr.,2017b; Regnersgaard idr.,2021).Vprašanje, ali je vadba z izključno ekscentričnimi kontrakcijami bolj učinkovita kot samo poudarjanje ekscentričnega dela pri vadbi, zahteva nadaljnje raziskave. Usklajenost delovne obremenitve med skupinami vadbe je prav tako pomembna, vendar pa več študij ni uporabljalo predpisovanja obremenitve na podlagi % 1RM (Reeves idr.,2009).

Pravilno zasnovana vadba je ključna za zdravo staranje, saj lahko pomaga ohraniti možgansko funkcijo in preprečiti kognitivni upad. Študije so pokazale, da lahko zmerno intenzivna vadba bistveno izboljša kognitivno funkcijo, vključno s spominom, pozornostjo in izvršilnimi funkcijami, preko različnih fizioloških mehanizmov (Chodzko-Zajko idr., 2009), vendar mora trajati vsaj 6-12 mesecev, da je možno opaziti kognitivna izboljšanja (Kirk-Sanchez & McGough, 2013). Za spodbujanje kognitivnih pridobitev med vadbo se priporoča zagotavljanje jasnih navodil in vizualnih znakov, izvajanje velikega števila ponovitev, poznanih vaj, vadba v parih in oblikovanje vadbe tako, da je zanimiva in zabavna (Tari idr., 2008). Programi vadbe proti upor, ki poudarjajo dinamične vaje s koncentričnimi in ekscentričnimi mišičnimi krčenji, vključujočimi glavne mišične skupine zgornjega in spodnjega dela telesa, so še posebej učinkoviti (Garber idr., 2011). Priporočena obremenitev naj bo prilagojena tako, da se dovoli 8-12 ponovitev ali 15-20 ponovitev za izboljšanje vzdržljivosti. Počitek med serijami naj traja približno 2-3 minute, med vadbami pa naj mine vsaj 48-72 ur (Garber idr., 2011).

Pravilno zasnovan program vadbe proti upor lahko izboljša mobilnost, gibalno funkcijo in učinkovitost pri vsakdanjih aktivnostih ter ohranja neodvisnost starostnikov (Ahlqvist, Nyfors in Suhonen, 2016; Hyatt idr.,1990). Za doseganje teh koristi priporočamo 2 do 3 vadbene enote na teden s poudarkom na večjih mišičnih skupinah, trajanje posamezne enote pa naj bo omejeno na 30-60 minut, z vsaj dvema minutama odmora med serijami (Ku idr.,2016; Papa, Dong in Hassan, 2017). Intenzivnost vadbe naj bo prilagojena posamezniku in naj bo postopoma povečana; začnemo pri bremenih, ki predstavljajo približno 50 % 1RM in nato postopoma preidemo na bremena, ki se gibljejo okoli 80 % 1RM (Bray, Smart, Jakobi in Jones, 2016; Papa, Dong in Hassan, 2017).

Pri sarkopeniji se priporoča vadbeni program, ki je sestavljen tako, da starostnikom omogoča dolgotrajno udeležbo v vadbenem procesu. Pogostost vadbe naj bo v povprečju trikrat na teden (2-3 vadbene enote na teden), med vadbenimi enotami naj mine vsaj 48 ur. Glavni del

vadbene enote naj traja vsaj 20 minut in naj ne presega 45 minut. Vadeči intenzivnost počasi dvigujejo na največ 80 % največjega bremena. Treba je poskrbeti za primerno ogrevanje, ki naj traja 10–15 minut, ter za primerno ohlajanje in sproščanje po vadbi. Za izboljšanje stabilnosti se priporoča vadbeni program, ki traja vsaj 4–6 tednov z dvema do tremi vadbenimi enotami na teden. Posamezna vadbena enota naj v glavnem delu vključuje 1–3 serije in 6–12 ponovitev posamezne gibalne naloge z velikimi hitrostmi gibanja (Granacher in Gollhofer 2011).

5 ZAKLJUČEK

Rezultati meta-analize kažejo, da je ekscentrična vadba lahko enako ali celo bolj učinkovita kot tradicionalna vadba proti uporabi pri ohranjanju zdravja in gibljivosti pri starejših odraslih. Najboljši rezultati so bili doseženi pri kratkotrajnih testih mobilnosti, medtem ko so daljši testi pokazali manjše izboljšave. Ekscentrična vadba se je izkazala tudi kot varna za šibke in bolne posameznike, vendar jo je potrebno pravilno načrtovati, prav tako pa jo morajo spremljati strokovnjaki za vadbo. Vadbo proti uporabi je priporočljivo izvajati 2–3 krat na teden, pri čemer med vadbenimi enotami priporočajo vsaj 48-urni premor. Individualizirani in zabavni vadbeni programi so ključni za zagotavljanje dolgoročne udeležbe starostnikov v strukturirani vadbi.

LITERATURA IN VIRI

1. Alfaro-Acha A, Al Snih S, Raji MA, Kuo YF, Markides KS in Ottenbacher KJ (2006). *Handgrip strength and cognitive decline in older Mexican Americans*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 61: 859–865.
2. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, idr. (1998). *Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico*. Am J Epidemiol 147: 755–763.
3. Beltran-Sanchez H, Jimenez MP, Subramanian SV. (2016). *Assessing morbidity compression in two cohorts from the Health and Retirement Study*. J Epidemiol Community Health 70: 1011–1016.
4. Benichou, O., and Lord, S. R. (2016). Rationale for strengthening muscle to prevent falls and fractures: a review of the evidence. *Calcif. Tissue Int.* 98, 531–545. doi: 10.1007/s00223-016-0107-9
5. Ben-Shlomo Y, Cooper R, Kuh D. (2016). *The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing*. International Journal of Epidemiology; 45: 973–988.
6. Buatois, S., Miljkovic, D., Manckoundia, P., Gueguen, R., Vançon, G., Perrin, P., idr. (2008). Five times sit to stand test is a predictor of recurrent falls in healthy community-living subjects aged 65 and older. *J. Am. Geriatr. Soc.* 56, 1575–1577. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01777.x
7. Buchman AS, Wilson RS, Boyle PA, Bienias JL in Bennett DA (2007). *Grip strength and the risk of incident Alzheimer's disease*. Neuroepidemiology 29: 66–73.
8. Clark BC in Manini TM (2010). *Functional consequences of sarcopenia and dynapenia in the elderly*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 13: 271–276.
9. Clos, P., Laroche, D., Stapley, P. J., and Lepers, R. (2019). Neuromuscular and perceptual responses to sub-maximal eccentric cycling. *Front. Physiol.* 10:354. doi: 10.3389/fphys.2019.00354

10. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, idr. (2018). *Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis*. Age Ageing 48: 16–31.
11. Delmonico MJ, Harris TB, Visser M, et al (2009). *Longitudinal study of muscle strength, quality, and adipose tissue infiltration*. Am J Clin Nutr 90: 1579–1585.
12. Doherty, T. J. (2003). Physiology of aging invited review: aging and sarcopenia. J. Appl. Physiol. 95, 1717–1727. doi: 10.1152/jappphysiol.00347.2003
13. Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., in Ryan, E. D. (2019). *Resistance Training for Older Adults*. Journal of Strength and Conditioning Research, 33(8), 2019–2052.
14. Franceschi C in Campisi J (2014). *Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 69(Suppl 1): S4–S9.
15. Gallagher D, Visser M, De Meersman RE, idr. (1997). *Appendicular skeletal muscle mass: Effects of age, gender, and ethnicity*. J Appl Physiol (1985) 83: 229–239.
16. Gault, M. L., and Willems, M. E. T. (2013). Isometric strength and steadiness adaptations of the knee extensor muscles to level and downhill treadmill walking in older adults. Biogerontology 14, 197–208. doi: 10.1007/s10522-013-9423-x
17. Goodpaster BH, Park SW, Harris TB, idr. (2006) *The loss of skeletal muscle strength, mass, and quality in older adults: The health, aging and body composition study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 61: 1059–1064.
18. Hody, S., Rogister, B., Leprince, P., Laglaine, T., and Croisier, J. L. (2013). The susceptibility of the knee extensors to eccentric exercise-induced muscle damage is not affected by leg dominance but by exercise order. Clin. Physiol. Funct. Imaging 33, 373–380. doi: 10.1111/cpf.12040
19. Izquierdo M, Ibanez J, Gorostiaga E, et al (1999). *Maximal strength and power characteristics in isometric and dynamic actions of the upper and lower extremities in middle-aged and older men*. Acta Physiol Scand 167: 57–68.
20. Jamurtas, A. Z., Garyfallopoulou, A., Theodorou, A. A., Zalavras, A., Paschalis, V., Deli, C. K., idr. (2013). A single bout of downhill running transiently increases HOMA-IR without altering adipokine response in healthy adult women. Eur. J. Appl. Physiol. 113, 2925–2932. doi: 10.1007/s00421-013-2717-5
21. Kulkarni, D., Gregory, S., and Evans, M. (2021). Effectiveness of eccentric-biased exercise interventions in reducing the incidence of falls and improving functional performance in older adults: a systematic review. Eur. Geriatr. Med. doi: 10.1007/s41999-021-00571-8. [Epub ahead of print].
22. LaStayo, P. C., Ewy, G. A., Pierotti, D. D., Johns, R. K., and Lindstedt, S. (2003). The positive effects of negative work: increased muscle strength and decreased fall risk in a frail elderly population. J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci. 58, M419–424. doi: 10.1093/gerona/58.5.M419
23. LaStayo, P. C., Ewy, G. A., Pierotti, D. D., Johns, R. K., and Lindstedt, S. (2003). The positive effects of negative work: increased muscle strength and decreased fall risk in a frail elderly population. J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci. 58, M419–424. doi: 10.1093/gerona/58.5.M419
24. LaStayo, P. C., Reich, T. E., Urquhart, M., Hoppeler, H., and Lindstedt, S. L. (1999). Chronic eccentric exercise: improvements in muscle strength can occur with little demand for oxygen. Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. 276, R611–615. doi: 10.1152/ajpregu.1999.276. 2.R611
25. Lewis, M. C., Peoples, G. E., Groeller, H., and Brown, M. A. (2018). Eccentric cycling emphasising a low cardiopulmonary demand increases leg strength equivalent to workload matched concentric cycling in middle age sedentary males. J. Sci. Med. Sport 21, 1238–1243. doi: 10.1016/j.jsams.2018.05.009

26. Lindstedt, S. L., LaStayo, P. C., and Reich, T. E. (2001). When active muscles lengthen: properties and consequences of eccentric contractions. *News Physiol. Sci.* 16, 256–261. doi: 10.1152/physiologyonline.2001.16.6.256
27. Macaluso, A., and De Vito, G. (2004). *Muscle strength, power and adaptations to resistance training in older people.* *Eur. J. Appl. Physiol.* 91, 450–472. doi: 10.1007/s00421-003-0991-3
28. Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R., Moseley, A. M., and Elkins, M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys. Ther.* 83, 713–721. doi: 10.1093/ptj/83.8.713
29. Malbut-Shennan, K., and Young, A. (1999). The physiology of physical performance and training in old age. *Coron. Artery Dis.* 10, 37–42. doi: 10.1097/00019501-199901000-00007
30. McGrath RP, Kraemer WJ, Vincent BM, Hall OT in Peterson MD (2017). *Muscle strength is protective against osteoporosis in an ethnically diverse sample of adults.* *J Strength Cond Res* 31: 2586–2589.
31. McGrath RP, Ottenbacher KJ, Vincent BM, Kraemer WJ in Peterson MD (2017). *Muscle weakness and functional limitations in an ethnically diverse sample of older adults.* *Ethn Health* 26: 1–12.
32. McLean RR, Shardell MD in Alley DE, et al (2014). *Criteria for clinically relevant weakness and low lean mass and their longitudinal association with incident mobility impairment and mortality: The foundation for the National Institutes of Health (FNIH) sarcopenia project.* *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 69: 576–583.
33. Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., and Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv. Res.* 14:579. doi: 10.1186/s12913-014-0579-0
34. Molinari, T., Steffens, T., Roncada, C., Rodrigues, R., and Dias, C. P. (2019). Effects of eccentric-focused versus conventional training on lower limb muscular strength in older adults: a systematic review with meta-analysis. *J. Aging Phys. Act.* 27, 823–830. doi: 10.1123/japa.2018-0294
35. Mueller, M., Breil, F. A., Vogt, M., Steiner, R., Klossner, S., Hoppeler, H., idr. (2009). Different response to eccentric and concentric training in older men and women. *Eur. J. Appl. Physiol.* 107, 145–153. doi: 10.1007/s00421-009-1108-4
36. Peake, J., Nosaka, K., and Suzuki, K. (2005). Characterization of inflammatory responses to eccentric exercise in humans. *Exerc. Immunol. Rev.* 11, 64–85.
37. Peñailillo, L., Blazevich, A., and Nosaka, K. (2014). Energy expenditure and substrate oxidation during and after eccentric cycling. *Eur. J. Appl. Physiol.* 114, 805–814. doi: 10.1007/s00421-013-2816-3
38. Raman, J., MacDermid, J. C., and Grewal, R. (2012). Effectiveness of different methods of resistance exercises in lateral epicondylitis – a systematic review. *J. Hand Ther.* 25, 5–26. doi: 10.1016/j.jht.2011.09.001
39. Viña, J., Rodríguez-Mañas, L., Salvador-Pascual, A., Tarazona-Santabalbina, F. J., and Gomez-Cabrera, M. C. (2016). Exercise: the lifelong supplement for healthy ageing and slowing down the onset of frailty. *J. Physiol.* 594, 1989–1999. doi: 10.1113/JP270536

SEDENJE IN TELESNA DEJAVNOST ŠTUDENTOV FIZIOTERAPIJE V ČASU COVID-19

SITTING AND PHYSICAL ACTIVITY OF PHYSIOTHERAPY STUDENTS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC

Patricia Akalović

Mateja Bahun, viš. pred.

dr. Monika Zadnikar, viš. pred.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Katedra za fizioterapijo

paty.paty123@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Zaradi izbruha nove koronavirusne bolezni in uvedenih ukrepov za preprečevanje širjenja bolezni, ki so praktično zaustavili vsakodnevno življenje, je prišlo do velikih sprememb v sedenju in telesni dejavnosti študentov fizioterapije. Ostajanje doma je privedlo do sedečega vedenja in zmanjšanja telesne dejavnosti, kar lahko vpliva na zdravje ljudi. Namen raziskave je ugotoviti kako je COVID-19 vplival na telesno dejavnost in količino presedenega časa študentov fizioterapije na FZAB.

Metoda: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop, s spletnim vprašalnikom, ki ga je izpolnilo 110 študentov (60,21 %) študija fizioterapije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Za analizo podatkov smo uporabili univariatne in bivariatne statistične analize, ki so bile izvedene s pomočjo programa SPSS 25.0. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti.

Rezultati: Večina anketiranih ($n = 68$; 61,8 %), je bilo telesno dejavnih že pred časom COVID-19, med COVID-19 pa je bilo telesno dejavnih ($n = 57$; 51,8 %) anketiranih. V času izbruha COVID-19 je največ anketirancev presedelo več kot 6 ur na dan ($n = 49$; 44,5 %), najmanj anketiranih ($n = 3$; 2,7 %) pa manj kot 2 uri na dan.

Diskusija in zaključek: Rezultati raziskave so pokazali, da je COVID-19 na telesno dejavnost in na sedentarnost študentov vplival negativno, saj je bila skoraj polovica študentov v času COVID-19 manj aktivna kot sicer. Hoja in pohodništvo sta kot telesna dejavnost med anketiranci najbolj priljubljena, podobno tudi tek, medtem ko so anketiranci najmanjkrat izbrali atletiko, kot posledica zaprtja vse športnih centrov.

Ključne besede: koronavirus, telesna dejavnost, sedentarnost

ABSTRACT

Introduction: Due to the outbreak of the coronavirus disease and the measures introduced to prevent, which have practically stopped daily life, there have been major changes in the sitting

and physical activity of physiotherapy students. Staying at home has led to sedentary behavior and reduced physical activity. The purpose of the research is to determine how COVID-19 affected physical activity and the amount of time spent by physiotherapy students at FZAB.

Method: A quantitative research approach was used, with an online questionnaire filled out by 110 students (60.21%) studying physiotherapy at the Angela Boškin Faculty of Health. For data analysis, we used univariate and bivariate statistical analyses, which were carried out using the SPSS 25.0 program. A value of $p < 0.05$ defined the limit of statistical significance.

Results: The majority of respondents ($n = 68$; 61.8%) were physically active before the time of COVID-19, and during COVID-19 ($n = 57$; 51.8%) respondents were physically active. During the outbreak of COVID-19, most respondents sat for more than 6 hours a day ($n = 49$; 44.5%), while the fewest respondents ($n = 3$; 2.7%) sat for less than 2 hours a day.

Discussion: The results of the research showed that COVID-19 had a negative impact on physical activity and sedentary, as almost half of the students were less active during the period of COVID-19 than usual. Walking and hiking are the most popular physical activities among the respondents, as is running, while the respondents chose athletics the least often, as a result of the closure of all sports centers.

Key words: coronavirus, sedentariness, physical activity

1 UVOD

Epidemije in pandemije spremljajo človeštvo že vso zgodovino. V letu 2019 in 2020 je svet zajela epidemija z novim koronavirusom, ki povzroča bolezen, imenovano COVID-19, z akutnim respiratornim sindromom – SARS-CoV-2 (Aristovnik, Keržič, Ravšelj, Tomaževič, & Umek, 2020). Z marcem 2020, je SZO razglasila pandemijo. Zaradi hitrega širjenja okužbe, so se države odločale za t.i. »lockdown« ali zaprtje z novim sloganom – ostanimo doma. Omejene so bile mnoge dejavnosti na prostem, telesne dejavnosti (zaprtje športnih dvoran, fitnes centrov, parkov, rekreacijskih pa tudi profesionalnih panog), druženja, zaprle so se šole, fakultete in večina delovnih mest (Aristovnik et al., 2020; Hill, 2020).

Babarro, Arbillaga-Etxarri, Gutiérrez-Santamaría, & Coca (2020) v raziskavi ugotavljajo, da se je v času COVID-19 sedentarnost pri ljudeh povečala. V raziskavo je bila vključena populacija od 18 do 64 let. Poroča, da so predvsem mladi in študenti med zaprtjem več časa preživeli sede, kar je posledica šolanja na daljavo, manj je bilo odhodov od doma ipd. Srivastav, Sharma, & Samuel (2020) so izvedli raziskavo o spremembi vedenja v času COVID-19 med študenti fizioterapije in fizioterapevti. Ugotovili so, da se sta se visoka in zmerna telesna dejavnost v času restriktivnih ukrepov zmanjšala v primerjavi s časom pred zaprtjem. Znatno pa se je povečal njihov čas sedenja. Sedentarnost Xu et al. (2019) opredeljujejo ne le sedenje kot tako, ampak tudi počivanje, ležanje, gledanje televizije, hranjenje, vožnja s prevoznimi sredstvi.

Telesna dejavnost je definirana kot zadostna raven telesne dejavnosti, ki je za odrasle od 18 do 64 let priporočena: 150-300 minut aerobne vadbe zmerne intenzivnosti ali 75-150 minut intenzivne aerobne telesne dejavnosti ali kombinacijo obojnega tedensko (SZO, 2020). Redna telesna dejavnost je ena izmed pomembnejših dejavnikov, da človek ostane zdrav (Al Asousi & El Sabban, 2016). Telesna dejavnost, sedeče vedenje in spanje so trije vedenjski vzorci, ki zavzemajo velik del posameznikovega časa v štiriindvajsetih urah. Že v odsotnosti epidemij je sedeči način življenja, vključno s telesno nedejavnostjo in dolgotrajnim sedenjem opredeljen kot nezdrav, pri čemer je tretjina odraslih telesno nedejavnih, 45,6 % pa jih 4 ali več ur na dan presedi (Zheng et al., 2020). Srivastav et al. (2020) so izvedli raziskavo o spremembi vedenja v času COVID-19 med študenti fizioterapije in fizioterapevti. Ugotovili so, da se sta se visoka in zmerna telesna dejavnost v času zaprtja zmanjšala v primerjavi s časom pred zaprtjem za 48 %. Znatno se je povečal njihov čas sedenja. Medtem ko Romero Blanco et al. (2020) v raziskavi med študenti v času COVID-19 poročajo, da se je med zaprtjem povečal tako čas sedenja kot tudi telesna dejavnost. Ista raziskava poroča, da se nivo telesne dejavnosti ni spremenil pri moških in da so bili študentje začetnih letnikov bolj sedentarni kot študentje zaključnih letnikov. Tudi v Sloveniji je bilo moč zaznati spremembe življenjskega sloga študentov. Raziskave navajajo, da so bili študentje med pandemijo manj telesno dejavni kot pred njo (Grom et al., 2021).

Pomanjkanje telesne dejavnosti in sedeč način življenja lahko vodita v mišično skeletne nepravilnosti, posledično pride do poslabšanja drže, pojavijo se bolečine v vratu, ramenskem obroču in križu (Hanna et al., 2019). Bolečina v križu je pogosta pri osebah, ki večino svojega časa preživijo v sedečem položaju (Hlebs & Mavsar, 2016; Hanna et al. 2019). Prav med študenti zdravstvenih smeri je bilo ugotovljena večja prevalenca bolečin v križu v primerjavi z ostalimi (Gałczyk, Zalewska, Białokoz-Kalinowska, & Sobolewski, 2021).

2 METODE

Kvantitativne podatke smo zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika. Vprašalnik je bil oblikovan po avtorjih: Zheng et al. (2020); Gałczyk et al. (2021). Uporabili smo različne tipe vprašanj, vprašanja s ponujenimi odgovori in Likertovo lestvico stališč. Zanesljivost vprašalnika smo preverili s pomočjo Cronbach koeficienta α , ki je znašal 0,89 – dobra zanesljivost.

V raziskavi smo uporabili nenaključni, namenski vzorec, pri katerem smo zajeli vse študente dodiplomskega študijskega programa fizioterapije (VS) na FZAB. Celoten vzorec vključuje 183 študentov. Realizacija vzorca je bila 60,21 %. Pri anketiranju je sodelovalo 92 žensk (83,6 %) in 18 moških (16,4 %). V času epidemije COVID-19 je študij na FZAB potekal na daljavo.

Anketa je bila za reševanje na voljo od novembra 2021 do februarja 2022. Podatke smo uredili in statistično obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS 25.0. Za analizo in prikaz rezultatov smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wilk test, Wilcoxonov rang test,

frekvence, odstotke, povprečne vrednosti, standardni odklon. Poleg opisne statistike smo uporabili tudi bivariatno statistično metodo. Vrednost $p < 0,05$ je določala mejo statistične značilnosti.

3 REZULTATI

Na podlagi raziskovalne teme smo s pomočjo rezultatov odgovorili na vprašanji koliko so bili študentje fizioterapije telesno dejavni in koliko so bili sedetarni v času COVID-19. Anketiranci so v dnevu pred epidemijo COVID-19 presedeli med 4 do 6 ur na dan ($n = 32$; 29,1%), med tem, ko so v dnevu med epidemijo presedeli več kot 6 ur na dan ($n = 49$; 44,5 %), Rezultat Wilcoxon Sign rang testa ($z = -6,884$; $p < 0,001$) je pokazal, da se je sedentarnost med COVID-19 v primerjavi z sedentarnostjo pred COVID-19 statistično pomembno povečala. Največ anketiranih 60,9 % ($n = 67$) meni, da se je povečalo število presedenih ur dnevno. 36 jih meni, da se je povečalo število presedenih ur dnevno v času COVID-19 zaradi študija na daljavo (32,7 %), zaradi omejevanja druženja ($n = 16$; 14,5 %), najmanj pa zaradi občutka utrujenosti ($n = 3$; 2,7 %). Ker se je študij odvijal virtualno, so študentje v času študija na daljavo presedeli več v primerjavi s študijem v živo. 43 anketiranih (39,1 %) je v času študija na daljavo presedelo več kot pri študiju v živo, medtem ko jih 44 (40,0 %) meni, da so v času študija na daljavo presedeli enako kot pri študiju v živo. Zaznali smo statistično značilne razlike v srednjih vrednostih sedentarnosti pri naslednjih dejavnostih, ki so se povečale v času med COVID-19 v primerjavi pred njim: prosti čas ($z = -4,547$; $p = 0,001 < 0,05$); gledanje televizije ($z = -3,688$; $p = 0,001 < 0,05$); igranje igrice ($z = -4,041$; $p < 0,001$); poslušanje glasbe ($z = -3,031$; $p = 0,002 < 0,05$); šolske/študijske obveznosti ($z = -2,120$; $p = 0,034 < 0,05$); branje ($z = -3,421$; $p = 0,001 < 0,05$) in zmanjšale pri naslednjih dejavnostih: telefoniranje ($z = -3,520$; $p = 0,001 < 0,05$); transport iz ene točke na drugo ($z = -3,541$; $p = 0,001 < 0,05$).

Največ anketiranih ($n = 68$; 61,8 %) je bilo telesno dejavnih že pred COVID-19, med tem ko jih 50 (45,5 %) meni, da so bili v času COVID-19 aktivni manj; 57 (51,8 %) pa navaja, da ni bilo prizadetih s strani omejitev/karanten. Največ anketiranih ($n = 56$; 50,9 %) je bilo telesno dejavnih več kot 2- krat/teden. V tabeli 1 smo prikazali rezultate o oblikah telesne dejavnosti, ki so jih izvajali pred in v času COVID-19. Največ anketiranih je pred časom COVID-19 ($n = 93$; 84,%) in v času COVID-19 ($n = 97$; 88,2 %) kot telesno dejavnost izbralo hojo in pohodništvo.

Tabela 1: Primerjava telesnih dejavnosti

Telesne dejavnosti	pred časom COVID-19		v času COVID-19	
	n	%	n	%
Hoja	93	84,5	97	88,2
Tek	52	47,3	51	46,4
Atletika	6	5,5	1	0,9
Rolanje	26	23,6	18	16,4
Kolesarjenje	44	40,0	33	30,0
Pohodništvo	68	61,8	60	54,5
Joga	22	20,0	26	23,6
Rokomet, nogomet, košarka	20	18,2	7	6,4
Drugo	32	29,1	23	20,9

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Rezultati stopnje strinjanja (od 1-sploš se ne strinjam, do 5-se popolnoma strinjam) anketirancev s trditvami na področju telesne dejavnosti smo prikazali v tabeli 2. Anketirani se v povprečju najbolj strinjajo, da je na njih COVID-19 vplival negativno (PV = 3,49; SO = 1,22), najmanj pa se v povprečju strinjajo, da se je zaradi COVID-19 njihova želja po telesni dejavnosti povečala (PV = 2,72; SO = 1,25).

Tabela 2: Vpliv COVID-19 na telesno dejavnost

Trditve	n	Min	Max	PV	SO
Moja fizična pripravljenost se je po zaprtju opazno zmanjšala.	106	1	5	2,94	0,99
Med zaprtjem sem bil/a lahko bolj aktiven/na, kot pred tem.	106	1	5	2,98	1,03
COVID-19 je na mene vplival negativno.	106	1	5	3,49	1,22
Zaradi COVID-19 se je moja želja po telesni dejavnosti povečala telesna masa	106	1	5	2,72	1,25
Verjamem, da telesna dejavnost krepi moj imunski sistem.	106	1	5	3,37	1,12
V času COVID-19 sem bil bolj telesno dejaven.	106	1	5	3,02	1,13

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

4 RAZPRAVA

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da je pandemija nove koronavirusne bolezni vplivala na sedenje in telesno dejavnost študentov fizioterapije. Zanimalo nas je, kako so bili študenti fizioterapije telesno dejavni v času COVID-19 in vpliv COVID-19 na sedeče vedenje študentov. Zmanjšana telesna dejavnost in daljše sedeče vedenje sta že v normalnih okoliščinah pred COVID-19 opredeljena kot nezdrav način med odraslimi po vsem svetu (Zheng et al., 2020).

Na vprašanje »Kako bi ocenili vašo sedentarnost pred in med COVID-19?«, je največ študentov fizioterapije na FZAB odgovorilo, da je pred pojavom nove bolezni presedelo med 4 do 6 urami na dan, med COVID-19 pandemijo pa so študentje še povečali svoje sedentarno vedenje in presedeli več kot 6 ur na dan. Največji razlog za povečanje števila presedenih ur je bil po mnenju študentov študij na daljavo. Rahman, Islam, Bishwas, Moonajilin, & Gozal, (2020) so v svoji raziskavi prav tako ugotovili, da se je število presedenih ur med študenti povečalo na 8 ur ali več dnevno. V povprečju so presedeli več v prostem času, med gledanjem televizije, igranjem igrice, poslušanju glasbe, pri šolskih/študijskih obveznostih in pri branju. Manj so presedeli le pri telefoniranju in pri transportu iz ene točke na drugo. Zheng et al. (2020) opisuje, da je zapiranje šol vplivalo na povečano sedentarno vedenje. Mladostniki iz Šanghaja so v času COVID-19 opravili 435 min manj telesne dejavnosti in na teden preživeli kar 28 ur več pred zasloni. Kratki aktivni odmori ali/in aktivno raztezanje mišičnih skupin, ki so v sedečem položaju skrajšane (iliopsoas, pectoralis minor in major) so med dolgotrajnim sedenjem lahko uspešna strategija za zmanjšanje tveganja negativnih učinkov dolgotrajnega sedenja (Mohorič Plemelj & Kacjan Žgajnar, 2022). Večino študentov fizioterapije na FZAB je dolgotrajne periode sedenja prekinjalo s krajšimi periodami vstajanja, razgibavanja in podobno.

Velika večina študentov fizioterapije na FZAB je bila že pred časom COVID-19 telesno dejavna. Med časom COVID-19 pa jih je bila večina dejavna manj kot sicer. Uvajanje omejitev je bila glavna ovira za ohranjanje telesne dejavnosti, vendar so bile omejitve (zapiranje šol, športnih objektov, igrišč, telovadnic ipd.) nujne za obvladovanje širjenja okužbe (Rutkowska et al., 2021). Polovica študentov fizioterapije na FZAB je telesno dejavna in se s telesno dejavnostjo ali športom ukvarja več kot 2-krat na teden. S sprejetjem ukrepov, pa je tudi najmanjša raven priporočene telesne dejavnosti tedensko (150–300 minut aerobne vadbe zmerne intenzivnosti ali 75–150 minut intenzivne aerobne telesne dejavnosti ali kombinacijo obojnega tedensko (SZO, 2020)) postala izziv (Gallé et al., 2020). Študente fizioterapevtov na FZAB k telesni dejavnosti najbolj spodbudi počutje in želja po boljšem izgledu, medtem ko študente ene izmed univerz v Kolumbiji najbolj motivira zdravje (Garcia Puello, Herazo Beltran, & Tuesca Molina, 2015). Naš rezultat bi lahko povezovali tudi s prevladujočim ženskim spolom med študenti fizioterapije na FZAB, saj tudi Cerar, Kondrič, Ochiana, & Sindik, (2017) ugotavljajo razliko motivacijskih dejavnikov med spoloma. Medtem ko moške bolj motivirajo užitek, izziv, tekmovalnost, so ženske bolj motivirane zaradi vzdrževanja telesne mase in želje po boljšem izgledu. V raziskavi Al Asousi et al. (2016) so prav tako ugotovili, da so moški bolj aktivni kot ženske.

Primerjava telesnih dejavnosti, ki so jih izvajali študenti fizioterapije na FZAB pred časom in v času COVID-19 kaže na upad predvsem pri skupinskih športih in pri atletiki. Priporočila za vadbo, ki so se nanašala na vadbo v naravi in vadbo doma (NIJZ, 2020), se je v primerjavi pred časom COVID-19, hoja in pohodništvo, povečala. Prav tako je tek ostal pred in v času epidemije skoraj enako popularen. Akulwar-Tajane, Shah, Naik, & Parmar, (2020) v raziskavi opisujejo, da je največ študentov opravljalo aerobni trening, zatem sledijo joga, treningi proti uporabi in hoja v

zaprtih prostorih. Skoraj polovica študentov fizioterapije na FZAB je bila manj aktivna kot sicer, COVID-19 pa je na njih vplival negativno. Naši rezultati so v nasprotju z rezultati Galléja et al. (2020), ki so ugotovili, da se je telesna dejavnost med študenti v času COVID-19 povečala. Medtem pa so Srivastav et al. (2020) med avstralskimi študenti fizioterapije zaznali pomemben upad telesne dejavnosti iz 8143 MET na 5390 MET, kar se ujema z rezultati naše raziskave.

Pomanjkljivost raziskave je majhno število anketiranih in omejitev na eno fakulteto.

Vseeno pa naša raziskava opozarja na negativen vpliv pandemije na telesno dejavnost študentske populacije, konkretno fizioterapevtov. Dotaknili smo se sodobne prilagoditve življenja v izrednih razmerah. Predstavili smo prednosti in slabosti pandemije, v kateri smo bili ujeti globalno. Na splošno je slaba telesna dejavnost med mlajšimi populacijami vedno bolj problematičen pojav. Vedno več je sedečega načina življenja, ki je povezan z uporabo sodobnih tehnologij in modernim ter fizično poenostavljenim načinom življenja. Z rezultati smo dokazali, da je COVID-19 negativno vplival na telesno dejavnost in povečan sedentaren način življenja študentov fizioterapije na FZAB.

5 ZAKLJUČEK

Od začetka prvih okužb na Kitajskem v decembru 2019 je COVID-19, čez noč postal svetovni problem in tako skoraj dve leti vplival na ljudi po vsem svetu. Vpliv smo čutili tudi v izobraževanju, življenjskih slogih in predvsem v načinu vsakodnevnega življenja. V raziskavi smo ugotovili, da je bila večina anketirancev telesno dejavna že pred COVID-19, vendar se je njihova aktivnost v času COVID-19 zmanjšala. Število ur sedenja se je zaradi študija na daljavo posledično v času COVID-19 zvišalo. Anketiranci so kot najpogosteje opravljano telesno dejavnost izbrali hojo in tek, kar je posledica zaprtja vseh športno-rekreativnih površin. Veseli nas, da se velika večina anketirancev po opravljenem treningu počuti boljše, manj pa, da je polovica anketirancev telesno dejavna le dvakrat na teden. Prav tako je spodbudno, da so se anketiranci v času zaprtja odločali za sprehod in tek v naravi ter svoj prosti čas preživeli zunaj.

LITERATURA IN VIRI

1. Akulwar-Tajane, I., Shah, A. V., Naik, P. H., & Parmar, K. K. (2020). Rethinking screen time during COVID-19: Impact on sleep and academic performance in physiotherapy students. *Journal of Medical Internet Research*, 4(4), 1–19. <https://doi.org/10.26855/ijcemr.2020.10.014>
2. Al Asousi, M., & El Shabban, F. (2016). Physical Activity among Preclinical Medical Students at The University of Malaya, Malaysia. *Journal of Nutritional Health & Food Science*, 4(2), 1–8. <https://doi.org/10.15226/JNHFS.2016.00159>

3. Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N., & Umek, L. (2020). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Life of Higher Education Students: A Global Perspective. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 12(20), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2021.107659>
4. Babarro, C. A., Arbillaga-Etxarri, A., Gutiérrez-Santamaría, B., & Coca, A. (2020). Physical Activity Change during COVID-19 Confinement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6878), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186878>
5. Cerar, K., Kondrič, M., Ochiana, N., & Sindik, J. (2017). Exercise participation motives and engaging in sports activity among University of Ljubljana students. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 56(2), 107–114. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.159>
6. Gańczyk, M., Zalewska, A., Białokoz-Kalinowska, I., & Sobolewski, M. (2021). Chronic Back Condition and the Level of Physical Activity as Well as Internet Addiction among Physiotherapy Students during the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136718>
7. Gallè, F., Sabella, E. A., Ferracuti, S., De Giglio, O., Caggiano, G., Protano, C., Valeriani, F., Parisi, E. A., Valerio, G., Liguori, G., Montagna, M. T., Spica, V. R., Da Molin, G., Orsi, B. G., & Napoli, C. (2020). Sedentary Behaviors and Physical Activity of Italian Undergraduate Students during Lockdown at the Time of CoViD-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176171>
8. Garcia Puello, F., Herazo Beltran, Y., & TUESCA MOLINA R. (2015). Factores sociodemográficos y motivacionales asociados a la actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Médica de Chile*, 143(11), 1411–1418. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015001100006>
9. Grom, H. A., Čolaković, B. A., Rehberger, M., Lavtar, D., Blenkuš, G. M., Klanšček, J. H., Vinko, M., Roškar, S., Drev, A., & Šivec, N. (2021). Pandemija COVID-19 v Sloveniji. In A. Frič, (Ed.). *Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 8. val. Ljubljana, 10.-24.3.2021* (p. 18). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Raziskava o vplivu pandemije na življenje.
10. Hanna, F., Daas, R. N., El-Shareif, T. J., Al-Marridi, H. H., Al-Rojoub, Z. M., & Adegboye, O. A. (2019). The Relationship Between Sedentary Behavior, Back Pain, and Psychosocial Correlates Among University Employees. *Frontiers in Public Health*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00008>
11. Hill, B. (2020). Coronavirus: origins, signs, prevention and management of patients. *British Journal of Nursing*, 29(7), 399–402. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.7.399>
12. Hlebš, S., & Mavsar, J. (2016). Kakšen je najboljši položaj sedenja za hrbtenico po mnenju slovenskih fizioterapevtov. *Fizioterapija*, 24(1), 15–24.
13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Koronavirus – pogosta vprašanja in odgovori*. Retrieved from: <https://www.nijz.si/sl/koronavirus-pogosta-vprasanja-in-odgovori#kako-se-novi-koronavirus-prenasa-med-ljudmi%3F>
14. Plemelj Mohorič, A., & Kacjan Žgajnar, K. (2022). Sedenje (še) ni moj problem. *Revija Za Zdravstvene Vede*, 7(2), 39–54.
15. Rahman, E., Islam, S., Bishwas, S., Moonajilin, S., & Gozal, D. (2020). Physical inactivity and sedentary behaviors in the Bangladeshi population during the COVID-19 pandemic: An online cross-sectional survey. *Heliyon*, 6(10), 1–8.
16. Romero Blanco, C., Rodriguez Almagro, J., Onieva Zafra, M. D., Parra Fernandez, M. L., Prado Laguna, M. C., & Hernandez Martinez, A. (2020). Physical Activity and Sedentary Lifestyle in University Students: Changes during Confinement Due to the COVID-19 Pandemic. *Environmental Research and Public Health*, 17(6567), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186567>

17. Rutkowska, A., Kacperak, K., Rutkowski, S., Cacciante, L., Kiper, P., & Szczegieliński, J. (2021). The Impact of Isolation Due to COVID-19 on Physical Activity Levels in Adult Students. *Sustainability*, 13(2), 1–9. <https://doi.org/10.3390/su13020446>
18. Srivastav, K. A., Sharma, N., & Samuel, J. A. (2020). Impact of Coronavirus disease-19 (COVID-19) lockdown on physical activity and energy expenditure among physiotherapy professionals and students using web-based open E-survey sent through WhatsApp, Facebook and Instagram messengers. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 21(9), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.07.003>
19. Svetovna zdravstvena organizacija – SZO (World Health Organization). (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
20. Xu, C., Furuya-Kanamori, L., Liu, Y., Færch, K., Aadahl, M., Seguin, R. A., LaCroix, A., Basterra-Gortari, F.J., Dunstan, D. W., Owen, N., & Doi, S. A. R. (2019). Sedentary Behavior, Physical Activity, and All-Cause Mortality: Dose-Response and Intensity Weighted Time-Use Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 20(19), 1206–1212. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.05.001>
21. Zheng, C., Huang, Y. W., Sheridan, S., Hui-Ping Sit, C., Chen, X., & Hueng-Sang Wong, S. (2020). COVID-19 Pandemic Brings a Sedentary Lifestyle in Young Adults: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176035>

OBRAVNAVA LATERALIZACIJE POGAČICE S POMOČJO KINEZILOŠKIH ELASTIČNIH TRAKOV IN GIBALNE TERAPIJE – ŠTUDIJA PRIMERA

TREATMENT OF PATELLAR LATERALIZATION USING KINESIOLOGICAL ELASTIC TAPES AND EXERCISE THERAPY – A CASE STUDY

Pia Jenko, dipl. fiziot. (UN)

doc. David Ravnik, Ph.D. Republika Češka, dipl. fiziot.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za fizioterapijo

piia.jnk9@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Lateralizacija pogačice je stanje, pri katerem pride do odmika pogačice od drsnega kanala, po katerem se premika med upogibom in iztegom kolenskega sklepa, ki se v kasnejših fazah konservativnega zdravljenja obravnava z gibalno terapijo (GT) in uporabo kinezioloških elastičnih trakov (KET). Namen raziskovalnega dela je klinično ovrednotiti učinkovitost uporabe KET v kombinaciji z GT na študiji primera.

Metode: Izbrali smo pacientko z lateralizacijo pogačice, ki je ponovno povzročila bolečino v kolenskem sklepu. Terapije so zajemale aplikacijo KET in GT. Izvedli smo sedem srečanj enkrat do dvakrat na teden. Mere izida, vključene v raziskavo, so bile ocena aktivne in pasivne gibljivosti, orientacijsko mišično testiranje, vprašalnik o subjektivni oceni stanja kolena (2000 IKDC), Balotma test, spremljanje bolečine (številna vizualna analogna lestvica) in mobilnost pogačice. Omenjene meritve smo opravili na prvi in zadnji terapiji, občutek bolečine in mobilnost pogačice smo spremljali pred, med in po vsaki terapiji.

Rezultati: Tekom fizioterapevtske intervencije smo opazili zmanjšanje bolečine po aplikaciji KET. Intenziteto bolečine smo spremljali s pomočjo številne vizualne analogne lestvice (VAS) pred, med in po vsaki terapiji. Opazili smo izboljšanje mobilnosti pogačice in gibalnega vzorca, ki se je skozi potek raziskave ohranjal.

Diskusija in zaključek: Kombinacija KET trakov in GT kaže na učinkovitost uporabe z namenom izboljšanja simptomatike ter vpliva na strukturne spremembe obravnavanih sklepov. Potrebne so dodatne raziskave na tem področju, predvsem z uporabo slikovne diagnostike za objektivno ugotavljanje učinkov na sklepne strukture in okoliška tkiva, ter raziskave, ki bi preučile učinke izključno pri osebah z lateralizacijo pogačice.

Ključne besede: kineziološki elastični trakovi, učinek, nepravilno gibanje pogačice, lateralizacija pogačice

ABSTRACT

Introduction: *Patellar lateralization is a condition where there is an offset of the patella from its sliding canal when performing knee flexion and extension, which is in the later stages of conservative treatment treated with exercise therapy and the use of kinesiological elastic bands. The purpose of this research work is to clinically evaluate the effectiveness of the use of kinesiological elastic bands in combination with exercise therapy on a case study.*

Methods: *We selected a patient with patellar lateralization which caused a reoccurrence of knee pain. Therapies included the application of kinesiological elastic bands and exercise therapy and lasted 45 minutes. The patient had seven therapies once to twice a week. The outcome measures that were included in the research were the assessment of active and passive mobility, orientation muscle testing, a questionnaire on the subjective assessment of the condition of the knee (2000 IKDC), the ballottement test, and mobility of the patella and knee pain (numerical visual analogue scale). The mentioned measurements were performed at the first and last therapy, while pain and patellar mobility were monitored before, during and after each therapy session.*

Results: *During the physiotherapy intervention, we observed a decrease in pain after the application of kinesiological elastic bands. Pain intensity was monitored using a numerical visual analogue scale (VAS) before, during and after each therapy. We observed an improvement in the mobility of the patella and the movement pattern, which was maintained throughout the duration of the study.*

Discussion and conclusion: *At the end of the study, we observed a reduction and absence of knee pain and an improvement of kinaesthesia. Furthermore, we observed a slight change in the location of the patella while the knee was at rest. The combination of kinesiological elastic bands and exercise therapy shows effectiveness of usage with the aim of improving symptoms and can cause changes in the structures in question. Additional research is needed in this area, especially using diagnostic imaging to objectively determine the effects on joint structures and the surrounding tissues, and focusing on people with solely patellar lateralization.*

Keywords: *kinesiological elastic tapes, patellar maltracking, patellar lateralization*

1 UVOD

Pogačica je sezamoidna kost, ki se nahaja znotraj kompleksa *m. quadriceps* in patelarnega ligamenta v kolenskem sklepu (Koh & Stewart, 2015; Rhe, Pavlou & Oakley, 2012). Deluje kot biomehanski vzvod, ki poveča produkt sile *m. quadriceps* med iztegom kolena (Rhee idr., 2012). Omenjeni avtorji navajajo, da pogačica centralizira divergentne sile mišice iztegovalke kolena in prenaša napetost stegenice na tetivo pogačice. Lateralizacija pogačice je ena od oblik nestabilnosti pogačice in stanje, pri katerem pride do odmika pogačice od drsnega kanala, po katerem se premika med upogibom in iztegom kolenskega sklepa (Jibri, Jamieson, Rakhra

Sampaio & Dervin, 2019; McConnell, 2007). Tako pride do nepravilnega gibanja pogačice, ki je posledica strukturnih abnormalnosti, neravnovesja v mišični jakosti sprednjih stegenskih mišic ali kombinacije obojega (Banejad, Sarmadi & Madadi, 2016; Jibri idr., 2019; McConnell, 2007). Lateralizacija pogačice povzroči poškodbo njenih medialnih stabilizatorjev, poškodbo patelnega hrustanca, patelofemoralni bolečinski sindrom in izliv v kolenskem sklepu, poveča pa tudi tveganje za pojav patelarne artoze (Banejad idr., 2016; Jibri idr., 2019). Klinično jo ovrednotimo z identifikacijo dejavnikov tveganja, inspekcijo in palpacijo kolenskega sklepa, vrednotenjem Q-kota in slikovno diagnostiko (računalniško tomografijo in/ali magnetno resonanco) (Koh & Stewart, 2015; McConnell, 2007; Rhee idr., 2012).

Zdravljenje

Lateralizacijo pogačice zdravimo konzervativno ali operativno. Operativnega zdravljenja se poslužujemo, če konzervativno ni uspešno ali če so prisotne tudi ponavljajoče se dislokacije (Koh idr., 2015; Rhee idr., 2012).

Rhee idr. (2012) med konzervativno obliko zdravljenja v akutni fazi prištevajo protivnetna in protibolečinska zdravila, hlajenje ter elevacijo. V kasnejših fazah sta smiselni gibalna terapija (v nadaljevanju GT) in uporaba kinezioloških elastičnih trakov (v nadaljevanju KET) (Banejad idr., 2016; Keet, Gray, Harley & Lambert, 2007; Koh idr., 2015; McConnell, 2007; Rhee idr., 2012). Pri GT je glavni poudarek na *m. vastus medialis* in glutealni muskulaturi (Koh idr., 2015; McConnell, 2007). Priporočene vaje po McConnellu (2007) se izvajajo v kombinaciji z aplikacijo KET. Slednje priporočajo Koh idr. (2015) ter Rhee idr. (2012).

Kineziotaping® je fizioterapevtska metoda, ki se uporablja za podporo in stabilizacijo mišic ter sklepov, ne da bi pri tem omejevala obseg gibljivosti (Ghozy idr., 2019). Metodo je na Japonskem izumil in uvedel dr. Kenzo Kase leta 1973 (Lin idr., 2021) z namenom zmanjšanja bolečine in izboljšanja celjenja mehkih tkiv (Ellis, 2014). KET se uporablja pri zdravljenju poškodb, sklepni stabilizaciji, zmanjševanju bolečine, preprečevanju poškodb in izboljšanju izvedbe gibalnih aktivnosti (Andrýsková & Lee, 2020). Deluje na kožo, fascijo, mišice, ligamente, tetive, sklepe ter limfni in krvni obtok (Davison idr., 2016). Ker se tehnika v praksi šele uveljavlja, zaradi majhnega števila raziskav in literature na to tematiko ter dvomov o verodostojnosti in učinkovitosti KET, smo želeli tudi sami z raziskavo (študijo primera) ovrednotiti učinkovitost aplikacije KET v kombinaciji z GT.

2 METODE

V 21-dnevni raziskavi je sodelovala pacientka z lateralizacijo pogačice. Izvedba raziskave je vključevala sedem terapevtskih srečanj, ki so trajala 45 minut. Izvajali smo aplikacijo KET v kombinaciji z GT.

Uporabljeni pripomočki in merski instrumenti

Na preiskovanko smo aplicirali kineziološki elastični trak Nasara® modre barve.

Kot merski instrument smo uporabili vprašalnik o subjektivni oceni kolena (angleško 2000 *International Knee Documentation Committee Subjective Knee Evaluation Form* oziroma 2000 *IKDC*), ki je namenjen samooceni stanja kolena pri aktivnostih vsakdanjega življenja in pri športnih aktivnostih. Preiskovanka je vprašalnik rešila prvi in zadnji dan obravnave.

Pacientka v obdobju izvajanja raziskave ni imela narejene slikovne diagnostike, zato smo, da bi videli, ali je fizioterapija vplivala tudi na strukturne spremembe, fotografirali njeno koleno prvi in zadnji dan obravnave.

Predstavitev primera

Oseba prihaja zaradi bolečine v desnem kolenu. Bolečino opisuje kot topo in točkovno, pokaže na predel patelnega ligamenta in medialno stran pogačice. Poroča, da se bolečina poveča ob fizičnem naporu, najpogosteje in najhuje se pojavlja čez dan, proti večeru se umiri, ponoči pa ni prisotna. Nekoliko se poveča pri dolgotrajnem sedenju in pri povečanem upogibu desnega kolena. Bolečina ne ovira vsakdanjega življenja (po oceni številске vizualne analogne lestvice – v nadaljevanju VAS – bolečina ne presega ocene 7).

Pri inspekciji opazimo lateralizacijo pogačice. Čutne so krepitacije na lateralni strani desnega kolena ob pogačici. Bolečino s pritiskom sprožita dve točki: področje patelnega ligamenta in medialna stran kolena tik ob pogačici na sredini le-te. Gibljivost v kolenu ni omejena. Končni obsegi giba povzročijo bolečino (VAS 4).

Med orientacijskim mišičnim testiranjem ne opazimo razlik v mišični jakosti sprednjih in zadnjih stegenških mišic ter primikalk in odmikalk kolka med levo in desno nogo. Testiranje ni izzvalo bolečine. Balotma test je bil negativen. Pri izvedbi mobilizacije pogačice v vse smeri (medialno, lateralno, kavdalno in kranialno) opazimo zmanjšani in trši premik pogačice v lateralno smer v primerjavi z levo pogačico. Rezultat vprašalnika 2000 IKDC je 57 od 86 točk.

Oblika gibalne terapije

Vaje, ki smo jih implementirali, smo povzeli po McConnell (2007). Te so bile počep do 30° s predhodno aktivacijo glutealnih mišic (stisk glutealnih mišic), školjka (leže na boku z deloma pokrčenimi koleno, odpiranje zgornje noge tako, da se stopali ves čas stikata, trup ostaja stabilen in se ne premika), stoja na eni nogi z zunanjo rotacijo oporne noge brez premika stopala, medenice ali ramena in odmik kolka v stoječem položaju. Največji poudarek pri izvedbi vaj je bil na načinu izvedbe. Vaje so se izvajale počasi, saj smo poleg povečevanja jakosti mišic želeli

doseči tudi to, da je pacientka postopoma ozaveščala in bila pozorna na to, kako se giba njeno koleno med izvedbo (na primer, da pri počepu kolenu ne zvrta na notranjo stran).

Tehnika namestitve KET

Uporabili smo korektivno tehniko za lateralizacijo pogačice, ki jo v svoji knjigi o kineziotapingu® opisuje dr. Kenzo Kase (Kase idr., 2013). Uporabili smo Y obliko KET.



Slika 1: Tehnika aplikacije (lasten vir)

3 REZULTATI

Prvi dan je zajemal anamnezo, inspekcijo, palpacijo, dodatne specifične teste, določitev ciljev in poteka fizioterapije ter svetovanje. Na začetku terapij smo ocenili stanje, poudarili smo občutek bolečine, gibanje in občutek gibanja kolena (kinestezija), nato smo aplicirali KET in postopoma uvajali GT. Tehnika aplikacije je bila vedno enaka. Po vsaki namestitvi KET smo pacientko prosili, da naredi počep, s katerim smo preverjali pojav bolečine. Z izvedbo giba z apliciranim KET smo preverjali učinkovitost aplikacije; zmanjšanje ali odsotnost bolečine nakazujeta pravilno aplikacijo in domnevo, da je nepravilno gibanje pogačice vzrok bolečine. Vaje za povečanje jakosti stegenskih mišic smo dodali, ko bolečina več dni ni bila prisotna.

Na drugem srečanju je pacientka poročala o zmanjšanju bolečine (VAS 4). Bolečina med fizično aktivnostjo in po njej ni bila prisotna. Namestili smo KET. Na naslednjem srečanju se je izkazalo, da bolečina v času aplikacije KET ni bila prisotna. Palpacija prej bolečih točk in izvedba počepa nista izzvali bolečine. Namestili smo KET in dodali GT. Izbrane vaje smo povzeli po McConnellu (2007). Največji poudarek je bil na načinu izvedbe. S počasnim izvajanjem smo vplivali na povečanje mišične jakosti, koncentracije in zavedanja o gibanju (izogibanje valgusu kolena). Svetovali smo o izvajanju vaj doma (šest do osem ponovitev z vsako nogo, do tri serije vsake vaje, vsak drugi do tretji dan). V primeru bistvenega povečanja bolečine v kolenu (VAS več kot 5) smo svetovali prekinitev izvajanja vaj do zmanjšanja bolečine.

Po četrtem srečanju je pacientka začela zaznavati spremembe v kinesteziji kolena in gibalnega vzorca med fizično aktivnostjo (zmanjšanje valgusa kolen). Rezultat poroča o vplivu KET na izboljšanje gibalnega vzorca (deluje korektivno). Zvračanje kolena smo preverili in potrdili z izvedbo počasnega počepa. Zaradi odsotnosti bolečine in izboljšanja gibalnega vzorca KET na četrtem srečanju nismo aplicirali. Z odločitvijo smo želeli preveriti, ali aplikacija KET zmanjša bolečino in izboljša gibalni vzorec toliko, da se ohrani brez aplikacije KET. Pacientko smo vodili skozi vaje. Bolečine ni bilo, gibanje pogačice se je nekoliko poslabšalo (pogačica se je gibala bolj medialno). Pacientka je na naslednjem (petem) srečanju poročala o pojavu bolečine (VAS 4) na lateralni strani kolena. Vaj v tem času ni izvajala. Opazila je zmanjšan valgus kolen v primerjavi z začetkom fizioterapije. Ponovno smo namestili KET in dodali še eno vajo za krepitev sprednjih stegenskih mišic (stopanje na pručko ali dvignjeno površino – angleško *step up*). Na naslednjem (šestem) srečanju bolečina na lateralni strani kolena ni bila več prisotna.

Na zadnjem srečanju smo izvedli ponovno oceno stanja. Pacientka je na vprašalniku 2000 IKDC dosegla 82 točk od 87, kar je 25 točk več kot pred pričetkom terapij. Slikali smo koleno in primerjali koleno pred in po zaključku fizioterapije. Na Sliki 2 lahko opazimo blag premik pogačice lateralno. Aktivna in pasivna gibljivost sta bili v mejah normale, bolečina ni bila prisotna niti v največjih možnih obsegih giba. Mobilnost pogačice ni bila omejena, krepitacij nismo zaznali. V primerjavi s prvim srečanjem smo opazili izboljšanje gibanja pogačice po drsnem kanalu. Balotma test je bil negativen.



Slika 2: Prekriti sliki (lasten vir)

4 RAZPRAVA

Rezultati študije primera so pokazali, da aplikacija KET v kombinaciji z GT zmanjša bolečino v kolenu, izboljša gibanje in občutek gibanja kolena. Rezultati sovpadajo z raziskavami o učinkih KET (Cai idr., 2015; Davidson idr., 2016; Ellis, 2014; Lin idr., 2021). Nasprotno Keet idr.

(2007) niso zabeležili zmanjšanja bolečine v kolenu, le izboljšano delovanje *m. vastus medialis*. Rezultati nekaterih raziskav sovpadajo z rezultati študije primera, vendar je bila v njih uporabljena drugačna tehnika lepljenja in drugačen KET (Banejad idr., 2016; Crossley idr., 2000). Zaradi uporabe različnih KET, kljub identični tehniki lepljenja, težko objektivno primerjamo rezultate naše študije primera z drugimi raziskavami. To predstavlja problem tudi v zvezi z verodostojnostjo uporabe KET. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave, kjer bi uporabljali identični KET. Problematiko uporabe različnih KET in različnih barv le-teh v raziskavi iz leta 2017 izpostavljajo tudi Gořab idr. Poročajo o različnosti fizičnih lastnosti med različnimi proizvajalci KET in različnosti fizičnih lastnosti KET istega proizvajalca z različnimi barvami.

Primanjkuje študij, ki bi raziskovale učinkovitost KET trakov v kombinaciji z GT pri izključno lateralizaciji pogačice. Nekateri raziskave (Banejad idr., 2016; Crossley idr., 2000; Keet idr., 2007) so narejene na osebah s patelofemoralnim bolečinskim sindromom. Rezultatov naše študije ne moremo objektivno primerjati z rezultati raziskav z različno diagnosticiranimi patologijami. Ker gre v našem primeru za študijo primera brez kontrolne skupine in brez večjega števila udeležencev, ne moremo opredeliti, ali se je bolečina zmanjšala zaradi takojšnjega ukrepanja, časovnega intervala ali zaradi uporabljenih fizioterapevtskih metod.

Učinkovitost izključno KET smo preverili dvakrat: prvič, ko smo jih aplicirali brez implementacije GT, in drugič, ko smo se odločili, da jih ne bomo aplicirali. Rezultati odločitve so pokazali ponoven pojav bolečine in ohranitev izboljšanega gibalnega vzorca. Potrdimo lahko protibolečinsko in korektivno delovanje tehnike aplikacije: korektivno zaradi izboljšanja gibanja pogačice in kinestezije kolena, protibolečinsko pa zaradi zmanjšanja bolečine po aplikaciji in pojava bolečine brez aplikacije. Izboljšanje stanja nam potrjujejo rezultati ponovno rešenega vprašalnika 2000 IKDC. Pacientka je dosegla 82 točk od 87 možnih, kar nakazuje skoraj optimalno funkcionalnost kolena (le 5 točk primanjkljaja). Pomemben vidik izboljšanja stanja je pacientkino subjektivno mnenje; zmanjšanje občutka bolečine po prvi aplikaciji KET in zaznavanje izboljšanja kinestezije kolenskega sklepa po četrtem srečanju. Z analizo Slike 2 opazimo nepopolno prekrivanje belih linij, apeksa in baze pogačice (številki 1 in 2 na sliki). Za objektivno gotovost bi morali opraviti slikovno diagnostiko pred začetkom in po zaključku fizioterapevtske intervencije. O vplivu KET na kostne strukture poročajo tudi nekatere raziskave (Banejad idr., 2016; Crossley, 2000), medtem ko Ho idr. (2017) niso zasledili nobene spremembe v kontaktnem območju ali poravnave pogačice v kolenskem sklepu med nošenjem teže.

Z rezultati vprašalnika in pacientkinim subjektivnim mnenjem potrjujemo pozitiven vpliv KET in GT na simptomatiko zaradi lateralizacije pogačice. Aplikacija KET je izboljšala gibanje pogačice in zmanjšala bolečino. Vpliv nepravilnega gibanja pogačice na pojav bolečine ne moremo potrditi, ker je v našem primeru prišlo prej do odsotnosti bolečine kot do izboljšanja gibanja pogačice.

5 ZAKLJUČEK

Aplikacija KET v kombinaciji z GT se je izkazala kot učinkovita metoda na pacientki v naši študiji primera. Po zaključku terapij smo opazili izboljšanje gibanja pogačice, zmanjšanje bolečine in izboljšanje kinestezije kolenskega sklepa. Izboljšanje potrjuje rezultat ponovno rešenega vprašalnika 2000 IKDC. Kombinacija aplikacije KET in GT se je izkazala kot uspešna, čeprav težko določimo, ali je imela katera od izbranih metod večji vpliv kot druga. Ne glede na naše rezultate bi bilo potrebno izvesti še večje število raziskav, ki bi preučile učinke kombinacije KET in GT izključno pri lateralizaciji pogačice. Potrebne so raziskave, kjer bi uporabljali identični KET.

LITERATURA IN VIRI

1. Andrásková, A. in Lee, J. (2020). The guidelines for application of kinesiology tape for prevention and treatment of sports injuries. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(2), 144. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020144>
2. Banejad, M., Sarmadi, A. in Madadi, F. (2016). Effects of patellar taping on the patella position in presence of quadriceps contraction in 20–40 year-old women with patellofemoral pain syndrome using MRI. *14(2)*, 93–100. Pridobljeno 30. 10. 2022 s [PDF] [Effects of Patellar Taping on the Patella Position in Presence of Quadriceps Contraction in 20-40 Year-Old Women With Patellofemoral Pain Syndrome Using MRI | Semantic Scholar](#)
3. Cai, C., Au, I. P. H., An, W. in Cheung, R. T. H. (2015). Facilitatory and inhibitory effects of kinesio tape: Fact or fad? *Journal of Science and Medicine in Sport*. 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2015.01.010>
4. Chang, H., Cheng, C., Lin, C., Gan, M. in Wang, H. (2013). The effectiveness of kinesio taping for athletes with medial elbow epicondylar tendinopathy. *International journal of sports medicine*, 34(11), 1003–1006. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1333747>
5. Crossley, K., Cowan, S. M., Bennell, K. L. in McConnell, J. (2000). Patellar taping: is clinical success supported by scientific evidence? *Manual therapy*. 5, 142–150. <https://doi.org/10.1054/math.2000.0354>
6. Davison, E. A., Anderson, C. T., Ponist, B. H., Werner, D. M., Jacobs, M. E., Thompson, A. J. in Cook, M. R. (2016). *Inhibitory effect of the kinesio taping® method on the gastrocnemius muscle*. 4(2), 33–38. <https://doi.org/10.12691/ajssm-4-2-2>
7. Ellis, R. (2014). The use and treatment efficacy of kinaesthetic taping for musculoskeletal conditions: A systematic review. *January 2010*. Pridobljeno 30. 10. 2022 s [PDF] [The use and treatment efficacy of kinaesthetic Taping for musculoskeletal conditions: A systematic review \(researchgate.net\)](#)
8. Gołab, A., Kulesa-Mrowiecka, M. in Gołab, M. (2017). Comparative studies of physical properties of kinesiotape. *28*, 457–462. <https://doi.org/10.3233/BME-171695>. 28, 457–462.
9. Ho, K., Epstein, R., Garcia, D. P. T. R. O. N., Riley, A. T. C. N., Lee, S. in Turner, C. (2017). Effects of patellofemoral taping on patellofemoral joint alignment and contact area during weight bearing. *47(2)*, 115–123. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.6936>
10. Jibri, Z., Jamieson, P., Rakhra, K. S., Sampaio, M. L. in Dervin, G. (2019). Patellar maltracking : an update on the diagnosis and treatment strategies. 1–11. Pridobljeno 30. 10. 2022 s [Patellar](#)

maltracking: an update on the diagnosis and treatment strategies | Insights into Imaging | Full Text (springeropen.com)

11. Kase K., Wallis, J. in Kase, T. (2013). *Clinical therapeutic applications of the kinesio taping® method* (3rd ed.). Kinesio.
12. Keet, J. H. L., Gray, J., Harley, Y. in Lambert, M. I. (2007). The effect of medial patellar taping on pain, strength and neuromuscular recruitment in subjects with and without patellofemoral pain. 93, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.06.006>
13. Koh, J. L. in Stewart, C. (2015). Patellar Instability Patella Instability Knee Injury Dislocation Medial patellofemoral ligament. *Orthopedic Clinics of NA*, 46(1), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2014.09.011>
14. Lin, J., Guo, M., Wang, H., Lin, C., Xu, G., Chen, A., Chen, S. in Wang, S. (2021). Review article effects of kinesio tape on delayed onset muscle soreness : A systematic review and meta-analysis. *BioMed research international*, 2021, 6692828. <https://doi.org/10.1155/2021/6692828>
15. McConnell J. (2007). Rehabilitation and nonoperative treatment of patellar instability. *Sports medicine and arthroscopy review*, 15(2), 95–104. <https://doi.org/10.1097/JSA.0b013e318054e35c>
16. Rhee, S., Pavlou, G. in Oakley, J. (2012). *Modern management of patellar instability*. 2447–2456. <https://doi.org/10.1007/s00264-012-1669-4>

PROSVETLJENOST POPULACIJE O RAKU MATERNIČNEGA VRATU IN OKUŽBI S HPV

POPULATION EDUCATION ABOUT CERVICAL CANCER AND HPV INFECTIONS

Luka Kuhar, dipl. zn.
Edvard Jakšič, mag. viš. pred.
Alma Mater Europaea – ECM
kuhar.luka@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Raziskovalni problem in namen naše raziskave je bil ugotoviti prosvetljenost in znanje populacije o raku materničnega vratu in okužbi s HPV.

Metode: Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Sistematično smo pregledali slovensko in tujo literaturo s področja raka materničnega vratu in okužbe s HPV. Pomagali smo si s ključnimi besedami v slovenskem in tujem jeziku, kot so: Rak materničnega vratu, HPV, Predrakave spremembe, Ginekološka onkologija. Pri iskanju virov so nam bile v veliko pomoč podatkovne baze, kot sta Google Scholar in Cobiss. Pri iskanju ustrezne literature je bil uporabljen časovni okvir od leta 2005 do 2022, vendar je bila vključena tudi starejša literature, za katero smo presodili, da je še vedno relevantna. V drugem, empiričnem delu smo uporabili kvantitativno metodo dela z anketnim vprašalnikom.

Rezultati: Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja in hipoteze:

Anketa kaže, da največ informacij o RMV in okužbi s HPV izvejo preko socialnih omrežij, radia in televizije (38 %). Programu ZORA se najpogosteje odzove starostna skupina od 41 do 50 let. Najbolj zaskrbljujoč dejavnik tveganja je neuporaba kondoma (58 %), 46 % žensk je imelo nad 3 spolne partnerje, prvi spolni odnos do 15. leta je označilo 4 % žensk, kajenje 25 %.

Diskusija in zaključek: Zame je bil zanimivejši raziskovalni del. Že pri sestavi anketnega vprašalnika smo želeli na podlagi vprašanj pridobiti čim več in čim bolj izčrpne odgovore na zastavljena vprašanja. Na osnovi raziskovalnih vprašanj in postavljenih hipotez smo sestavili anketni vprašalnik. Zaradi narave vprašanj, predvsem osebnih vprašanj in vprašanj o spolnosti, smo bili zaskrbljeni, kakšen bo odziv na anketo. Pri vračanju anketnih vprašalnikov smo bili presenečeni nad količino vrnjenih odgovorov, ki jih je bilo enkrat več od pričakovanih. Zanimivi so bili tudi odzivi, saj je veliko anketirank sporočilo, da so z veseljem rešile anketo in da so iz ankete izvedele marsikaj, česar še niso vedele. Pri analizi odgovorov smo prišli do spoznanja, da je ozaveščenost o raku materničnega vratu in okužbi s HPV še zadovoljiva, vendar je višja pri mlajših ženskah, predvsem v delu, ki se nanaša na simptome in povezavo med okužbo s HPV in rakom materničnega vratu. Ozaveščenost mlajših žensk o RMV in okužbi s HPV se kaže tudi iz odgovora, da ženske največ informacij o tej temi dobijo iz socialnih omrežij, radia in televizije, saj je dejstvo, da ta način informiranja uporabljajo mlajše ženske, starejše se pa, kakor v preteklosti, rade poslužujejo bolj tiskanih medijev.

Ključne besede: Rak materničnega vratu, Humani papiloma virus (HPV), okužba

ABSTRACT

Introduction: The research problem and purpose of our research was to determine the awareness and knowledge of the population about cervical cancer and HPV infection.

Methods: We used a descriptive method of work. We systematically reviewed Slovenian and foreign literature in the field of cervical cancer and HPV infection. We helped each other with key words in Slovenian and foreign languages, such as cervical cancer, HPV, precancerous changes, gynecological oncology. When searching for sources, databases such as Google Scholar and Cobiss were of great help. When searching for relevant literature, the time frame from 2005 to 2022 was used, but older literature that we judged to be still relevant was also included. In the second empirical part, we used the quantitative method of working with a survey questionnaire.

Results: We asked ourselves the following research questions and hypotheses:

The survey shows that most information about RMV and HPV infection is learned through social networks, radio and television (38%). The age group from 41 to 50 responds most often to the ZORA program. The most worrying risk factor is the non-use of a condom (58%), 46% of women had more than 3 sexual partners, 4% of women indicated having their first sexual intercourse before the age of 15, 25% were smokers.

Discussion and conclusion: *The research part was more interesting for me. When compiling the survey questionnaire, we wanted to obtain as many and as comprehensive answers to the questions as possible based on the questions. Based on the research questions and hypotheses, we compiled a questionnaire. Due to the nature of the questions, especially personal and sexuality questions, we were concerned about the response to the survey. When returning the survey questionnaires, we were surprised by the amount of returned answers, which was once more than expected. The responses were also interesting, as many respondents reported that they were happy to complete the survey and that they learned many things from the survey that they did not know before. When analysing the answers, we came to the realisation that the awareness of cervical cancer and HPV infection is still satisfactory, but is higher among younger women, especially regarding the part that refers to the symptoms and the connection between HPV infection and cervical cancer. The awareness of younger women about RMV and HPV infection is also shown by the answer that women obtain the most information about this topic from social networks, radio and television, and this is due to the fact that younger women use this method of obtaining information, while older women, as in the past, prefer to use print media.*

Key words: *Cervical cancer, Human papilloma virus (HPV), infection*

1 UVOD

Rak je skupno ime za več kot 200 različnih bolezni, ki lahko nastanejo v kateremkoli tkivu in organu človeškega organizma. Razlikujejo se po pogostosti, zdravljenju in izidu, imajo pa tudi različne, bolj ali manj znane dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, ki vplivajo na njihov nastanek (Žakelj idr., 2006).

Splošno znano je, da rak materničnega vratu velja za raka razvitega sveta, kajti predstavlja dve tretjini vseh novonastalih rakov, kar predstavlja tudi do 20-kratne razlike med regijami. Rak materničnega vratu je šesti najpogostejši rak žensk s kar 5 % vseh rakov (Šegedin idr., 2018).

Rakave bolezni spremljajo številni strahovi in tabuji, saj je med ljudmi še vedno pogosto razširjeno prepričanje, da diagnoza rak pomeni gotovo in bolečo smrt. Zato je pomembna vloga zdravstvenih delavcev tudi vzgoja za zdravje, ki na področju rakavih obolenj pomeni poleg spodbujanja k zdravemu načinu življenja tudi učenje samopregledovanja dojk in mod, seznanjanje z osnovnimi zakonitostmi rakavih obolenj in s presejalnimi programi. Poleg tega pomeni obravnava te teme tudi priložnost za seznanjanje dijakov še z drugimi temami. Tema raka se lahko povezuje s temami s področja duševnega zdravja (soočanje s problemi, samopodoba). Obravnava raka dojk, raka materničnega vratu in raka mod je lahko priložnost, da spregovorimo o odnosu med spoloma, spolnosti itd. (Hafner, 2018, 14).

Cepljenje je najbolj učinkovito pred začetkom spolnih odnosov. V državah, kjer uspešno cepijo več let, se je zmanjšalo zbolevanje tako za genitalnimi bradavicami kot za predrakavimi spremembami. Cepljenje je učinkovito tudi po pričetku spolnih odnosov, vendar zaščiti le pred okužbo s tistimi HPV, s katerimi cepljena oseba še ni bila okužena in jih cepivo pokriva. Zato preventivne ginekološke preglede v okviru ZORA priporočamo tudi cepljenim dekletom (ZORA, 2017).

V onkologiji je izbira pravilne strategije zdravljenja v zgodnji fazi bolezni ključnega pomena, saj poveča verjetnosti remisije in izboljšanje preživetja. Za zdravljenje raka imamo na voljo kemoterapijo, imunoterapijo na osnovi protiteles, terapijo z obsevanjem in operativno zdravljenje. Vrsta zdravljenja je izbrana na podlagi zdravniške ocene posameznega bolnika, vrste raka, lokacije in stopnje bolezni. Neželene učinki zaradi kemoterapije so odvisni od različnih spremenljivk: zdravila, njegovega odmerka in trajanja zdravljenja. Ti neželeni učinki se kažejo kot bolečina, utrujenost, rane v grlu in ustih, driska, slabost, bruhanje, zaprtje in motnje krvi. Stranski učinki, ki prizadenejo živčni sistem, se običajno pojavijo pri kemoterapiji in vključujejo kognitivno disfunkcijo, glavobol, omotico, izgubo vida in motnje vida, zamegljen ali dvojni vid, spremembe v učenju in spominu, spolno disfunkcijo, ataksijo in periferno nevropatijo, izpuščaje, zvišano telesno temperaturo, hipotenzijo, kolitis ali druge težave s prebavili, tudi motnje v delovanju ščitnice, oslabilen imunski sistem (Vadala idr., 2016).

2 METODE

Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Sistematično smo pregledali slovensko in tujo literaturo s področja raka materničnega vratu in okužbe s HPV. Pomagali smo si s ključnimi besedami v slovenskem in tujem jeziku, kot so: Rak materničnega vratu, HPV, Predrakave spremembe, Ginekološka onkologija. Pri iskanju virov so nam bile v veliko pomoč podatkovne baze, kot sta Google Scholar in Cobiss. Pri iskanju ustrezne literature je bil uporabljen časovni okvir od leta 2005 do 2022, vendar je bila vključena tudi starejša literature, za katero smo presodili, da je še vedno relevantna. V drugem, empiričnem delu smo uporabili kvantitativno metodo dela z anketnim vprašalnikom.

3 REZULTATI

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja in hipoteze:

RV1: Na kakšen način ženske izvejo največ koristnih informacij o RMV in okužbi s HPV?

O: Anketa kaže, da največ informacij o RMV in okužbi s HPV izvejo preko socialnih omrežij, radia in televizije (38 %).

Tabela 1: Največ podatkov o bolezni sem izvedela:

	F	F%
Od ginekologa	16	9,9
Od staršev	8	4,9
V šoli	34	21,0
Preko socialnih omrežij, televizije, radia	61	37,7
Iz strokovne literature	28	17,3
Drugo:	15	9,3
Skupaj	162	100

Vir: Lastna raziskava, 2022.

Največ podatkov o bolezni so anketiranke izvedele preko socialnih omrežij, televizije, radia (37,7 %), sledijo v šoli 21 %, iz strokovne literature 17,3 %, od ginekologa 9,9 %, iz drugih virov 9,3 % ter 4,9 % od staršev.

RV2: Katera starostna skupina žensk se najpogosteje odzove programu ZORA?

O: Programu ZORA se najpogosteje odzove starostna skupina od 41 do 50 let.

Tabela 2: Se vedno odzovete vabilu na pregled za odvzem brisa v sklopu presejalnega programa ZORA?

	f	f%
Vedno	112	69,1
Včasih	22	13,6
Nikoli	28	17,3
Skupaj	162	100

Vir: Lastna raziskava, 2022.

Zelo pohvalen podatek je tudi, da se kar 69,1 % anketirank vedno udeleži vabilu na pregled za odvzem brisa v sklopu presejalnega programa ZORA, 13,6 % anketirank se udeleži včasih, 17,3 % nikoli.

RV3: Kateri dejavniki tveganja za obolenje RMV so najpogostejši pri ženskah v Pomurju?

O: Najbolj zaskrbljujoč dejavnik tveganja je neuporaba kondoma (58 %), 46 % žensk je imelo nad 3 spolne partnerje, prvi spolni odnos do 15. leta je označilo 4 % žensk, kajenje 25 %.

4 RAZPRAVA

Pomembno je, da se že v osnovnih in srednjih šolah govori, debatira o tem, razdeljuje brošure, na enostaven način predstavi bolezen žensk ter da se spodbuja k rednemu udeleževanju ginekoloških pregledov. Pomemben prenos informacij na mlade lahko naredijo tudi starši, da se z mladimi iskreno pogovorijo in jim predajo koristne informacije. Musa idr. (2017) podpirajo izvajanje izobraževalnih intervencij o raku materničnega vratu, ki temeljijo na teoriji za povečanje udeležbe žensk v presejalnih programih.

Iz odgovorov smo prišli do spoznanja, da je ozaveščenost žensk o RMV in okužbi s HPV sicer dobra, vendar še ne zadovoljiva. Glede na to, da imamo poleg preventivnega programa ZORA preko zloženk, raznih medijev (televizije, radia, interneta) resnično na voljo toliko informacij, o tej bolezni več ne bi smelo biti neznan. Zadovoljivo je tudi to, da je lahko tudi zdravljenje uspešno samo, če se bolezen zgodaj odkrije in pravočasno zdravi. Rak materničnega vratu je v svetu dobro vodljiva bolezen. Hitro odkrivanje in upoštevanje nasvetov zdravstvenih delavcev je ključno za uspešno zdravljenje.

5 ZAKLJUČEK

Zame je bil zanimivejši raziskovalni del. Že pri sestavi anketnega vprašalnika smo želeli na podlagi vprašanj pridobiti čim več in čim bolj izčrpne odgovore na zastavljena vprašanja. Na osnovi raziskovalnih vprašanj in postavljenih hipotez smo sestavili anketni vprašalnik. Zaradi narave vprašanj, predvsem osebnih vprašanj in vprašanj o spolnosti, smo bili zaskrbljeni, kakšen

bo odziv na anketo. Pri vračanju anketnih vprašalnikov smo bili presenečeni nad količino vrnjenih odgovorov, ki jih je bilo enkrat več od pričakovanih. Zanimivi so bili tudi odzivi, saj je veliko anketirank sporočilo, da so z veseljem rešile anketo in da so iz ankete izvedele marsikaj, česar še niso vedele. Pri analizi odgovorov smo prišli do spoznanja, da je ozaveščenost o raku materničnega vratu in okužbi s HPV še zadovoljiva, vendar je višja pri mlajših ženskah, predvsem v delu, ki se nanaša na simptome in povezavo med okužbo s HPV in rakom materničnega vratu. Ozaveščenost mlajših žensk o RMV in okužbi s HPV se kaže tudi iz odgovora, da ženske največ informacij o tej temi dobijo iz socialnih omrežij, radia in televizije, saj je dejstvo, da ta način informiranja uporabljajo mlajše ženske, starejše se pa, kakor v preteklosti, rade poslužujejo bolj tiskanih medijev.

LITERATURA IN VIRI

1. Hafner, A. (2018). Rakava obolenja in njihovo prepričanje ter zgodnje odkrivanje. *Odnos do telesa*: 14-19. Ljubljana, September 2018.
2. Šegedin, Barbara in Sebastjan Merlo, idr. (2018). *Rak materničnega vratu: zbornik znanstvenih prispevkov*. Ljubljana: Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD.
3. Vadala, Maria, Julio Cesar Morales-Medina, Annamaria Vallelunga, Beniamino Palmieri, Carmen Laurino in Timmaso Iannitti. (2016). *Mechanisms and therapeutic effectiveness of pulsed electromagnetic field therapy in oncology*. *Cancer medicine* 5.11: 3128-3139. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27748048/>
4. ZORA, državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Ljubljana. Dostopno na: <https://zota.onko-i.si/>
5. Žakelj-Primic, M., V. Zadnik, A. Pogačnik in M. Uršič-Vrščaj. (2006). Presejanje za raka materničnega vratu v Sloveniji in državni program ZORA. *Radiol.* 40.1: 143-148.

OZAVEŠČENOST ZDRAVSTVENIH DELAVCEV O KONTAMINACIJI VODE Z LEGIONELO

HEALTHCARE WORKERS' AWARENESS OF WATER CONTAMINATION WITH LEGIONELLA

Hana Špeglič, dipl. m. s.

Mateja Šimec, univ. dipl. org., pred.

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

hanapgl96@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Legionele so bakterije, ki jih lahko najdemo v skoraj vseh naravnih in umetnih vodnih okoljih, kjer voda dalj časa stoji. Primerna temperatura, ugoden pH in prisotnost kisika pa so komponente, ki lahko privedejo do množičnega razraščanja legionel ter posledično ogrožajo zdravje človeka. Namen raziskave je ugotoviti ozaveščenost zdravstvenih delavcev o kontaminaciji vode z legionelo.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Raziskava je potekala decembra 2022. Vzorec je zajemal zdravstvene delavce naključnega spola, starosti, izobrazbe ter mesta zaposlitve v zdravstvenih ustanovah.

Rezultati: Ugotovili smo, da je legionela prisotna v večini zdravstvenih ustanov. Zdravstveni delavci poznajo vsaj en vir in način okužbe z legionelo, prav tako pa poznajo tudi preventivne ukrepe za zatiranje legionel. Ugotovili smo tudi, da bi le nekaj zdravstvenih delavcev znalo pravilno ukrepati v primeru izbruha legioneloz.

Diskusija in zaključek: Izobraževanja zdravstvenih delavcev o kontaminaciji vode z legionelo bi se morala izvajati bolj pogosto, kar bi pripomoglo k pravočasnemu prepoznavanju simptomov, doslednemu izvajanju preventivnih ukrepov ter ukrepov ob morebitnem izbruhu okužb z legionelo.

Ključne besede: legionela, legioneloze, pitna voda, zatiranje legionel

ABSTRACT

Introduction: Legionella are bacteria that are present in almost all natural and artificial water environments where the water stands for a long time. Appropriate temperature, favorable pH and the presence of oxygen are components that can lead to massive growth of legionella and thus endanger human health. The aim of the study is to determine the awareness of health care workers about the contamination of water with legionella.

Methods: A quantitative research approach was used. The research took place in December 2022. The sample included healthcare workers randomized for gender, age, education, and place of employment in healthcare institutions.

Results: We have found that legionella can be present in all healthcare institutions. Healthcare workers are aware of at least one source and method of legionella infection, and they are also aware of preventive measures to control it. We also found that few healthcare workers know how to properly act in the event of a legionellosis outbreak.

Discussion and conclusion: The education of healthcare workers about water contamination with legionella should be carried out more often, which would help to recognize the symptoms of legionellosis in time, to consistently implement preventive measures and actions in the event of a possible outbreak of legionella infection.

Keywords: legionella, legionellosis, drinking water, suppression of legionella

1 UVOD

Legionele so anaerobne, nesporogene, po Gramu negativne bakterije. Poznamo približno 60 vrst legionel, najpogostejša med vsemi pa je *Legionella pneumophila* (Bauman, 2007). So precej odporne bakterije, saj prenašajo temperaturo od 0 do 60 °C (Bilban, 2015). Prisotne so v skoraj vseh naravnih sladkovodnih okoljih, najdemo pa jih lahko tudi v podzemnih in morskih vodah (Lenassi & Podboršek, 2012).

Kadar je število bakterij v naravnem okolju minimalno, takšna okolja ne predstavljajo vira okužbe, če pa legionele zaidejo v vodne sisteme, kjer so izpostavljene primerni temperaturi in mnogim drugim dejavnikom, pa se lahko hitro namnožijo in postanejo nevarne za zdravje ljudi (NIJZ, 2015). Glavni izvori izbruha legioneloz so predvsem umetno grajeni vodni sistemi v stavbah, v katerih so prisotne močno namnožene kolonije legionel (hladilni stolpi, fontane, vlažilniki zraka, masažni bazeni) (Lenassi & Podboršek, 2012).

Bakterija najpogosteje prizadene imunsko oslABLJENE in hudo bolne posameznike. Ljudje se okužijo z vdihavanjem aerosolov, ki vsebujejo legionele, ali ob aspiraciji vode, kontaminirane z legionelo. Prenos s človeka na človeka ni bil nikoli dokazan. Legionele povzročajo dve glavni obliki legioneloz, znani kot legionarska bolezen in pontiaška vročica. Legionarska bolezen predstavlja težjo obliko bolezni, saj poteka zelo podobno kot pljučnica. Pontiaška vročica pa je blaga oblika legioneloze, saj simptomi kot so bolečine v mišicah in povišana telesna temperatura običajno trajajo manj kot en teden (CDC, 2018). V praksi se pogosto zgodi, da legioneloze zdravniki sploh ne diagnosticirajo, saj nespecifične klinične znake pripišejo navadni pljučnici, čeprav je izrednega pomena, da čim prej začnemo zdravljenje (Pierre, Baron, Yu & Stout, 2017).

V Evropi vsako leto za legionelozo zbolijo 1,9 človeka na 100.000 prebivalcev. V Sloveniji se število okužb, ki jih povzročajo legionele, vsako leto veča, kar potrjujejo objavljeni podatki o prijavljenih primerih, iz katerih je razvidno, da je bilo leta 2006 prijavljenih 66 primerov okužbe, leta 2012 pa 81 (Keše, Kogoj & Žohar Čretnik, 2013). Leta 2020 je Slovenija poročala o najvišji stopnji prijav v Evropi, ko je bilo prijavljenih 120 okužb z legionelo (ECDC, 2022). Legioneloze lahko označimo tudi kot poklicne bolezni, saj med veliko število obolelih spadajo delavci, ki upravljajo vodovodne sisteme, sisteme klimatizacije ipd. (Bilban, 2015).

Bolnišnice predstavljajo okolje z visokim tveganjem za okužbo, saj je njihov sistem vodovodne napeljave pogosto zastarel. Prav tako so dotrajane tudi mnoge medicinske naprave, ki se uporabljajo pri hospitaliziranih bolnikih (mehanski ventilatorji, pripomočki za respiratorno terapijo...) (Montagna et al., 2018). Potencialno negativen vpliv na zdravje ljudi pa je izrednega pomena še zlasti tam, kjer so nastanjeni bolniki z imunsko pomanjkljivostjo, saj so ti veliko bolj dovzetni za okužbo z legionelo (Grašič, Kristl & Dovjak, 2013).

Za potrditev primera okužbe z legionelo je potrebno laboratorijsko testiranje, kot je osamitev bakterije iz izločkov (predvsem dihal), odkrivanje bakterijskega antigena v urinu in odkrivanje porasti določenih protiteles. Vsaka oseba, pri kateri je pozitiven eden od navedenih testov, se smatra za verjeten primer okuženosti z legionelo (Sočan & Štubelj, 2012, str. 63).

Pravilnik o pitni vodi (Uradni list RS, št. 19/2004, 2004) navaja, da skupno število kolonij mikroorganizmov ne sme presegati 100 CFU/ml (ang. Colony-forming units) oz. število kolonij na mililiter pitne vode. Koncentracija legionel v vodovodnem sistemu je natančneje definirana v bolnišničnem okolju, zdravstvenih domovih in domovih za starejše občane. Pravila in določila o ukrepih glede legionele so interna in veljajo za vsako ustanovo posebej. Koncentracija od 1000 do 10.000 CFU/l vode pri zdravem človeku že predstavlja nizko tveganje za okužbo. V bolnišnicah in domovih za starejše so zaradi narave okolja priporočene še manjše koncentracije legionel (od 0 do 100 CFU/l), na oddelkih, kjer se zdravijo pacienti z najtežjimi boleznimi (intenzivna terapija, hematologija, onkologija ...), pa je priporočljivo, da je vodovodno omrežje popolnoma brez legionel (0 CFU/l) (Bilban, 2015). V Sloveniji je zakon o maksimalnih dovoljenih koncentracijah legionele v vodi zelo slabo urejen. Trenutno je informiranost splošne javnosti o legioneli precej slaba. Prav zaradi tega bi bilo smiselno večje informiranje in poučevanje o preventivnih ukrepih, saj lahko bolezen pusti hude in trajne posledice (Grašič et al., 2013).

Le z izvajanjem določenih postopkov lahko zagotovimo varno in zdravstveno ustrezno pitno vodo (Čepič & Jevšnik, 2018). Glede na resnost in razširjenost legionel v okolju pa lahko izbiramo med različnimi oblikami dezinfekcije vode kot so dezinfekcija s pomočjo povišane temperature – toplotni šok, konstantno vzdrževanje temperature, dezinfekcija s klorom – klorini šok ter uporaba drugih dezinfekcijskih sredstev in postopkov (klorov dioksid, UV sevanje itd.). Med dodatne varnostne ukrepe, ki pripomorejo k preprečevanju razvoja legionel, pa spadajo še izpiranje pip in prh, čiščenje mrežic, čiščenje prh ter vzdrževanje kotnega ventila (Bilban, 2015).

2 METODE

Namen raziskave je bil ugotoviti ozaveščenost zdravstvenih delavcev o kontaminaciji vode z legionelo, za potrebe raziskave pa smo oblikovali dve raziskovalni vprašanji:

1. V kolikšni meri zdravstveni delavci poznajo legionelo ter legioneloze?
2. V kolikšni meri zdravstveni delavci poznajo preventivno delovanje ter ukrepe ob morebitnem izbruhu legioneloz?

Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop in deskriptivna metoda dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri.

Kot instrument za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda domače strokovne in znanstvene literature (Bilban, 2015; Grašič, Kristl & Dovjak, 2013, Lenassi & Podboršek, 2012). Anketni vprašalnik je vseboval 20 vprašanj.

Vzorec je bil priložnostni in je zajemal sto zdravstvenih delavcev naključnega spola, starosti, izobrazbe in mesta zaposlitve v zdravstvenih ustanovah.

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen spletni anketni vprašalnik, ki je bil objavljen na družabnem omrežju Facebook. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Pridobljene podatke smo računalniško obdelali, ugotovitve smo analizirali ter jih zapisali v razpravi in zaključku. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 REZULTATI

V anketi je sodelovalo 100 zdravstvenih delavcev, od tega 75 % ženskega in 25 % moškega spola. Večina anketiranih (49 %), je bilo starih od 26 do 40 let, skoraj polovica (48 %) jih ima višješolsko izobrazbo. Največ anketirancev (45 %) je zaposlenih v splošni bolnišnici ali univerzitetnem kliničnem centru, 36 % je zaposlenih v domu starejših občanov, 19 % v zdravstvenem domu.

Na vprašanje o načinu okužbe z legionelo je 88 % anketiranih odgovorilo z vdihovanjem okuženih aerosolov, 42 % s stikom s kontaminirano vodo, 41 % z uživanjem kontaminirane vode, 11 % preko okuženih oseb in 1 % ne pozna načinov okužbe. 66 (66 %) anketiranih se še ni srečalo z legionelo v ustanovi, kjer so zaposleni, 8 (8 %) anketiranih se je z legionelo srečalo v domu starejših občanov, 26 (26 %) anketirancev pa v splošni bolnišnici ali Univerzitetnem kliničnem centru. Nihče od anketiranih pa se ni z legionelo srečal na delovnem mestu v zdravstvenem domu. Na vprašanje »Kaj od naštetega lahko predstavlja izvor izbruha legionele?« je 84 % anketiranih odgovorilo vlažilniki zraka, 67 % klima, 63 % anketirancev meni, da so to sistemi za predihavanje in mehansko ventiliranje, 62 % pa meni, da izvor predstavljajo pripomočki za respiratorno terapijo. Na vprašanje o značilnih kliničnih znakih pri okužbi z legionelo 97 %

anketiranih meni, da je klinični znak okužbe z legionelo povišana telesna temperatura; 67 % bolečine v mišicah, 60 % bruhanje, 59 % jih meni, da je znak za okužbo z legionelo glavobol, 43 % jih meni, da je to kašelj; 39 % anketirancev meni, da so bolečine v sklepih; 35 % anketirancev pa je odgovorilo bolečine v prsnem košu.

Na vprašanje o glavnih preventivnih ukrepih za zatiranje legionele 95 % anketiranih meni, da je eden od glavnih preventivnih ukrepov za zatiranje legionele vzdrževanje določene temperature vode, 92 % meni, da izpiranje pip in prh, 28 % pa čiščenje vodnega kamna. Na vprašanje o ukrepih ob izbruhu legioneloz v njihovi zdravstveni ustanovi je 32 % anketiranih odgovorilo, da bi obvestili glavno medicinsko sestro, 21 % bi se ravnalo po navodilih medicinske sestre za obvladovanje bolnišničnih okužb, 14 % bi v zdravstveni ustanovi naredilo toplotni šok, 8 % bi izoliralo oddelek, 5 % bi izbruh legioneloze prijavilo na NIJZ, 11 % anketirancev pa ne ve, kako bi ukrepali v primeru izbruha legioenloz.

4 RAZPRAVA

Z raziskavo smo ugotovili, da anketirani poznajo vsaj en način okužbe z legionelo, med katerimi je najpogostejše vdihovanje okuženih aerosolov. Poznajo tudi izvore izbruha legionele, kot so vlažilniki zraka, klima ter sistemi za mehansko ventiliranje. Ugotovili smo tudi, da bi anketirani prepoznali znake okužbe z legionelo, najpogosteje pa so navedli povišano telesno temperaturo, bolečine v mišicah, glavobol ter kašelj.

Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da se legioneloza pojavlja po vsem svetu. Legioneloza se pojavlja v obliki blage vročinske bolezni do resne in včasih tudi smrtno nevarne pljučnice. Poznavanje simptomov bolezni in poznavanje ukrepov za zmanjšanje rasti legionel je pomembno za vse zdravstvene delavce (WHO, 2022).

Sethi, Kaka, Chopra in Bin Emran v raziskavi (2022) navajajo, da v Združenih državah Amerike, Evropi in Avstraliji vsako leto poročajo o 10–15 primerih legionarske bolezni na milijon prebivalcev. Čeprav je prenos s človeka na človeka neobičajen, še vedno predstavlja nevarnost za javno zdravje tako zaradi povezane umrljivosti kot razširjenega prenosa prek skupnega vira.

Ugotovili smo, da vsi anketirani poznajo vsaj en preventivni ukrep za zatiranje legionel, med katerimi je največkrat uporabljeno izpiranje pip in prh. Ugotovili smo tudi, da bi polovica anketiranih znala pravilno ravnati, če bi v njihovi zdravstveni ustanovi prišlo do izbruha okužbe z legionelo.

NIJZ (2015) navaja, da okužbe preprečujemo s skrbnim vzdrževanjem vodovodnih sistemov in naprav, ki ustvarjajo aerosol ter so možen vir okužbe. Da okužbe preprečimo, je potrebno redno čiščenje in odstranjevanje vodnega kamna, odstranjevanje oblog, kjer se bakterije najraje razmnožujejo, ter nadzor temperature v vodovodnem sistemu.

Po priporočilih NIJZ je potrebno za uspešno preprečevanje razmnoževanja legionel v objektih v javni rabi izdelati Načrt za preprečevanje legioneloz. Načrt temelji na ugotovitvah pregleda objekta, pri katerem se opredeli dejavnike tveganja za razmnoževanje legionel. Skladno z ugotovitvami pregleda objekta pa se določi izvajanje ukrepov (NIJZ, 2020).

5 ZAKLJUČEK

Legionele so bakterije, ki povzročajo dve glavni obliki bolezni, in sicer legionarsko bolezen in pontiaško vročico. Poznamo več kot 60 vrst legionel, od katerih je pri človeku najpogosteje izolirana *Legionella pneumophila*. Legionelo lahko najdemo v skoraj vseh naravnih in umetnih vodnih okoljih, kjer voda dalj časa stoji. Primerna temperatura, ugoden pH in prisotnost kisika pa so komponente, ki lahko privedejo do množičnega razraščanja legionel ter posledično ogrožajo zdravje človeka.

O legionelah se dandanes še vedno govori premalo. Kljub temu da se v Sloveniji število okužb iz leta v leto veča, legionele ostajajo podcenjene bakterije, bolezni povzročene z legionelo pa lahko na osebah pustijo hude in trajne posledice. Splošna javnost je še vedno slabo informirana o sami legioneli, saj se velika večina ne zaveda, da se le-ta lahko pojavi v skoraj vseh vodnih virih, če le-ti predstavljajo ugodno okolje za razrast legionele.

Zakon o maksimalnih dovoljenih koncentracijah legionele v vodi je v Sloveniji zelo slabo urejen. V Pravilniku o pitni vodi je navedeno samo, da skupno število mikroorganizmov ne sme presegati določenega števila kolonij na mililiter pitne vode, nič pa ni natančneje definirano za samo legionelo. Vsaka zdravstvena ustanova (bolnišnice, zdravstveni domovi, domovi starejših občanov) ima svoja interna pravila glede ukrepov, ki se lahko med seboj razlikujejo. Strokovno izpopolnjevanje zdravstvenega osebja je izrednega pomena za vse zdravstvene delavce, saj lahko samo tako pridobijo ustrezna znanja, ki jim omogočajo pravilno ukrepanje v primeru izbruha legioneloz.

LITERATURA IN VIRI

1. Bauman, R. (2007). *Microbiology With Diseases by Taxonomy*. London: Pearson.
2. Bilban, M. (2015). Legionela: Kako se ubraniti legionele: skrita nevarnost v vodovodu. *Delo in varnost*, 60 (6), 41–51.
3. Čepič, P. & Jevšnik, M. (2018). Sistemi zagotavljanja zdravstveno ustrezne pitne vode. In N. Kregar Velikonja (Ed.), *Zbornik prispevkov: Celostna obravnava pacienta* (pp. 114–124). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
4. Grašič, M., Kristl, Ž. & Dovjak, M. (2013). Pojav legionele v grajenem okolju in možen vpliv na zdravje ljudi. *Gradbeni vestnik*, 62 (12), 281–289.

5. Keše, D., Kogoj, R. & Žohar Čretnik, T. (2013). Okužbe z legionelo, povezane z zdravstvom. *Medicinski razgledi*, 52 (6), 191–196.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018, April 30). *Legionella (Legionnaires' Disease and Pontiac Fever)*. Retrieved March 14, 2023 from <https://www.cdc.gov/legionella/index.html>.
7. World Health Organization (WHO). (2022, September 6). *Legionellosis*. Retrieved March 14, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/legionellosis>.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015, September 5). *Legioneloza*. Retrieved March 16, 2023 from <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/nalezljive-bolezni-od-a-do-z/legioneloza/>.
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2022, May). *Legionnaires' disease: Annual Epidemiological Report for 2020*. Retrieved March 16, 2023 from <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/legionnaires-disease-annual-epidemiological-report-2020.pdf>.
10. Lenassi, M. & Podboršek, A. (2012). *Predstavitev znanih tehničnih možnosti zmanjšanja širjenja legionele v prezračevalno-klimatskih in vodovodnih sistemih*. Ljubljana: Inženirska zbornica Slovenije.
11. Montagna, M. T., De Giglio, O., Napoli, C., Diella, G., Rutigliano, S., Agodi, A. et al. (2018). Control and prevention measures for legionellosis in hospitals: A cross-sectional survey in Italy. *Environmental Research*, (166), 55–60. DOI: 10.1016/j.envres.2018.05.030.
12. Pierre, M. D., Baron, J., Yu, L. V. & Stout, E. J. (2017). Diagnostic testing for Legionnaires' disease. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 16 (59), 1–4. DOI: 10.1186/s12941-017-0229-6.
13. *Pravilnik o pitni vodi*. (2004). Uradni list RS, št. 19/2004. Retrieved from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2004-01-0865?sop=2004-01-0865>.
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020, April 20). Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Preprečevanje razmnoževanja legionel v hišnem vodovodnem omrežju*. Retrieved March 12, 2023 from <https://nijz.si/moje-okolje/pitna-voda/preprecevanje-razmnozevanja-legionel-v-hisnem-vodovodnem-omrezju/>.
15. Sethi, Y., Kaka, N., Chopra, H. & Bin Emran, T. (14. november 2022). Legionella pneumonia in Argentina: A disease cluster to worry about. *Annals of Medicine and Surgery*, 84, 1–2. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.104969.
16. Sočan, M. & Šubelj, M. (2012). *Definicije prijavljenih nalezljivih bolezni za namene epidemiološkega spremljanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

STRESNA URINSKA INKONTINENCA MED ŠTUDENTI UP FVZ

STRESS URINARY INCONTINENCE AMONG STUDENTS OF UP FHS

Petra Železnik, dipl. fiziot.

Vita Slak, dipl. fiziot.

dr. Marina Dobnik, prof. šp. vzg.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za kineziologijo

97210503@student.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Urinska inkontinenca je opredeljena kot navajanje kakršnegakoli nehotenega uhajanja urina. Med morebitne vzroke za njen pojav sodijo tudi nekatere oblike telesne dejavnosti.

Metode: Izvedena je bila presečna raziskava z anketnim vprašalnikom v času od oktobra do decembra 2022. Sodelovalo je 162 študentov in študentk Univerze na Primorskem, Fakultete za vede o zdravju.

Rezultati: Glede na kratko obliko vprašalnika za ugotavljanje urinske inkontinence ima 37,7 % sodelujočih urinsko inkontinenco, od tega večina blage do zmerne oblike (96,3 %), urin jim najpogosteje uhaja med kašljanjem, kihanjem ali telesno dejavnostjo. Redno telesno dejavnih je 74,1 % vprašanih, od tega jih vadbo za krepitev mišic medeničnega dna vsaj občasno izvaja 45,7 %. Statistično pomembne povezave med velikostjo sil podlage posameznega športa in urinsko inkontinenco nismo ugotovili, enako tudi med prisotnostjo urinske inkontinence in telesno dejavnostjo ali izvajanjem treninga za krepitev mišic medeničnega dna. Največ informacij o urinski inkontinenci so preiskovanci pridobili tekom šolanja na srednji šoli ali fakulteti (38,9 %), skoraj 30 % je največ informacij pridobilo na internetu.

Diskusija in zaključek: Smiselno bi bilo najti način za učinkovitejše ozaveščanje in predajanje znanja o urinski inkontinenci tekom šolanja ter motiviranje posameznikov za vključitev vadbe krepitev mišic medeničnega dna v svoj vsakdan.

Ključne besede: uhajanje urina, telesna dejavnost, mišice medeničnega dna

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is defined as any involuntary leakage of urine, which can also be caused by certain forms of physical activity.

Methods: A cross-sectional survey using a questionnaire was carried out among 162 students from University of Primorska, Faculty of Health Sciences, between October and December 2022.

Results: According to the short form of the questionnaire for determining urinary incontinence, 37.7% of the participants have urinary incontinence, with the majority having a mild to moderate

form (96.3%), with urine leakage typically occurring during coughing, sneezing, or physical activity. Although 74.1% of the respondents are regularly physically active, only 45.7% perform pelvic floor muscle training at least occasionally. We did not identify any statistically significant association between the ground impact of each sport, physical activity or pelvic floor muscles training and urinary incontinence. Most of the participants acquired knowledge about urinary incontinence during high school or university studies (38.9%), while nearly 30% obtained information from the internet.

Discussion and conclusion: *It is crucial to improve knowledge transfer about urinary incontinence during educational programs and develop strategies to encourage individuals to incorporate pelvic floor muscle training into their daily routine.*

Keywords: *urinary loss, physical activity, pelvic floor muscles*

1 UVOD

Urinska inkontinenca (UI) je opredeljena kot navajanje kakršnegakoli nehotenega uhajanja urina (Abrams et al., 2002). Ločimo tri oblike: urgentno, stresno in mešano (Abrams et al., 2002). Urgentna je definirana kot uhajanje urina, ki se pojavi po prehodni močni nuji po uriniranju, stresna kot nehoteno uhajanje urina ob naporu, kašljanju, kihanju ali telesni dejavnosti (TD), mešana pa je kombinacija z značilnostmi obeh (Abrams et al., 2002).

UI ni življenjsko ogrožajoče stanje, ima pa obsežne posledice na kakovost življenja (Hunskar & Vinsnes, 1991). Predstavlja lahko oviro za sodelovanje pri TD, socialnih stikih in vsakodnevnih dejavnostih, kar ogroža posameznikovo samozavest, počutje in zdravje (Brown & Miller, 2001). Pri ženskah je UI dvakrat pogostejša kot pri moških, večina primerov ostane nediagnosticiranih, saj manj kot četrtnina žensk poišče zdravniško pomoč (Borrie, Bawden, Speechley & Kloseck, 2002). Razlogi za to so različni, denimo zadrega, strah pred odzivom okolice, pomanjkanje informacij ter zmotno mišljenje, da je UI fiziološki pojav v procesu staranja ali po porodu (Borrie et al., 2002). Podatki o pojavnosti UI so posledično različni – v Sloveniji je pogostost UI 34,4 % (Kralj, 1995), pri ženskih športnicah po svetu pa med 19 in 76 % (Teixeira, Colla, Sbruzzi, Mallmann & Paiva, 2018).

Eden od morebitnih vzrokov za UI je popuščanje mišic medeničnega dna (MMD) (Kegel, 1948). Dejavnike tveganja predstavljajo starost, nosečnost, porod in obdobje menopavze (Bø & Borgen, 2001), pa tudi dejavniki, ki niso vezani izključno na spol ali določeno starostno obdobje, kot so prekomerna telesna masa, poklicno tveganje, kajenje, dihalna obolenja, okužbe sečil ... (Bø & Borgen, 2001). Dejavniki tveganja za pojav UI predstavlja tudi TD, odvisno od vrste in intenzitete gibalne aktivnosti ter velikosti sil podlage (Nygaard, DeLancey, Arnsdorf & Murphy, 1990).

Obstajata dve nasprotujoči si hipotezi o delovanju MMD med TD (Bø, 2004). Prva predpostavlja, da imajo telesno dobro pripravljene posameznice zaradi rednega ukvarjanja z vadbo močne MMD, saj povečanje tlaka v trebušni votlini med TD sproži aktivacijo trebušnih mišic in izzove ko-kontrakcijo MMD (Bø, 2004). To bi MMD posledično krepilo, TD pa bi tako preprečevala in zdravila UI (Bø, 2004).

Druga hipoteza nakazuje, da povečan tlak v trebušni votlini vodi v preobremenitev, razteg in oslabitev MMD, kar postopno vodi v morfološke in funkcionalne spremembe tkiv (Bø, 2004). Ta hipoteza ponuja razlago za prisotnost stresne UI pri mladih nuliparah, ki razen TD nimajo drugih dejavnikov tveganja (Bø, 2004). Več raziskav poroča, da imajo ženske športnice večje tveganje za nastanek UI, predvsem pri ukvarjanju z visoko odbojnimi športi (Fozzatti et al., 2012; Ščepanović, Grudnik, Šmit & Hlebš, 2017; de Mattos Lourenco, Matsuoka, Baracat & Haddad, 2018; Hagovska, Švihra, Buková, Dračková & Švihrová, 2018; Pires T, Pires P, Moreira & Viana, 2020; Rodríguez-López et al., 2020; Sorriquet-Hernández et al., 2020). Pri vrhunskih športnicah je tveganje za pojav UI več kot trikrat (Bø & Nygaard, 2020) večje kot pri telesno nedejavnih ženskah.

Ker novejša raziskava kažejo, da je UI pogosta tudi pri mladih, redno telesno dejavnih nuliparih ženskah, nas je zanimalo, kakšna je pogostost UI pri študentkah in študentih Univerze na Primorskem, Fakultete za vede o zdravju (UP FVZ).

2 METODE

Potek raziskave in pripomočki

Izvedena je bila presečna raziskava z anketnim vprašalnikom. Zbiranje podatkov je potekalo od oktobra do decembra 2022. Anketa je bila oblikovana v orodju 1KA, različica 22.10.05 (Univerza v Ljubljani, Ljubljana, 2022). Poleg demografskih vprašanj, vprašanj o morebitnem porodu in TD je vključevala kratko obliko vprašalnika za ugotavljanje UI, prevedenega v slovenščino (ICIQ – UI SF – International Consultation on Incontinence Questionnaire, Urinary Incontinence Short Form). Slovenska različica je validirana, veljavna in zanesljiva (Rotar et al., 2009). Vsebuje štiri vprašanja: o pogostosti in količini uhajajočega urina, vplivu na kakovost življenja in dejavnostih, pri katerih urin uhaja. Vsak odgovor je točkovno ovrednoten, pri čemer višja vsota pomeni večjo resnost UI (Žagar, Ščepanović & Jakovljević, 2013). TD je bila opredeljena glede na zadnje smernice Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) kot vsaj 150 do 300 minut zmerne TD na teden. Oblike TD so bile umeščene v kategorije glede na vpliv, ki ga imajo na medenično dno (visoko odbojni, srednje odbojni, nizko odbojni – angl. high impact, moderate impact in low impact) po vzoru avtorice Sorriquet-Hernández idr. (2020). Sodelovanje v raziskavi je bilo anonimno in prostovoljno.

Obdelava podatkov in statistična analiza

Podatki so bili urejeni in statistično obdelani v programu IBM SPSS Statistic, različica 26 (IBM Corporation, ZDA, 2019). Izvedena je bila opisna statistika in hi-kvadrat test s statistično pomembno vrednostjo $p < 0,05$. Grafi so bili izrisani v programu Microsoft Excel (Microsoft Corporation, ZDA, 2021).

3 REZULTATI

Preiskovanci

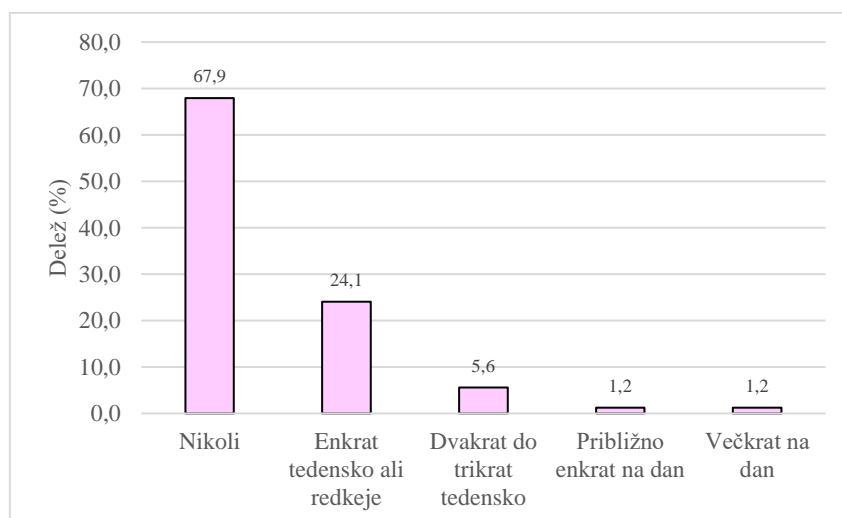
V raziskavi je sodelovalo 162 študentov in študentk UP FVZ, starih med 18 in 51 let ($\bar{x} = 22,6$ let), od tega 85,2 % ženskega spola. Podrobnejše podatke prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Demografski podatki

		število	delež (%)
spol	moški	24	14,8
	ženski	138	85,2
porod	vaginalni	11	90,9
	carski rez	1	9,1

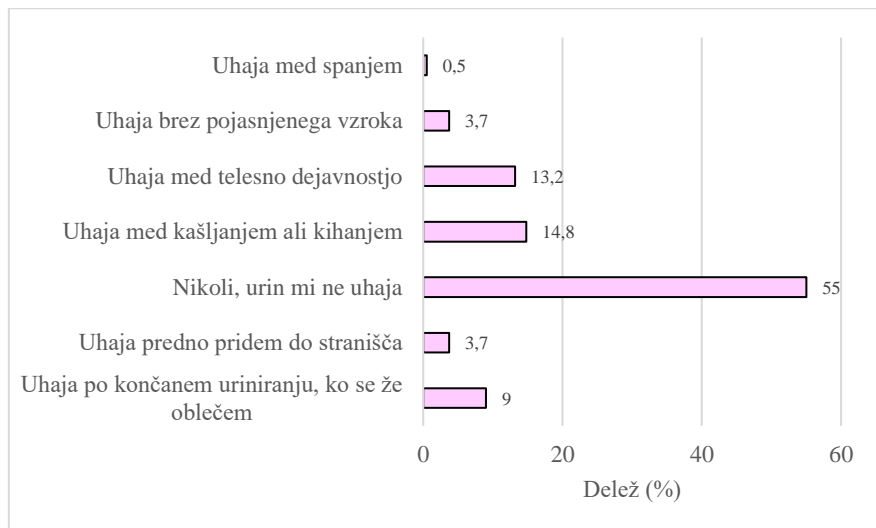
Vprašalnik ICIQ – UI SF

Na vprašanje, kako pogosto zaznavajo nehoteno uhajanje urina, je 67,9 % preiskovancev odgovorilo z »nikoli«, 24,1% jih je odgovorilo »enkrat tedensko ali redkeje«, odgovor »dvakrat do trikrat tedensko« je izbralo 5,6 %. Deleža preiskovancev, ki jim urin uhaja približno enkrat na dan in večkrat dnevno, sta enaka in znašata 1,2 %. Porazdelitev odgovorov prikazuje Slika 1.



Slika 1: Pogostost zaznavanja nehotenega uhajanja urina

Pri vprašanju o dejavnostih, pri katerih uhaja urin, so imeli preiskovanci možnost izbire več odgovorov. 104 (55,0 %) so odgovorili z »nikoli«, izmed tistih, ki jim uhaja, pa je bil najpogostejši odgovor »med kašljanjem ali kihanjem« (14,8 %) oziroma »med TD« (13,2 %). Odgovora »uhaja ves čas« ni izbral nihče. Pogostost izbranih odgovorov prikazuje Slika 2.



Slika 2: Dejavnosti, pri katerih uhaja urin

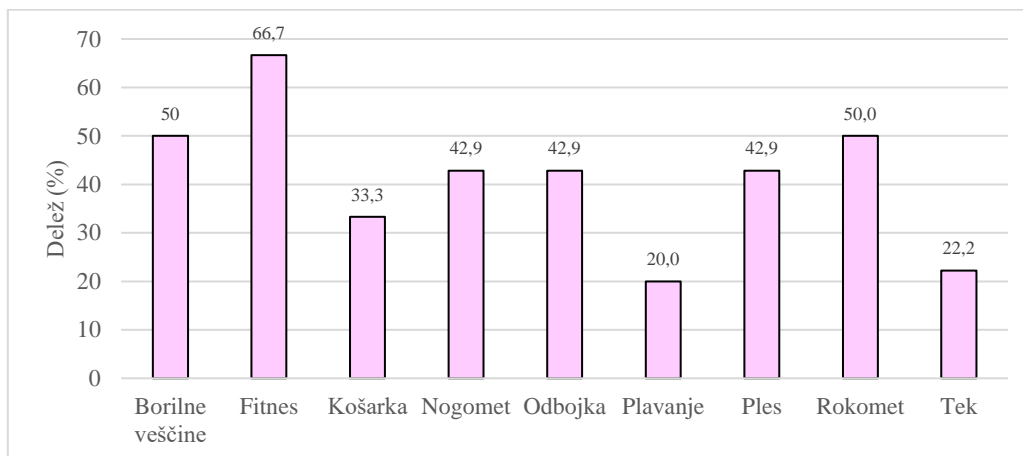
Na lestvici od 0 (»sploh me ne moti«) do 10 (»zelo me moti«) so preiskovanci označili, v kolikšni meri jih uhajanje urina moti v vsakodnevem življenju. 110 preiskovancev (67,9 %) uhajanje urina sploh ne moti, 5 pa jih zelo moti (3,1 %).

Na vprašanje, koliko urina ocenjujejo, da jim uide, je 106 preiskovancev odgovorilo, da nič (65,4 %), 54 (33,3 %) uide majhna količina, dvema (1,2 %) zmerna količina.

Skupni seštevek točk na vprašalniku ICIQ – SF je pokazal, da ima 37,7 % preiskovancev UI, od tega večina (96,3 %) blage do zmerne oblike.

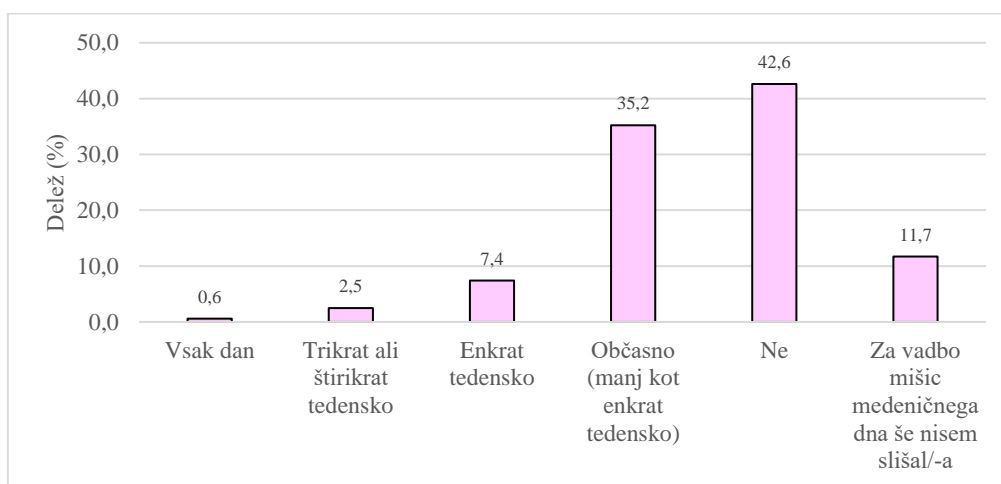
Telesna dejavnost in vadba za krepitev MMD

Priporočila SZO o TD dosega nekaj več kot 74 % preiskovancev. Izmed redno telesno dejavnih se jih 41,4 % ukvarja z visoko odbojnimi športi, pri čemer prevladujejo odbojka, nogomet in košarka. S srednje odbojnimi športi se ukvarja 11,1 % preiskovancev, z nizko odbojnimi 17,3 %. Slika 3 prikazuje delež preiskovancev z UI po športih, s katerimi se ukvarja 5 ali več preiskovancev.



Slika 3: Porazdelitev UI po športih

Kljub temu da je 74,1 % preiskovancev redno telesno dejavnih, vadbo za krepitev MMD izvaja 45,7 %, pri čemer so upoštevani tudi tisti, ki vadbo izvajajo občasno. Podatki so prikazani na Sliki 4.



Slika 4: Izvajanje vadbe za krepitev MMD

Med tistimi, ki se ukvarjajo z visoko odbojnimi športi, jih ima UI 38,3 %, med nizko odbojnimi je delež nižji (32,1 %), a statistično pomembne povezanosti med velikostjo sil podlage posameznega športa in UI ni ($\chi^2(3, n = 162) = 1,752; p = 0,625$). Ta prav tako ni bila zaznana med prisotnostjo UI in TD (vrhunski ali bivši vrhunski, rekreativni, sedentarni) ($\chi^2(2, n = 162) = 0,177; p = 0,915$) ter med prisotnostjo UI in izvajanjem vaj za krepitev MMD ($\chi^2(1, n = 162) = 0,000; p = 0,985$). Ugotavljanje povezanosti med UI in rodnici zaradi premajhnega vzorca ni bilo mogoče.

Informiranost študentov o UI

Študentje so največ informacij o UI pridobili na internetu (28,9 %), v času študija na UP FVZ (27,5 %) ali v okviru »drugo« (21,5 %), pri čemer prevladujejo druga izobraževanja, kot je srednja (zdravstvena) šola (12,7 %). Vira informacij o UI sta tudi strokovna literatura (17,4 %) in zdravnik (4,7%).

4 RAZPRAVA

Na podlagi vsote točk ICIQ – SF ugotovljamo, da ima UI 37,7 % študentov oziroma študentk UP FVZ. Ugotovljena prevalenca je višja kot tista, o kateri poročajo drugi avtorji. Pires et al. (2020) v metaanalizi ugotovljajo, da je povprečna prevalenca UI med športnicami 25,9 %, v raziskavi med turškimi študentkami je prevalenca UI znašala 18,4 % (Ural, Gücük, Ekici & Topçuoğlu, 2021). V študiji, izvedeni na slovenskih tleh, poročajo o 20-% prevalenci UI med športnicami in 11,4-% v kontrolni skupini (Šćepanović et al., 2017), kljub temu da je bil za diagnosticiranje UI uporabljen enak vprašalnik. Preiskovanke so bile sicer nekoliko mlajše (\bar{x} = 18 let), kar lahko pojasni razliko, saj je naraščajoča starost eden izmed dejavnikov tveganja za pojav UI (Bø & Nygaard, 2020), poleg tega so starejše športnice dalj časa vpete v intenzivno TD, s čimer se negativni učinki povečanega znotrajtrebušnega tlaka kopičijo (Casey & Temme, 2017). Pojavnost UI na UP FVZ je najbližje nedavni raziskavi med vrhunskimi športniki in športnicami, izvedeni v Španiji, kjer so UI zaznali med 33 % udeležениh (Rodríguez-López et al., 2020).

Na nacionalnem nivoju lahko opazimo, da prevalenca UI s starostjo variira – avtorica Šćepanović (2020) poroča o 13,9-% prevalenci UI med učenci in učenkami tretje triade osnovne šole, v raziskavi avtorice Serdinšek et al. (2021) pa je 17,8 % srednješolk izkusilo redno pojavljanje simptomov spodnjih sečil, med katere sodi tudi UI, katere delež je sicer znašal 5,9 %.

V letu 2014 je smernice SZO za TD dosegalo 33 % Slovenk in Slovencev, starih med 15 in 34 let (NIJZ, 2022), med študenti v trenutni raziskavi je delež več kot 74 %, kar bi lahko, na podlagi povezanosti vsakodnevne TD z UI, o kateri poročajo Ural et al. (2021), pojasnilo višjo prevalenco UI.

Pomembnih razlik med športi v naši raziskavi ni bilo, prevalenca UI je bila najvišja pri vadbi fitnesa. Gre za širok pojem, pod katerega lahko umestimo marsikatero obliko vadbe, kar predstavlja eno izmed omejitev raziskave. Preiskovanci so imeli pri navajanju športa možnost svojega odgovora, pri čemer so nekateri navedli več športov, izmed katerih je bil en visoko odbojen, drugi nizko, ali pa so navedli obliko vadbe, ki jo je težko umestiti v eno izmed kategorij, saj nismo prejeli informacij o intenzivnosti, pogostosti in trajanju TD, dosedanja dognanja o vplivu športov na MMD in pogostosti UI pri posameznem športu pa se med študijami razlikujejo

(de Mattos Lourenco et al., 2018; Hagovska et al., 2018; Rodríguez-López et al., 2020; Sorriquet-Hernández et al., 2020).

Prevladujoča oblika UI med študenti UP FVZ je stresna. Kljub temu, da je ugotovljena prevalenca visoka, je vpliv UI na kvaliteto življenja majhen, saj povprečna ocena znaša 1,1, na ICIQ – SF lestvici pa se velika večina uvršča med blago in zmerno obliko.

Ena izmed raziskav, opravljena na slovenskih tleh med zdravimi, redno telesno dejavnimi študentkami, je pokazala, da le 10 % preiskovank pozna funkcijo MMD in vaje za njihovo krepitev (Krničar, Ščepanović & Lukanović, 2004). Rezultati naše raziskave kažejo, da je poznavanje med študenti nekoliko boljše, saj vadbo za krepitev MMD vsaj občasno izvaja 45,7 % preiskovancev, delež tistih, ki jo izvajajo večkrat tedensko, pa ostaja pod 12 %. Primarni vir informacij o UI med študenti so formalne oblike izobraževanja (srednja šola, fakulteta), zaskrbnjujoč pa je podatek, da je skoraj 30 % študentov največ informacij pridobilo na internetu, kjer se znajdejo številne znanstveno nepreverjene informacije.

Ker gre pri vprašalniku za subjektivno poročanje o simptomih UI, bi bilo v prihodnosti smiselno spremljati dnevnik uriniranja, poleg tega pa tudi objektivno ovrednotiti funkcijo MMD z metodami, kot so ultrazvočna preiskava, biološka povratna zanka (angl. biofeedback), test z vložkom in vaginalni pregled za ugotavljanje pravilne kontrakcije MMD. To bi omogočilo sprejemanje ustreznih preventivnih ukrepov, ki bi izboljšali ozaveščenost študentov o UI in poudarili pomen krepitev MMD, ki velja za prvo obliko konzervativnega zdravljenja in preprečevanja UI (Cacciari, Dumoulin & Hay-Smith, 2019). Glede na široko ponudbo študentskih vadb bi krepitev MMD lahko vključili v marsikatero izmed njih kot ogrevalni del vadbene enote, s čimer bi povečali stopnjo izvajanja vadbe za krepitev MMD.

5 ZAKLJUČEK

Novejše raziskave kažejo, da je prepričanje o UI kot problemu izključno starejših žensk, rodnic, napačno. Enako potrjuje naša raziskava, izvedena med študenti UP FVZ, v kateri ugotavljamo, da ima več kot tretjina preiskovancev simptome UI, večina blage do zmerne oblike. Kljub temu da večina študentov zadosti smernicam SZO za ukvarjanje s TD, jih velika večina vaj za krepitev MMD ne izvaja dovolj pogosto. Prevladujoči vir informacij pri pridobivanju znanja o UI predstavlja šolanje, sledi internet. Smiselno bi bilo najti način za predajanje znanja o UI in vadbi za krepitev MMD ter najti ustrezne strategije motiviranja za vključitev krepitev MMD k drugim vadbenim enotam oziroma v posameznikov vsakdan.

LITERATURA IN VIRI

1. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ... Wein, A., & Standardisation Sub-committee of the International Continence Society (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and urodynamics*, 21(2), 167–178. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
2. Bø K. (2004). Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports medicine* (Auckland, N.Z.), 34(7), 451–464. <https://doi.org/10.2165/00007256-200434070-00004>
3. Bø, K. & Borgen, J. S. (2001). Prevalence of stress and urge urinary incontinence in elite athletes and controls. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(11), 1797–1802. <https://doi.org/10.1097/00005768-200111000-00001>
4. Bø, K. & Nygaard, I. E. (2020). Is Physical Activity Good or Bad for the Female Pelvic Floor? A Narrative Review. *Sports medicine*, 50(3), 471–484. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01243-1>
5. Borrie, M. J., Bawden, M., Speechley, M., & Kloseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association journal*, 166(10), 1267–1273.
6. Brown, W. J. & Miller, Y. D. (2001). Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity in women. *Journal of science and medicine in sport*, 4(4), 373–378. [https://doi.org/10.1016/s1440-2440\(01\)80046-3](https://doi.org/10.1016/s1440-2440(01)80046-3)
7. Cacciari, L. P., Dumoulin, C. & Hay-Smith, E. J. (2019). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a cochrane systematic review abridged republication. *Brazilian journal of physical therapy*, 23(2), 93–107. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.01.002>
8. Casey, E. K. & Temme, K. (2017). Pelvic floor muscle function and urinary incontinence in the female athlete. *The Physician and sportsmedicine*, 45(4), 399–407. <https://doi.org/10.1080/00913847.2017.1372677>
9. de Mattos Lourenco, T. R., Matsuoka, P. K., Baracat, E. C. & Haddad, J. M. (2018). Urinary incontinence in female athletes: a systematic review. *International urogynecology journal*, 29(12), 1757–1763. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3629-z>
10. Fozzatti, C., Riccetto, C., Herrmann, V., Brancalion, M. F., Raimondi, M., Nascif, C. H. ... & Palma, P. P. (2012). Prevalence study of stress urinary incontinence in women who perform high-impact exercises. *International urogynecology journal*, 23(12), 1687–1691. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1786-z>
11. Hagovska, M., Švihra, J., Buková, A., Dračková, D. & Švihrová, V. (2018). Prevalence and risk of sport types to stress urinary incontinence in sportswomen: A cross-sectional study. *Neurourology and urodynamics*, 37(6), 1957–1964. <https://doi.org/10.1002/nau.23538>
12. Hunskar, S., & Vinsnes, A. (1991). The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(4), 378–382. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb02903.x>
13. Kegel A. H. (1948). Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *American journal of obstetrics and gynecology*, 56(2), 238–248. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(48\)90266-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(48)90266-x)
14. Kralj, B. (1995). Urinska inkontinenca pri ženski. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 29, 47–51.

15. Krničar, I., Ščepanović, D. & Lukanović, A. (2004). Pojavnost urinske inkontinence pri telesno dejavnih ženskah in športnicah – pregled literature. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 38(3), 241–254. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2509>
16. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). NIJZ Podatkovni portal [zbirka podatkov]. Retrieved from <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>
17. Nygaard, I., DeLancey, J. O., Arnsdorf, L., & Murphy, E. (1990). Exercise and incontinence. *Obstetrics and gynecology*, 75(5), 848–851.
18. Pires, T., Pires, P., Moreira, H. & Viana, R. (2020). Prevalence of Urinary Incontinence in High-Impact Sport Athletes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of human kinetics*, 73, 279–288. <https://doi.org/10.2478/hukin-2020-0008>
19. Rodríguez-López, E. S., Calvo-Moreno, S. O., Basas-García, Á., Gutierrez-Ortega, F., Guodemar-Pérez, J. & Acevedo-Gómez, M. B. (2021). Prevalence of urinary incontinence among elite athletes of both sexes. *Journal of science and medicine in sport*, 24(4), 338–344. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.09.017>
20. Rotar, M., Trsinar, B., Kisner, K., Barbic, M., Sedlar, A., Gruden, J. & Vodusek, D. B. (2009). Correlations between the ICIQ-UI short form and urodynamic diagnosis. *Neurourology and urodynamics*, 28(6), 501–505. <https://doi.org/10.1002/nau.20689>
21. Serdinšek, T., Sobočan, M., But, Š., Špilak-Gomboc, M., & But, I. (2021). Lower urinary tract symptoms in adolescent girls: a questionnaire-based study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 258, 452–456. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.01.023>
22. Sorriquetá-Hernández, A., Padilla-Fernandez, B. Y., Marquez-Sanchez, M. T., Flores-Fraile, M. C., Flores-Fraile, J., Moreno-Pascual, C., ... Lorenzo-Gomez, M. F. (2020). Benefits of Physiotherapy on Urinary Incontinence in High-Performance Female Athletes. Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(10), 3240. <https://doi.org/10.3390/jcm9103240>
23. Ščepanović, D. (2020). *Gradniki modela nacionalnega programa primarne preventivne urinske inkontinence v Sloveniji* (doktorska disertacija). Fakulteta za organizacijske študije v Novem mestu, Novo mesto.
24. Ščepanović, D., Grudnik, T., Šmit, D. & Hlebš, S. (2017). Urinska inkontinenca pri vrhunskih športnicah. *Revija za univerzalno odličnost*, 6(4), 350–365.
25. Teixeira, R. V., Colla, C., Sbruzzi, G., Mallmann, A., & Paiva, L. L. (2018). Prevalence of urinary incontinence in female athletes: a systematic review with meta-analysis. *International urogynecology journal*, 29(12), 1717–1725. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3651-1>
26. Ural, Ü. M., Gücük, S., Ekici, A. & Topçuoğlu, A. (2021). Urinary incontinence in female university students. *International urogynecology journal*, 32(2), 367–373. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04360-y>
27. Žagar, V., Ščepanović, D. & Jakovljević, M. (2013). Urinska inkontinenca in zmogljivost prijema roke. *Fizioterapija*, 21(1), 1–6.

OZAVEŠČENOST MLADOSTNIKOV O ŠKODLJIVOSTI KAJENJA

AWARENESS ABOUT THE HARMFULNESS OF SMOKING AMONG ADOLESCENT POPULATION

Tanja Cencelj Rovšnik

viš. pred. dr. Andreja Hrovat Bukovšek

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za zdravstveno nego

tanja.rovsnik@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: V razvitem svetu se število kadilcev sicer počasi zmanjšuje, pa vendar ostaja kajenje med najstniki še vedno izredno priljubljena razvada. Škodljivost kajenja se izraža skozi odvisnost in številne bolezni, povezane s kajenjem. Namen prispevka je ugotoviti osveščenost mladostnikov o škodljivosti kajenja.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativni metodi raziskovanja in metodi deskripcije. Uporabili smo tehniko anketiranja. Podatke smo pridobili z anketnim vprašalnikom, ki smo ga oblikovali na osnovi pregleda literature. Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec, v katerega smo vključili 120 dijakov ene izmed srednjih šol v Celju. Pravilno izpolnjenih je bilo 100 anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 83-odstotno realizacijo vzorca. Podatki so bili zbrani in obdelani s programom Microsoft Office Excel 2019.

Rezultati: 93 dijakov se zaveda škodljivosti kajenja in 96 dijakov je prepoznalo večino najpogostejših bolezni, povezanih s kajenjem. 58 dijakov kadi predvsem zato, ker se ob tem dobro počutijo,, 63 dijakov pa je mnenja, da jim kajenje pomaga pri premagovanju stresa. 22 dijakov meni, da bi pri opuščanju kajenja potrebovali pomoč, 9 dijakov pa bi pomoč pri opuščanju kajenja poiskalo v športnih aktivnostih.

Diskusija in zaključek: Kljub ugotovitvam, da največ informacij o negativnih učinkih kajenja dijaki pridobijo v šoli in da so dobro osveščeni o škodljivosti kajenja, menimo, da bi bilo dobro razmišljati o ciljnih zdravstveno vzgojnih vsebinah v zadnjih treh razredih osnovne šole in za dijaško populacijo.

Ključne besede: kajenje, mladostnik, posledice kajenja, opuščanje kajenja

ABSTRACT

Introduction: Although the number of smokers in the developed world is slowly decreasing, smoking remains an extremely popular vice among teenagers. The harmfulness of smoking is expressed through addiction and many diseases related to smoking. The purpose of the article is to determine the awareness of young people about the harmfulness of smoking.

Methods: The research is based on the quantitative method and the method of description. We used the survey technique to obtain the data using a questionnaire, which we designed based on literature review. We used a non-random, convenient sample in which we included 120 students from one of the secondary schools in Celje. 100 survey questionnaires were filled out correctly, representing a 83 % realization of the sample. Data was collected and processed using Microsoft Office Excel 2019.

Results: 93 students are aware of the dangers of smoking and 96 students recognized most of the most common diseases related to smoking. 58 students smoke mainly because it makes them feel good, and 63 students are of the opinion that smoking helps them overcome stress. 22 students believe they would need help with quitting, and 9 students would try to replace smoking with sports activities.

Discussion and conclusion: Despite the findings that students acquire the most information about the negative effects of smoking at school and that they are well aware of the harmful effects of smoking, we believe it would be beneficial to think about targeted health education content in the last three grades of primary school and for the student population.

Keywords: smoking, adolescent, smoking consequences, smoking cessation

1 UVOD

Poleg 4.000 kemikalij, ki se nahajajo v glavnem dimu cigarete, ki ga vdihava kadilec, ta vsebuje še skoraj 70 rakotvornih snovi. Tudi pri pasivnem kajenju, torej kajenju, pri katerem oseba sicer sama ne kadi, ampak vdihuje dim osebe, ki kadi zraven nje (oziroma je izpostavljena tobačnemu dimu, ki se nahaja v okolju), so prisotni številni toksini in rakotvorne snovi. Na žalost je ta koncentracija pogosto celo večja kot v primeru glavnega dima. Pri otrocih oziroma mladostnikih je tveganje za zdravstvene posledice v prihodnosti, glede na to, da se še telesno razvijajo, pri daljši izpostavljenosti še večje (Kaleta, Polanska, Wojtysiak & Szatko, 2017).

Znano je, da kajenje predstavlja zdravstveno tveganje, saj škoduje vsem telesnim organom. Poleg tega da povzroča številne bolezni, tudi na splošno slabša naše zdravje. Kajenje poleg približno 16 različnih vrst raka povzroča tudi akutne bolezni dihalnega sistema, spodbuja nastanek bolezni srca in ožilja ter sinergistično vpliva na hipertenzijo, sladkorno bolezen, vpliva pa tudi na očesne bolezni, kot je nastanek sive mrežnice. Kadilci so pogosteje izpostavljeni razjedi želodca in dvanajstnika, raziskave pa kažejo, da je pri kadilcih pogostejši in zgodnejši tudi razvoj osteoporoze (Zadnik, 2017). Pri moških kajenje povzroča spolne motnje, pri ženskah pa vpliva na plodnost in predstavlja tveganje za izvenmaternično nosečnost. Med nosečnostjo lahko vpliva tudi na zaostanek v rasti ploda (Mesarič, Novak Mlakar & Hočevnar, 2014).

V razvitem svetu se število kadilcev sicer počasi zmanjšuje, pa vendar ostaja kajenje med najstniki še vedno izredno priljubljena razvada. V primeru mladostnikov gre za zelo ranljivo ciljno

skupino, za katero številne vladne in nevladne organizacije menijo, da potrebuje čim zgodnejše soočenje s posledicami kajenja. Statistični podatki kažejo, da mladostniki pričnejo s kajenjem okrog 13. leta starosti, v starosti 18 let pa je številka mladostnikov, ki kadijo, največja (Vičič, 2011). Dosedanje raziskave, ki so bile izvedene v Sloveniji, so pokazale, da je uporaba tobaka med mladostniki širok družbeni problem in da se naša država uvršča nad mednarodno povprečje (Koprivnikar, Drev, Roškar, Zupanič, & Jeriček Klanšček, 2018).

Odvisnost od kajenja se v mladostništvu lahko razvije zaradi vedenja, ki je posledica različnih dejavnikov (Koprivnikar et al., 2018). Pri povzemanju vzrokov kajenja pri mladostnikih pa se je treba najprej zavedati, da gre za zelo obširno temo, saj so ti ne samo številni, pač pa tudi zapleteni in medsebojno povezani. Med najpogostejšimi je izpostavljenost pasivnemu kajenju v družini, saj družina predstavlja osnovni kontekst, v okviru katerega si otroci gradijo predstave o sebi, drugih in svetu (Kandel, Griesler & Hu, 2015). Med pogoste dejavnike za kajenje pri mladostnikih prištevamo tudi visoko družbeno toleranco do tobačnih izdelkov, njihovo dostopnost in oglaševanje tobačnih izdelkov ter eksperimentiranje mladostnikov z vedenjem v družbi (Čeh, 2004).

Ozaveščanje in s tem preprečevanje kajenja se mora začeti čim prej, torej pred začetkom adolescence, trajati pa mora čim dlje. Ključne prehodne točke v življenju, kot so npr. prehod med šolami, prehod od šolanja do prve zaposlitve, prehod med različnimi zaposlitvami, itd. so tiste, ki lahko pripomorejo k začetkom kajenja in tudi pri napredovanju od poskusov kajenja do rednega kajenja (Koprivnikar, 2011). Za opustitev kajenja je še posebej težko motivirati mladostnike, predvsem zaradi tega, ker je večina prepričana, da pomoči ne potrebuje, saj menijo, da bodo lahko prenehali s kajenjem takoj, ko se bodo za to odločili. Mladostnika je treba ozavestiti o tem, da iskanje pomoči ni nič slabega, kot tudi o tem, kje naj pomoč pravzaprav poišče. Mladostniki se lahko po pomoč obrnijo na svetovalni telefon z brezplačno telefonsko številko 080 27 77, ki deluje vsak dan, tudi nedelje in praznike, med 7. in 10. uro in med 17. in 20. uro. Strokovno usposobljeni svetovalci so na voljo, da mu pomagajo pri izbiri najbolj primerne oblike pomoči (Štumfl, 2013).

Namen raziskave je ugotoviti ozaveščenost mladostnikov o škodljivosti kajenja. Oblikovali smo naslednje raziskovalne cilje: predstaviti škodljivosti kajenja med mladostniki in opisati posledice kajenja; ugotoviti vzroke za mladostniško kajenje in vpliv kajenja na njihovo počutje; ugotoviti, koliko se mladostniki zavedajo škodljivosti in posledic kajenja; ugotoviti, kje mladostniki dobijo informacije o negativnih učinkih kajenja, in ugotoviti, kje bi mladostniki poiskali pomoč, da bi prenehali s kajenjem.

Na osnovi opredeljenega raziskovalnega problema smo oblikovali štiri raziskovalna vprašanja:

RV 1: Zakaj mladostniki kadijo in kako kajenje vpliva na njihovo počutje?

RV 2: Koliko so mladostniki osveščeni o škodljivosti in posledicah kajenja?

RV 3: Kje mladostniki dobijo največ informacij o negativnih učinkih kajenja?

RV 4: Ali bi mladostniki pri prenehanju kajenja potrebovali pomoč in kje bi jo iskali?

2 METODE

2.1 Raziskovalna metoda

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop ter deskriptivno in eksplikativno metodo raziskovanja. Podatke smo pridobili s tehniko anketiranja dijakov ene izmed srednjih šol v Celju. Za potrebe empiričnega dela je bila zbrana strokovna literatura iz knjižnice in iz podatkovnih baz COBISS, PubMed in Dlib.

2.2 Opis instrumentarija

Za ugotavljanje osveščenosti mladostnikov o škodljivosti kajenja smo izdelali anketni vprašalnik na podlagi pregleda literature (Koprivnikar, 2009; Koprivnikar, 2017; Koprivnikar et al., 2018). Anketni vprašalnik je v prvem delu vseboval 14 vprašanj, 11 vprašanj zaprtega tipa in 2 vprašanja polodprtega tipa, ki so bila namenjena oceni dijakov glede kajenja, vpliva kajenja na njihovo počutje, ozaveščenosti o škodljivosti in posledicah kajenja, pridobivanju informacij o negativnih učinkih kajenja in morebitni pomoči pri prenehanju kajenja. Pri enem anketnem vprašanju pa je bilo treba glede na seznanitev z navedeno boleznijo in njeno posledično povezavo s kajenjem izbrati med odgovorom DA ali NE. Drugi del vprašalnika je vseboval demografske podatke. Pridobljene podatke smo statistično obdelali s programom Microsoft Office Excel 2019.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, priročni vzorec. V raziskavo smo vključili dijake 3. in 4. letnika ene izmed celjskih srednjih šol. Razdelili smo 120 anketnih vprašalnikov, vrnjenih in ustrezno izpolnjenih pa smo dobili 100 vprašalnikov, kar predstavlja 82-odstotno realizacijo vzorca.

V skupini 100 anketirancev je bilo 28 (28 %) dijakov in 72 (72 %) dijakinj. V starostni skupini 18 let je bilo največ, 65 (65 %), anketirancev, kar je tudi povprečna starost anketirancev. Ugotovili smo, da 35 (35 %) dijakov ne kadi, 25 (25 %) dijakov sicer ne kadi, so pa poskusili kaditi, 22 (22 %) dijakov kadi redno, 15 (15 %) dijakov kadi občasno, 3 (3 %) dijaki pa samo na zabavah.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za raziskavo smo pridobili soglasje vodstva izbrane srednje šole, ki pa v raziskavi ni želela biti imenovana. Vsem dijakom smo razdelili anketni vprašalnik, za izpolnitev vprašalnika pa so potrebovali 5 minut. Anketiranje smo izvajali od 22. 11. – do 30. 11. 2022. Pridobljene podatke

smo statistično obdelali s programom Microsoft Office Excel 2019. Za merjenje spremenljivke smo uporabili opisne statistične metode: frekvence in odstotke (%).

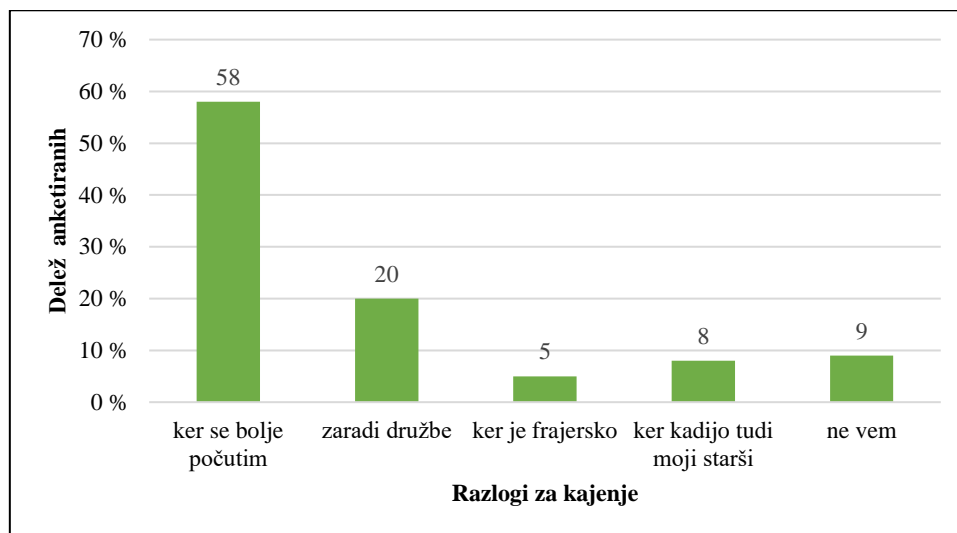
2.5 Etični vidik raziskovanja

Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje k raziskovanju od raziskovalnega okolja in individualni pristanek posameznega anketiranega dijaka. Vsi pridobljeni podatki so uporabljeni izključno za namen raziskave. Anketiranim je bila zagotovljena pravica do neškodovanja, polne pojasnitve, odločitve o sodelovanju, zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Oviedsko konvencijo (MZ, 2009).

3 REZULTATI

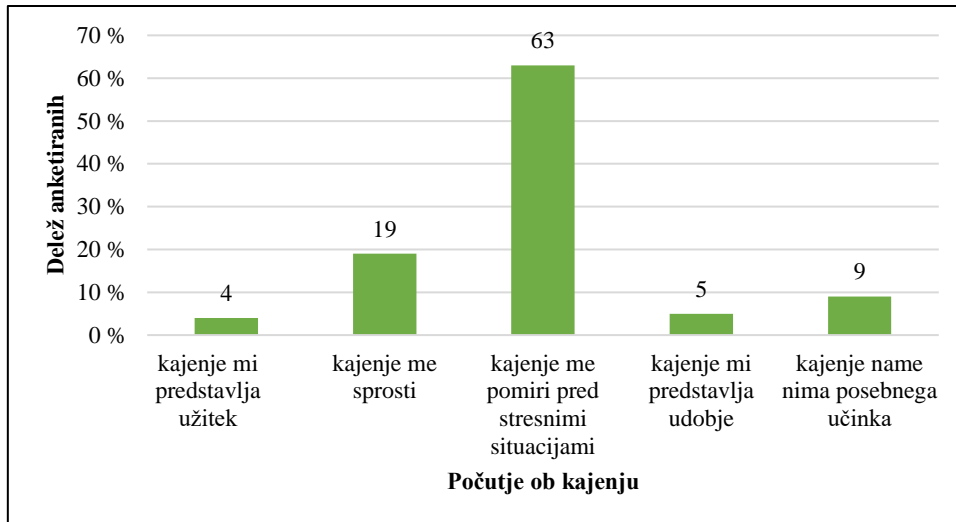
V nadaljevanju predstavljamo rezultate opravljene raziskave med dijaki srednje šole.

S slike 1 je razvidno, da 58 (58 %) dijakov kadi, ker se ob tem bolje počutim, 20 (20 %) dijakov kadi zaradi družbe, 8 (8 %) dijakov kadi, ker kadijo tudi njihovi starši, 5 (5 %) dijakov pa kadi, ker je to »frajersko«. 9 (9 %) dijakov je izbralo odgovor drugo, pri tem pa so vsi navedli enak odgovor, in sicer – ne vem.



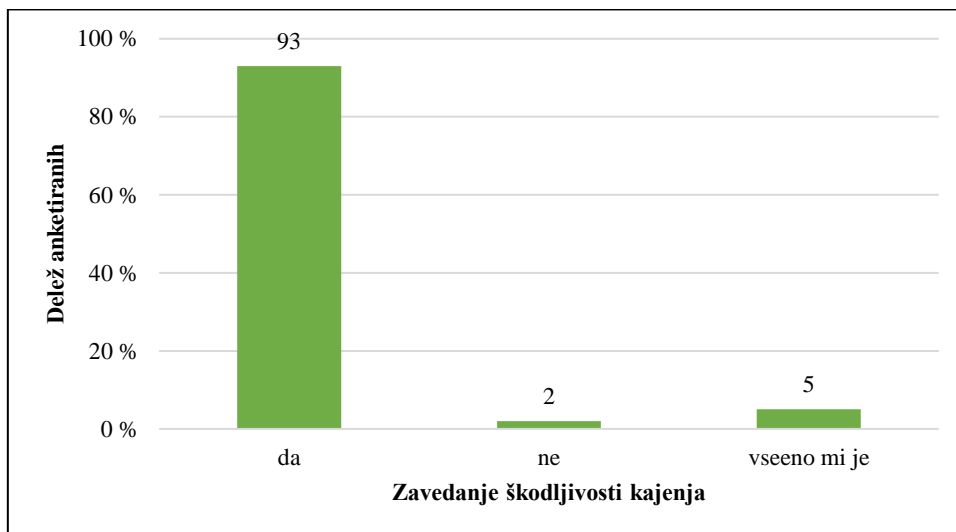
Slika 1: Razlogi za kajenje (Anketni vprašalnik, 2022)

S slike 2 je razvidno, da 63 (63 %) dijakov kajenje pomiri pred stresnimi situacijami, 19 (19 %) dijakov kajenje sprosti, na 9 (9 %) dijakov kajenje nima posebnega učinka, 5 (5 %) dijakom kajenje predstavlja udobje, 4 (4 %) dijakom pa užitek.



Slika 2: Učinek kajenja na počutje (Anketni vprašalnik, 2022)

Kot prikazuje slika 3, se 93 (93 %) dijakov zaveda, da je kajenje škodljivo, 5 (5%) dijakov je odgovorilo, da jim je vseeno glede škodljivosti, 2 (2 %) dijaka pa sta odgovorila, da se ne zavedata škodljivosti kajenja.



Slika 3: Zavedanje o škodljivosti kajenja (Anketni vprašalnik, 2022)

96 (96 %) dijakov je seznanjenih z zdravstvenimi posledicami kajenja. Pri prepoznavanju zdravstvenih posledic kajenja so vsi dijaki, 100 (100 %) kot posledico kajenja prepoznali rak ustne votline, žrela, grla in dihal, prav tako 96 (96 %) dijakov meni, da je s kajenjem povezan tudi rak želodca, debelega črevesja in slinavke. 88 (88 %) dijakov meni, da je s kajenjem povezan rak materničnega vratu, 80 (80 %) pa, da je s kajenjem povezan tudi rak sečnega mehurja. 65 (65 %) dijakov meni, da je s kajenjem posledično povezana poškodba spermijev, 56 (56 %) pa meni, da osteoporoza. Kot zdravstveno posledico kajenja je 44 (44 %) dijakov prepoznalo neplodnost, 36 (36 %) izvenmaternično nosečnost in 29 (29 %) hipertenzijo. Med boleznimi, ki

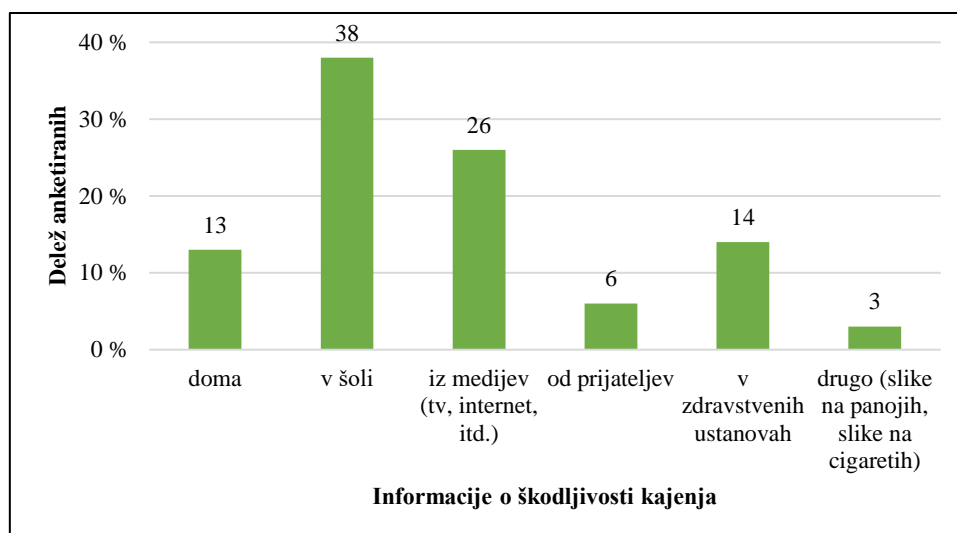
so jih dijaki manj povezali s posledicami kajenja, so revmatoidni artritis, ki ga je kot posledico kajenja prepoznalo 19 (19 %) dijakov, sladkorna bolezen, ki jo je prepoznalo 18 (18 %) dijakov, katarakta, ki jo je prepoznalo 16 (16 %) dijakov in degeneracija rumene pege, ki jo je prepoznalo 12 (12 %) dijakov. Rezultati so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Prepoznavanje posledic kajenja

	DA	%	NE	%
Rak ustne votline, žrela, grla in dihal	100	100 %	0	0 %
Rak želodca, debelega črevesja in slinavke	96	96 %	4	4 %
Rak materničnega vratu	88	88 %	12	12 %
Rak sečnega mehurja	80	80 %	20	20 %
Sladkorna bolezen	18	18 %	82	82 %
Hipertenzija	29	29 %	71	71 %
Revmatoidni artritis	19	19 %	81	81 %
Osteoporoz	56	56 %	44	44 %
Katarakta (siva mrena)	16	16 %	84	84 %
Degeneracija rumene pege	12	12 %	88	88 %
Poškodbe spermijev	65	65 %	35	35 %
Izvenmaternična nosečnost	36	36 %	64	64 %
Neplodnost	44	44 %	56	56 %

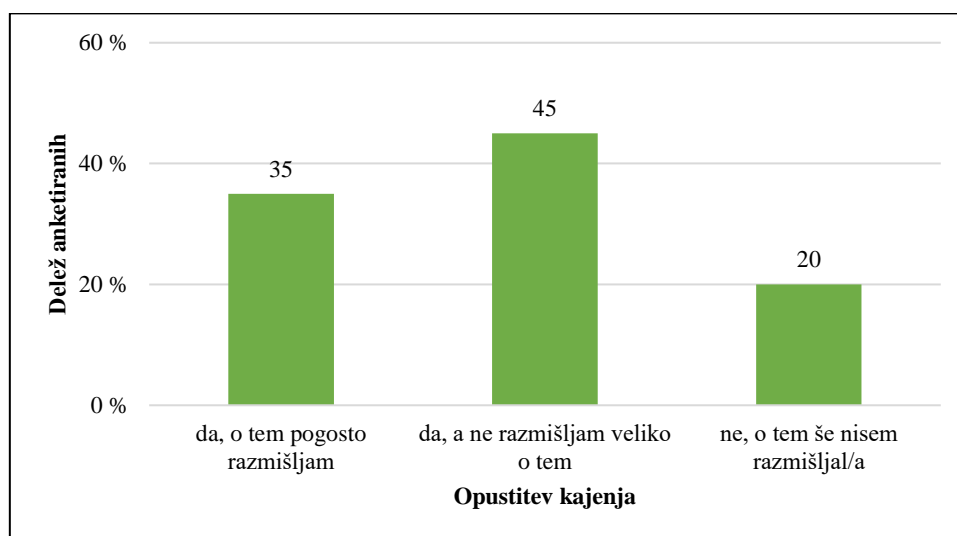
(Vir: Anketni vprašalnik, 2022)

Kot prikazuje slika 4, je največ dijakov, in sicer 38 (38 %) prejelo informacije o negativnih učinkih kajenja v šoli. 26 (26 %) dijakov je največ informacij prejelo iz medijev, 14 (14 %) dijakov v zdravstvenih ustanovah, 13 (13 %) dijakov doma, 6 (6 %) dijakov od prijateljev, 3 (3 %) dijaki pa na panojih oziroma s slik na cigaretnih škatlicah.



Slika 4: Prejemanje informacij o škodljivosti kajenja (Anketni vprašalnik, 2022)

Na vprašanje glede opustitve kajenja je odgovorilo 40 dijakov, ki kadijo, kar je razvidno s slike 5. 18 (45 %) dijakov sicer razmišlja o opustitvi kajenja, vendar o tem ne razmišljajo veliko, 14 (35 %) dijakov o opustitvi kajenja razmišlja pogosto, 8 (20 %) pa jih o tem še ni razmišljalo.



Slika 5: Opustitev kajenja (Anketni vprašalnik, 2022)

Dijake, ki razmišljajo o opustitvi kajenja, smo povprašali tudi, ali bi pri opustitvi kajenja potrebovali pomoč. Od 32 dijakov bi jih 22 (69 %) potrebovalo pomoč, 10 (31%) dijakov pa meni, da kajenje lahko opustijo sami. Med možnostmi za opustitev kajenja bi dijaki v glavnem (41 %) poiskali pomoč v športnih aktivnostih.

4 RAZPRAVA

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da dijaki, ki kadijo (teh je bilo v naši raziskavi nekaj več kot tretjina) najpogosteje kadijo, ker se ob tem bolje počutijo. Več kot polovica dijakov meni, da jih kajenje pomiri pred stresnimi situacijami. Čeh (2004) pa meni, da gre v primeru pogostih dejavnikov kajenja pri mladostnikih za dejavnike, ki izhajajo iz eksperimentiranja z vedenjem, ugajanja družbi in prepričanja, da jim bo cigareta pomagala pri premagovanju stresa. Koprivnikar in sodelavci (2018) izpostavljajo vpliv različnih vrst dejavnikov za začetek, nadaljevanje in pogostost uporabe psihoaktivnih snovi, med katere spada tudi tobak. Dejavniki, kot so družinsko, socialno in fizično okolje ter vrstniki in družina tako predstavljajo dejavnike tveganja, čeprav lahko na drugi strani predstavljajo tudi varovalne dejavnike. Vsi navedeni dejavniki se medsebojno prepletajo, kar je gotovo ključnega pomena za usmerjenost v zmanjševanje vpliva dejavnikov tveganja oziroma krepitev varovalnih dejavnikov v primeru preventivnih programov.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da se skoraj vsi dijaki zavedajo škodljivosti kajenja in so o tem dobro ozaveščeni. Večina dijakov meni, da poznajo bolezni, ki so posledica kajenja. Največ jih je prepoznalo bolezni, ki so povezane z rakom, najmanj pa jih je prepoznalo posledične bolezni kajenja, ki so povezane z vidom. Koprivnikar (2017) poudarja, da tako samo kajenje kot izpostavljenost cigaretnemu dimu škodujeta tako rekoč vsem organom v telesu, in to vse življenje. Zadnik (2017) izpostavi, da ni presenetljivo, da je kajenje cigaret najpomembnejši preprečljivi vzrok zbolevanja in prezgodnje smrti na svetu. Ng, Roxburgh, Sanjay in Eong (2010) pa izpostavljajo, da večina oseb kot posledice kajenja prepozna predvsem bolezni, ki izhajajo iz različnih rakavih obolenj. Tudi njihova raziskava, izvedena z mladostniki v Singapurju in na Škotskem, je pokazala, da mladostniki zelo redko kot posledico kajenja prepoznajo bolezni, povezane z vidom.

Raziskava je pokazala tudi, da mladostniki pridobijo največ informacij o negativnih učinkih kajenja v šoli, nekaj pa tudi iz medijev. Več kot polovica jih ob tem meni, da v šoli tej temi namenjajo dovolj pozornosti. Jeriček Klanšček in sodelavci (2012) izpostavljajo spoznanja, da so programi za opuščanje kajenja, ki se izvajajo v šolah, dokazano učinkoviti, vendar raziskave na tem področju kažejo, da se ne izvajajo v vseh šolah, saj ne gre za reden učni program, pač pa za izbiro o obstoječem učnem sistemu. Ugotovili smo tudi, da bi več kot polovica dijakov, ki kadi, pri prenehanju potrebovala pomoč. Pomoč bi ti dijaki v glavnem poiskali v športnih aktivnosti, pogosto pa tudi s klicem na pomoč.

5 ZAKLJUČEK

Življenje najstnika oziroma mladostnika je lahko čustveno, stresno in naporno in včasih mladi vidijo rešitev v kajenju. Nekateri dejavniki, kot so izpostavljenost pasivnemu kajenju ali pa družbena toleranca do kajenja in visoka dostopnost tobačnih izdelkov, močno vplivajo na

začetek in nadaljevanje kajenja ter pogostost uporabe tobačnih izdelkov. Dejavniki, kot so družinsko, socialno in fizično okolje ter vrstniki in družina, pa sicer lahko predstavljajo dejavnike tveganja, čeprav lahko na drugi strani predstavljajo tudi varovalne dejavnike. Vsi navedeni dejavniki se medsebojno prepletajo, kar je gotovo ključnega pomena za usmerjenost v zmanjševanje vpliva dejavnikov tveganja oziroma krepitev varovalnih dejavnikov v primeru preventivnih programov.

Ugotovitve naše raziskave kažejo, da se mladostniki zavedajo, da je kajenje škodljivo, prav tako dobro prepoznajo večino bolezni, ki so posledice kajenja, pa vendar vseeno kadijo. Ob vsem tem se sprašujemo, ali gre za malomarnost, nikotinsko odvisnost, da temu pač ne posvečajo pozornosti, ker so morebitne posledice tam daleč nekje v prihodnosti, ali pa je premalo narejeno na področju preventivne vzgoje. Mladostniki skozi proces razvoja pridobivajo izkušnje, vrednote in vedenjske vzorce iz različnih okolij. Na podlagi tega gradijo svoje vzorce in prepričanja, zato jim je treba posredovati jasna sporočila v zvezi s kajenjem. Ne gre za proces, pri katerem so posledice takoj očitne, pač pa posledice prihajajo počasi. To misel je treba v njih zakoreniniti, saj v nasprotnem primeru zgolj ozaveščanje nima tolikšnega pomena. Raziskava je sicer pokazala, da je v raziskanem primeru več dijakov, ki ne kadijo, toda v povprečju je več kot polovica vseh cigareto že vsaj poskusila. Poleg tega je večina tistih, ki kadijo, priznala, da bi potrebovali pomoč. Sami bi se sicer z opustitvijo spoprijeli tako, da bi jo zamenjali s športnimi aktivnostmi, kar je sicer pohvalno, menimo pa, da mladostniki potrebujejo osebni pristop in spodbudo. S pomočjo druge osebe oziroma več oseb, ki mladostnike spodbujajo pri zdravih izbira, bomo dosegli osvojitve zdravih navad, ki jih bodo mladostniki ohranjali še v odrasli dobi.

Omejitev naše raziskave izhaja iz načrtovanega številčnega vzorca dijakov, saj je bila raziskava časovno omejena. Prav tako omejitve vidimo v priložnostnem vzorcu, saj smo raziskavo izvedli v enem kraju v Sloveniji in le na eni od srednjih šol. Nekatere ugotovitve in zaključki se lahko zaradi tega nekoliko razlikujejo oziroma jih ne moremo posplošiti na povprečnega slovenskega mladostnika.

Z raziskavo smo prispevali k ugotovitvam, ki bodo v pomoč problematiki ozaveščanja mladostnikov o škodljivosti kajenja. Raziskava je lahko osnova za nadaljnja raziskovanja na področju odnosa mladostnikov do kajenja, z več mladostniki v različnih krajih po Sloveniji.

LITERATURA IN VIRI

1. Čeh, F. (2004). Kajenje pri mladih. In B. Štabuc, M. Primic Žakelj & M. Zdešar (Eds.), *Kajenje in rak* (pp. 74–76). Ljubljana: Atlantik.
2. Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Bajt, M. (Eds.). (2012). *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
3. Kaleta, D., Polanska, K., Wojtysiak, P., & Szatko, F. (2017). Involuntary Smoking in Adolescents, Their Awareness of Its Harmfulness, and Attitudes towards Smoking in the Presence of Non-Smokers.

- International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1095), 1–12. <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/10/1095>
4. Kandel, D. B., Griesler, P. C., & Hu, M. C. (2015). Intergenerational Patterns of Smoking and Nicotine Dependence Among US Adolescents. *American Journal of Public Health*, 105(11), 63–72. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2015.302775>
 5. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Uradni list RS, št. 71 (3.10.2014). Retrieved from <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2014-01-2937/kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-slovenije>
 6. Koprivnikar, H. (2009). *Preprečevanje začetka kajenja in zmanjševanje njegovega obsega med mladostniki (specialistična naloga s področja javnega zdravja)*. Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana.
 7. Koprivnikar, H. (2011). Dejavniki, ki vplivajo na kajenje mladostnikov. *Zdravniški vestnik*, 80(6), 499–505. <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-XPUVNLRH>
 8. Koprivnikar, H. (2017). Razširjenost kajenja v Sloveniji in pristopi k obvladovanju kajenja. In Primic Žakelj, M. (Ed.), *Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba: XXV. Seminar. Ljubljana, 11. oktober 2018* (pp. 7–16). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku Onkološkega inštituta Ljubljana in Nacionalnega inštituta za javno zdravje.
 9. Koprivnikar, H., Drev, A., Roškar, M., Zupanič, T., & Jeriček Klanšček, H. (2018). *Od prvega poskusa do pogoste uporabe tobaka, alkohola in konoplje med mladostniki v Sloveniji*. Retrieved November 26, 2022 from http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/od_prvega_poskusa_do_pogoste_uporabe_t_a_k_med_mladostniki.pdf
 10. Mesarič, J., Novak Mlakar, D., & Hočevnar, T. (2014). *Ste noseči, dojdite ali načrtujete otroka? Zdaj je pravi čas, da opustite kajenje in živite v prostorih brez tobačnega dima*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 11. Ministrstvo za zdravje (MZ). (2009). *Človekove pravice v zvezi z biomedicino. Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
 12. Ng, D. H. L., Roxburgh, S. T. D., Sanjay, S., & Eong, K. G. A. (2010). Awareness of smoking risks and attitudes towards graphic health warning labels on cigarette packs: A cross-cultural study of two populations in Singapore and Scotland. *Eye*, 24(5), 864–868. <https://doi.org/10.1038/eye.2009.208>
 13. Štumfl, Š. (2013). *Osveščенost mladostnikov o nevarnostih kajenja (diplomsko delo)*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
 14. Vičič, M. (2011). *Kajenje med mladimi*. Retrieved November 4, 2022 from <https://www.abczdravja.si/psihologija/kajenje-med-mladimi/>
 15. Zadnik, V. (2017). Rak in druge zdravstvene posledice kajenja. In M. Primic Žakelj (Eds.), *Kajenje in zdravje – nikoli končna zgodba / XXV. seminar in memoriam dr. Dušan Reje* (pp. 67–77). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.

POZNAVANJE VSEBIN TEMELJNIH POSTOPKOV OŽIVLJANJA PRI OSNOVNOŠOLCIH: PRIMERJAVA ZNANJA PRED IN PO UDELEŽBI NA ZDRAVSTVENOVZGOJNI DELAVNICI O OŽIVLJANJU

THEORETICAL KNOWLEDGE OF BASIC LIFE SUPPORT AMONG SCHOOLCHILDREN BEFORE AND AFTER IMPLEMENTATION OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION TRAINING

Ana Smolič, dipl. m. s.

Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, Vzgoja in menedžment v zdravstvu
ana.smolic1@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Nenadni srčni zastoj predstavlja 20 % celotne smrtnosti v razvitih državah. Ključni dejavnik, ki omogoči preživetje, je čimprejšnje izvajanje kakovostnih temeljnih postopkov oživljanja (TPO). Namen raziskave je ovrednotiti vpliv zdravstvenovzgojne delavnice na teoretično znanje osnovnošolcev o TPO in uporabi AED.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki so ga v fizični obliki reševali osnovnošolci v sklopu počitnikovanja v Taboru Mojca. V raziskavi je sodelovalo 108 anketirancev. Anketni vprašalnik so rešili pred in po izvedbi dvournne zdravstvenovzgojne delavnice o TPO in uporabe AED, ki sta jo izvedli medicinski sestre iz Zdravstveno vzgojnega centra Zdravstvenega doma Novo mesto.

Rezultati: Anketirani so po izvedeni zdravstvenovzgojni delavnici pokazali višji nivo pridobljenega znanja kot pred delavnico, kar kaže na to, da je izvajanje tovrstnih delavnic/izobraževanj lahko učinkovito.

Razprava in diskusija: S poučevanjem otrok lahko zajamemo velik del populacije in jih že zgodaj seznanimo z osnovami TPO in uporabe AED, ki bi jih moral poznati prav vsak. To znanje bi povečalo možnost preživetja oseb s srčnim zastojem zunaj bolnišnice.

Ključne besede: oživljanje, avtomatski zunanji defibrilator, znanje, otroci.

ABSTRACT

Introduction: In developed countries, sudden cardiac arrests account for 20% of all deaths. The key factor for survival is to provide quality cardiopulmonary resuscitation (CPR) as soon as possible. The purpose of this thesis is to evaluate the impact of the health education workshop on the theoretical knowledge of primary school pupils about CPR and the use of AEDs.

Methods of work: The research was based on a quantitative research approach. We used a questionnaire that primary school pupils filled out as a part of the activities during their holidays spent at Camp Mojca. 108 respondents participated in the survey. The questions were answered before and after

the two-hour health education workshop about CPR and the use of AED, which was conducted by nurses from the Health Education Centre from the Novo mesto Health Centre.

Result: *In comparison to the results before the health education workshop, pupils have gained a lot of new knowledge during the workshop and the level of their knowledge after the workshop has improved. This shows that the implementation of such workshops/trainings can be extremely effective.*

Discussion and conclusion: *Hence, we should start teaching young children, and in such way reach a large part of the population, about the basics of CPR and the use of AEDs, which also everyone else should know. This knowledge would increase the chances of survival of people with sudden cardiac arrests outside the hospital.*

Key words: *resuscitation, automated external defibrillator, knowledge, children.*

1 UVOD

Srčni zastoj je še vedno velik izziv za tvorce in izvajalce javnozdravstvene politike. V industrializiranih državah nenadni srčni zastoj predstavlja 20 % celotne smrtnosti (Josephson, 2014). Pri njem je ključni dejavnik preživetja izvajanje kakovostnega kardiopulmonalnega oživljanja (KPO) (Poole, Couper, Smyth, Yeung & Perkins, 2018) – z zgodnjo defibrilacijo znotraj 3 do 5 minut po zastoju se za 50 do 70 % poveča možnost za preživetje (Gradišek et al., 2015). Otroci predstavljajo pomemben del populacije, ki ima lahko od izobraževanja iz prve pomoči koristi (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2016). Izobraževanje otrok o oživljanju je zelo enostavno in učinkovito ter lahko vodi v splošno povečanje stopnje oživljanja s strani laikov. V nekaterih državah je izobraževanje šolskih otrok o temeljnih postopkih oživljanja (TPO) že obvezno, v mnogih pa so začeli izvajati lokalne, regionalne in nacionalne pobude (Böttiger, Van Aken, 2015). Učenje TPO z uporabo avtomatskega zunanjskega defibrilatorja (AED) se je pokazalo kot izvedljivo tudi pri mlajših otrocih. Obstajajo dokazi, da so ustrezni programi uspešni za izboljšanje izidov obolelih na ravni populacije. Zgodnje usposabljanje lahko privede do bolj trajnostnih rezultatov (Bohn, Breckwoldt, Böttiger & Van Aken, 2015). Javnost bi bilo treba nenehno spodbujati k pridobivanju spretnosti izvajanja TPO. Te cilje lahko pomagajo doseči nove pobude, kot so sporočila javnih služb, inštitucionalni programi ter vladne spodbude. Vsakdo bi moral kadar koli znati izvajati ukrepe TPO, ko se ob zastoju srca pojavi potreba po njih (Leong, 2011).

Namen raziskave je ovrednotiti vpliv zdravstvenovzgojne delavnice na teoretično znanje osnovnošolcev o TPO in uporabi AED. Cilj raziskave je ugotoviti nivo teoretičnega znanja o TPO in uporabi AED pri osnovnošolcih pred zdravstvenovzgojno delavnico in po njej. Predpostavili smo, da bodo imeli otroci po izvedeni zdravstvenovzgojni delavnici iz TPO in uporabe AED več znanja o TPO in uporabi AED kot pred njo.

2 METODE

Metoda dela je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za raziskovalni instrument smo uporabili anketni vprašalnik, ki smo ga naredili samostojno, na podlagi strokovne literature. Končno obliko vprašalnika smo oblikovali s pomočjo predhodno izvedene pilotne študije, ki je bila prav tako izvedena v sklopu počitnikovanja v taboru. V pilotni študiji je sodelovalo 35 anketirancev. Z njo smo preverjali razumljivost zastavljenih vprašanj, jih spreminjali in dodajali ter po popravkih pripravili končno obliko anketnega vprašalnika. Vprašalnik je na začetku vseboval vprašanja o socialno-demografskih podatkih, nato so sledila vprašanja zaprtega in odprtega tipa, ki so se navezovala na TPO in uporabo AED. Skupno je vseboval 15 vprašanj.

Ciljna skupina so bili osnovnošolci, stari od 9 do 15 let, ki so prihajali iz dvanajstih slovenskih regij. Največ jih je prihajalo iz Osrednjeslovenske in Jugovzhodne regije. Anketni vprašalnik je pred zdravstvenovzgojno delavnico iz TPO in uporabe AED skupaj izpolnilo 108 anketirancev, od tega je bilo 38 moških in 70 žensk. Po delavnici pa 133, od tega 53 moških in 80 žensk. Izključitveni kriteriji so bili pomanjkljivo rešeni anketni vprašalniki in vprašalniki, ki so jih reševali otroci, starejši od 15 oziroma mlajši od 9 let.

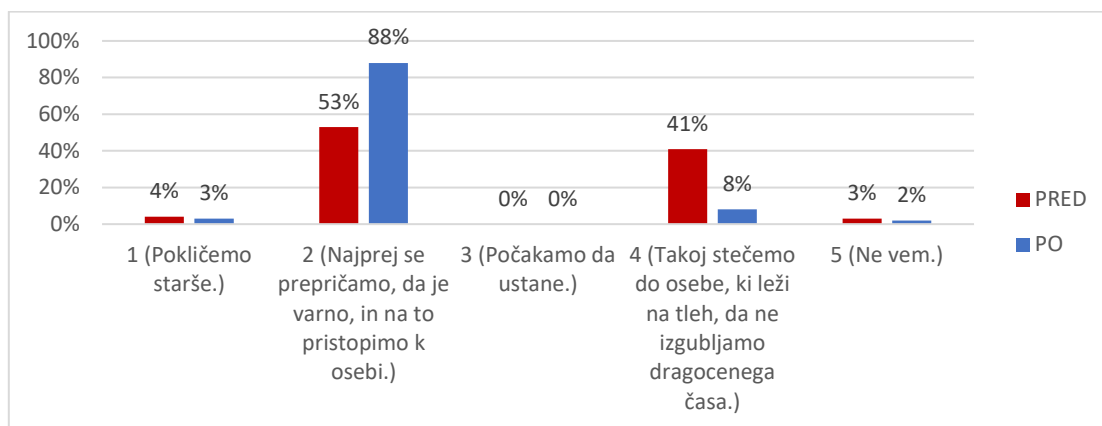
Anketni vprašalnik so otroci reševali, v času od julija do avgusta 2020 v sklopu počitnikovanja v Taboru Mojca, v Dolenjskih Toplicah. Tabor poteka v sklopu Društva prijateljev mladine Mojca Novo mesto. V fizični obliki so anketni vprašalnik rešili pred in po izvedbi dvourne zdravstvenovzgojne delavnice iz TPO in uporabe AED, ki sta jo vodili medicinski sestri iz Zdravstveno vzgojnega centra iz Zdravstvenega doma Novo mesto. Rezultate smo vnesli v spletno anketo Ika, v kateri smo podatke obdelali in analizirali. S pomočjo programa Microsoft Excel 2013 smo naredili podrobnejšo analizo.

V raziskavo se bile vključene mladoletne osebe, zato smo predhodno pridobili soglasja staršev otrok, ki so bili vključeni v raziskavo, ter privoljenje vodje Tabora Mojca. Za pridobitev soglasja staršev smo uporabili poseben obrazec. V raziskavi so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 REZULTATI

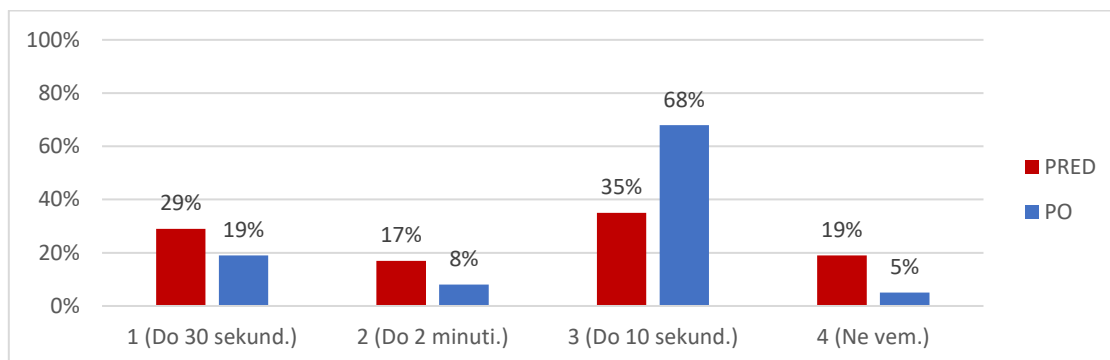
V nadaljevanju so predstavljeni rezultati raziskave. Vsebine o TPO je predhodno že poslušalo 82 % anketiranih, 63 % pa tudi vsebine o uporabi AED. TPO na lutki je pred zdravstvenovzgojno delavnico že izvajalo 82 (76 %) anketiranih. Do osebe, ki negibno leži na tleh bi pristopilo in ji pomagalo zdravstvenovzgojno delavnico 86 (80 %) anketiranih in 110 (83 %) po njej. V primeru, ko bi potrebovali pomoč reševalcev, bi pravilno poklicalo na številko 112, 99 (92 %) anketiranih pred in 130 (98 %) po zdravstvenovzgojni delavnici.

Iz Slike 1 je razvidno, da bi 57 anketirancev pred zdravstvenovzgojno delavnico in 117 po njej pravilno odgovorilo na vprašanje, da bi se najprej prepričali, da je varno in šele nato pristopili k osebi.



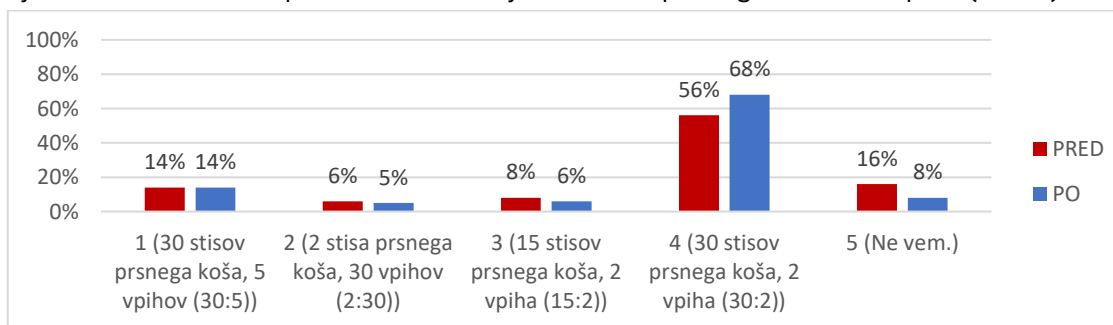
Slika 1: Prikaz rezultatov anketiranih, kaj bi naredili, preden bi pristopili k poškodovancu/oboilei osebi, ki negibno leži na tleh.

Iz Slike 2 lahko vidimo, da bi dihanje pravilno preverjalo (10 sekund) 38 anketiranih pred in 90 po zdravstvenovzgojni delavnici.



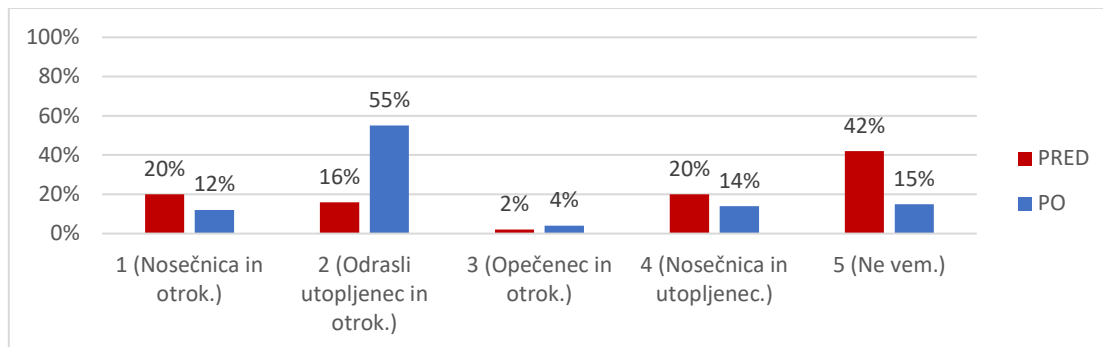
Slika 2: Prikaz rezultatov anketiranih, koliko časa se preverja dihanje.

Iz Slike 3 lahko razberemo, da bi 61 anketiranih pred in 91 po zdravstvenovzgojni delavnici oživljalo odraslo osebo v pravilnem razmerju 30 stisov prsnega koša in 2 vpiha (30 : 2).



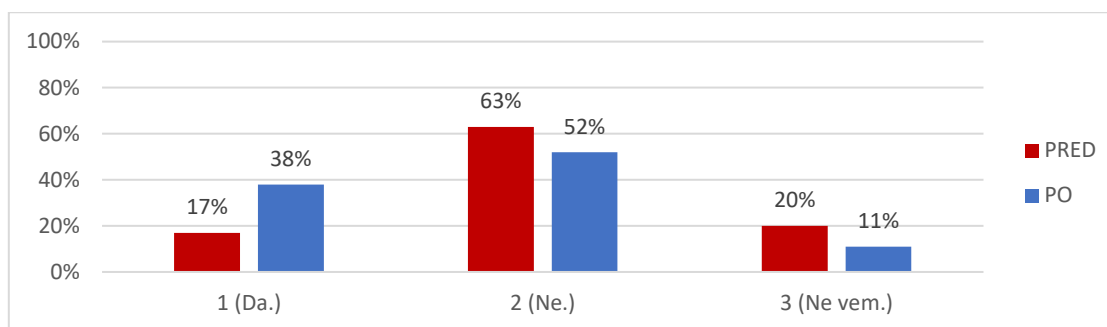
Slika 3: Prikaz rezultatov anketiranih, pravilno razmerje med stisi prsnega koša in vpihi pri oživljanju odrasle osebe.

Iz Slike 4 je razvidno, da bi pred zdravstvenovzgojno delavnico le 17 anketiranih pričelo oživljanje s petimi vpihi pri odrasli osebi in utopljenecu. Po zdravstvenovzgojni delavnici pa bi to storilo 73 anketiranih.



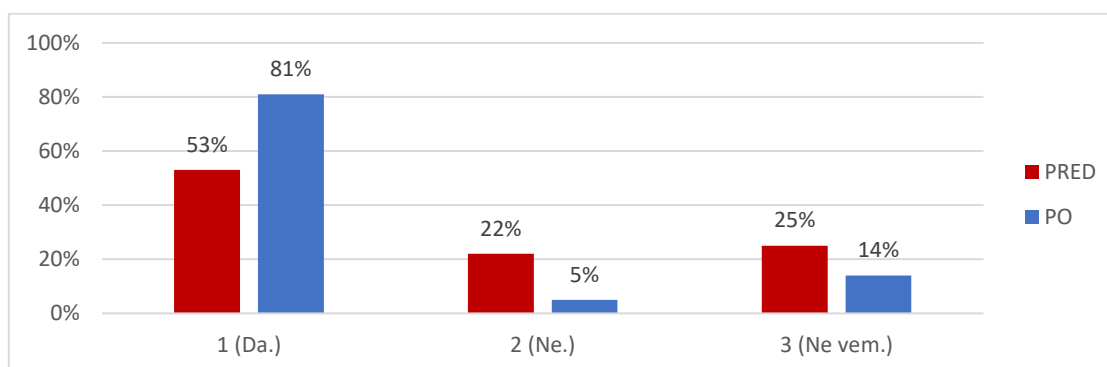
Slika 4: Prikaz rezultatov anketiranih, v katerih dveh primerih se oživljanje vedno prične s petimi vpihi.

Iz Slike 5 je razvidno, da je le 18 anketiranih pred in 50 po zdravstvenovzgojni delavnici odgovorilo, da je oživljanje dovolj učinkovito, če izvajamo le stise prsnega koša brez vpihov.



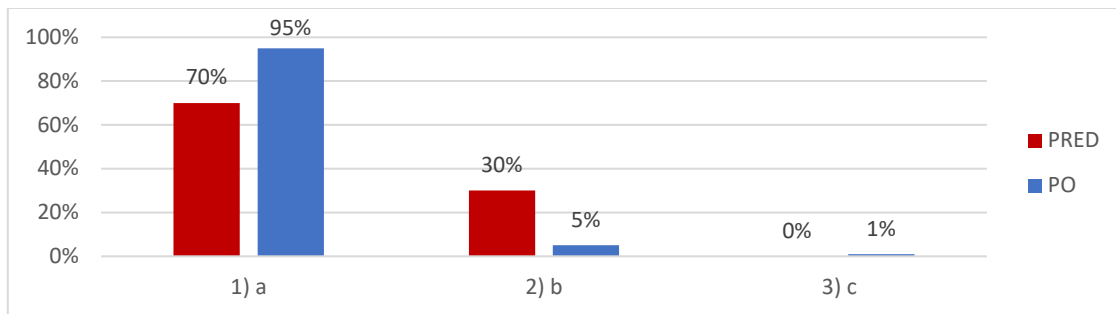
Slika 5: Prikaz rezultatov anketiranih, ali je oživljanje dovolj učinkovito, če izvajamo le stise prsnega koša brez vpihov?

Iz Slike 6 lahko razberemo, da bi 57 anketirancev pred in 108 po zdravstvenovzgojni delavnici znalo uporabiti AED.

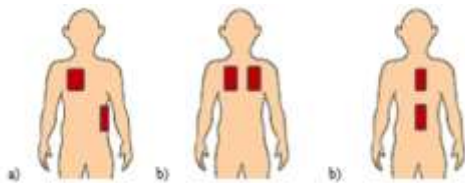


Slika 6: Prikaz rezultatov anketiranih, ali bi znali uporabiti AED.

Iz Slike 7 lahko razberemo, da bi 76 anketiranih pred in 126 po zdravstvenovzgojni delavnici elektrodi pravilno namestilo na prsni koš pri odrasli osebi.



Legenda: Položaji namestitve elektrod:



Slika 7: Prikaz rezultatov anketiranih, pravilni mesti namestitve elektrod pri odrasli osebi.

4 RAZPRAVA

Z izvedeno raziskavo smo želeli ovrednotiti vpliv zdravstvenovzgojne delavnice na teoretično znanje osnovnošolcev o TPO in uporabi AED. V raziskavo so bili vključeni osnovnošolci, stari od 9 do 15 let. Anketni vprašalnik so rešili pred in po zdravstvenovzgojni delavnici. Rezultati, pridobljeni po zdravstvenovzgojni delavnici, so zelo optimistični in kažejo visok nivo pridobljenega znanja. Ugotavljamo, da so imeli anketirani precej predhodno pridobljenega znanja, ki so ga z zdravstvenovzgojno delavnico še utrdili in nekoliko nadgradili.

Vzpodbuden je podatek, da bi anketirani v visokem deležu (nad 80 %) pristopili do osebe, ki negibno leži na tleh in ji pomagali. Iz tega podatka lahko razberemo, da so mlade generacije ozaveščene o pomenu pomoči sočloveku.

4.1 Anketiranje izvedeno pred zdravstvenovzgojno delavnico

V raziskavi izvedeni med naključno izbranimi polnoletnimi osebami bi v primeru iskanja nujne medicinske pomoči 90 % anketiranih poklicalo telefonsko številko 112 (Slabe & Medja 2009). V naši raziskavi je bil delež otrok, ki bi poklicali številko 112 malo višji, in sicer 92 %. Pred pristopom k poškodovancu bi le 53 % anketiranih preverilo, ali lahko varno pristopijo k poškodovancu. Zelo nizek je delež anketiranih, ki bi si za preverjanje dihanja vzeli 10 sekund (35 %). Večina bi jih dihanje preverjala dlje časa, kar bi v primeru dejanskega oživljanja osebe v srčnem zastoju pomenilo izgubo dragocenega časa.

Odraslo osebo, ki ne diha, bi v pravilnem razmerju 30 stisov prsnega koša in 2 vpiha oživljalo le 56 % anketiranih – v podobni raziskavi, izvedeni med srednješolci tretjega in četrtega letnika, je poznalo pravilno razmerje med stisi prsnega koša in vpihi prav tako 56 % srednješolcev (Kolar, 2014). Na vprašanje, v katerih dveh primerih bi oživljanje pričeli s petimi začetnimi vpihi, je bilo kar 42 % anketiranih neopredeljenih, 16 % pa jih je pravilno odgovorilo, da bi oživljanje s petimi začetnimi vpihi pričeli pri utopljenцу in otroku oz. dojenčku. Zgolj slaba petina vprašanih meni, da je oživljanje učinkovito tudi, če izvajamo le stise prsnega koša.

Elektrodi bi pravilno namestilo na prsni koš 70 % anketiranih. Pred zdravstvenovzgojno delavnico bi AED uporabila polovica anketiranih, kar se nam zdi vzpodbuden podatek. Delež le-teh se je po zdravstvenovzgojni delavnici še povečal.

4.2 Anketiranje izvedeno po zdravstvenovzgojni delavnici

Po delavnici bi za pomoč reševalcev na pravilno številko (112) poklicalo kar 98 % anketiranih. Anketirani se zavedajo, kako pomembno je, da pred pristopom k poškodovancu/oboleli osebi najprej poskrbijo za lastno varnost. Bolje je, da imamo enega poškodovanca kot dva ali več. Pomembno je, da si za preverjanje dihanja (gledamo, čutimo, poslušamo) – vzamemo 10 sekund in nič več. Gledamo dvigovanje prsnega koša, poslušamo dihanje, ter čutimo sapo. (Olasveengen et al., 2021). Le 68 % anketiranih v naši raziskavi bi se pravilno odločilo in si za preverjanje dihanja vzelo do 10 sekund časa.

Nekoliko slabše je poznavanje razmerja med stisi prsnega koša in vpihi pri oživljanju odrasle osebe. Pravilno razmerje je po zdravstvenovzgojni delavnici poznalo le 68 % anketiranih. Nekoliko slabše je tudi poznavanje pomena pričetka oživljanja pri utopljenцу in otroku, ki se vedno prične s petimi začetnimi vpihi. To je vedela le dobra polovica anketiranih (55 %). Nove smernice ERC (European Resuscitation Council / Evropski svet za reanimacijo) narekujejo, če vpihov ne znamo, ne moremo ali ne želimo nuditi, izvajamo neprekinjeno stise prsnega koša (Olasveengen et al., 2021, str. 98-114). V raziskavi smo ugotovili, da je le 38 % anketiranih seznanjenih s tem, da je oživljanje učinkovito tudi v primeru, ko izvajamo le stise prsnega koša, brez dajanja vpihov. V kar v 95 % bi znali anketirani pravilno namestiti elektrodi na prsni koš. Vidna je razlika in napredek v znanju, pridobljenem po zdravstvenovzgojni delavnici. Po njej kažejo rezultati anketiranja na visok nivo pridobljenega znanja.

Predpostavili smo, da bodo imeli otroci po izvedeni zdravstvenovzgojni delavnici iz TPO in uporabe AED več znanja o TPO in uporabi AED kot pred njo, kar smo tudi potrdili. Iz pridobljenih rezultatov, ki smo jih grafično ponazorili, je vidna razlika v znanju pred in po izvedeni zdravstvenovzgojni delavnici. Otroci so po izvedeni zdravstvenovzgojni delavnici pokazali več znanja kot pred njo.

Raziskava pomembno prispeva k stroki s področja učinkovitega usposabljanja osnovnošolcev iz TPO in uporabe AED. Predstavlja podlago za izvajanje nadaljnjih raziskav.

5 ZAKLJUČEK

Osnove iz nudenja TPO in uporabe AED bi moral poznati prav vsak. To znanje bi povečalo možnost preživetja oseb ob srčnem zastoju zunaj bolnišnice. Poznavanje TPO s strani laikov je zelo pomembno, saj so le-ti pred prihodom reševalcev prvi ob obolelem. Pri srčnem zastoju vsaka izgubljena minuta brez oživljanja zmanjšuje možnost za preživetje. Pomembno je, da se z ozaveščanjem in učenjem začne že pri otrocih v osnovnih šolah in na ta način zajame velik del populacije. Z raziskavo smo dosegli namen in potrdili našo predpostavko. Na podlagi rezultatov, ki smo jih pridobili z našo raziskavo, vidimo učinkovitost v tovrstnem načinu izobraževanja šolskih otrok. S primerjavo z drugimi raziskavami smo potrdili, da je poučevanje osnovnošolskih otrok o TPO in uporabi AED uspešno in bi bilo vsebine o TPO smiselno vključiti v redni osnovnošolski učni program in na ta način zajeti velik del populacije. Po Evropi in v Sloveniji že potekajo pobude za vključitev teh vsebin v redni osnovnošolski učni načrt.

LITERATURA IN VIRI

1. Bohn, A., Lukas, R. P., Breckwoldt, J., Böttiger, B. W. & Van Aken, H. (2015). 'Kids save lives': why schoolchildren should train in cardiopulmonary resuscitation. *Current Opinion in Critical Care*, 21(Suppl. 3): S220–S225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254923>.
2. Böttiger, B. W., Van Aken, H. (2015). Kids save lives – training school children in cardiopulmonary resuscitation worldwide is now endorsed by the World Health Organization (WHO). *Resuscitation*, 94: A5–A7. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.005>.
3. Gradišek, P., Grošelj Grenc, M., Strdin Košir, A., Baznik, Š., Vlahović, D., Kaplan, P. ... Zelinka, M. (2015). *Smernice za oživljanje 2015 evropskega reanimacijskega sveta – Slovenska izdaja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino. http://www.szum.si/media/uploads/files/ERC_2015_slo-1.pdf.
4. Josephson, M. E. (2014). Sudden cardiac arrest. *Indian Heart Journal*, 66(Suppl. 1): S2–S3. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2014.01.001>.
5. Kolar, M. (2014). *Osveščenost dijakov o pomenu temeljnih postopkov oživljanja (diplomsko delo)*. Fakulteta za zdravstvene vede, Maribor.
6. Leong, B. S. H. (2011). Bystandar CPR and survival. *Singapore Medical Journal*, 52(Suppl. 8): S573–S575. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21879215/>.
7. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2016). *Internacional first aid and resuscitation guidelines 2016*. Geneva: International Federation of Red Cross and Crescent Societies. Retrieved April 1, 2023 from https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/First-Aid-2016-Guidelines_EN.pdf.

8. Olasveengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A. ... Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*, 161: S98–S114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>.
9. Poole, K., Couper, K., Smyth, M. A., Yeung, J., & Perkins, G. D. (2018). Mechanical CPR: Who? When? How? *Critical Care*, 22(Suppl. 1): S140. <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-018-2059-0>.
10. Slabe, D., Medja, M. (2009). Poznavanje evropske številke za klic v sili 112. *Ujma*, 23: S170–S175. <http://www.sos112.si/slo/tdocs/ujma/2009/170.pdf>.
11. Vlahovič, D. (2006). Pristop k poškodovancu ali nenadno obolelemu. In U. Ahčan (Ed.) *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri* (pp. 21–31). Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

POMEN PRISOTNOSTI PRI PREDAJI SLUŽBE V KLINIČNEM OKOLJU ZA ŠTUDENTE ZDRAVSTVENE NEGE

THE IMPORTANCE OF PRESENCE IN CLINICAL HANDOVER IN A CLINICAL ENVIRONMENT FOR NURSING STUDENTS

Anja Nikolić, dipl. m. s.

dr. Gorazd Laznik

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

anjanikolic0409@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Predaja službe je v zdravstveni negi ključnega pomena. Pomembna je tako iz vidika varnosti kot tudi dvigovanja kakovosti obravnave pacienta. Študenti zdravstvene nege bi v času kliničnega usposabljanja, glede na učni načrt morali spoznati strukturo in vsebino predaje službe. Namen naše raziskave je opredeliti pomen prisotnosti študenta zdravstvene nege pri predaji službe.

Metode: Z uporabo anketnega vprašalnika smo med študenti vseh treh letnikov rednih in izrednih študentov izvedli kvantitativno raziskavo.

Rezultati: Na podlagi 169 v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov žal ugotavljamo, da niso vsi študenti enakovredno (86; 51 %) vključeni v predajo službe vsak dan, oziroma jih mentorji v ta del ne vključujejo redno. Rezultati so pokazali, da si študenti sodelovanja pri predaji želijo (164; 97 %). Predaji službe tudi sami pripisujejo velik pomen v povezavi s kakovostjo obravnave pacienta (159; 94 %), večina jih meni tudi, da je poznavanje načina oziroma strukture predaje službe velikega pomena (160; 95 %).

Diskusija in zaključek: Menimo, da bi mentorji morali vključevanju študentov v predajo službe dati večji poudarek. Študente se vse prevečkrat razpisuje kot nadomestilo manjkajočega negovalnega osebja in premalo v proces in delo diplomirane medicinske sestre, ki pa ga po zaključenem izobraževanju brez pripravištva morajo nato izvajati s polno odgovornostjo.

Ključne besede: študij zdravstvene nege, predaja službe, klinično usposabljanje, pomen predaje službe v kliničnem okolju

ABSTRACT

Introduction: Clinical handover is of great importance in nursing. It is important both from the point of view of safety and improving the quality of patient care. According to the learning program, nursing students should learn the structure and content of handover during their clinical training. The aim of our study is to define the importance of a nursing student's presence during handover.

Methods: Using a questionnaire, we conducted a quantitative survey among students in all three years of full-time and part-time study.

Results: Based on 169 completed questionnaires, we unfortunately found that not all students (86; 51%) are equally involved in handover and that mentors do not regularly involve them in this part of the work. The results show that students want to participate in the handover of the workplace (164; 97%). They themselves attach great importance to handover in relation to the quality of patient care (159; 94%), most of them also believe that knowledge of the method and structure of handover is of great importance (160; 95%).

Discussion and conclusion: We believe that mentors need to do their job better in this area. Too often students are recruited as substitutes for missing nurses and are inadequately involved in the process and work of a registered nurse who, after completing their training without an internship, must then carry it out with full responsibility.

Keywords: nursing studies, handover, clinical practice, the importance of handover in the clinical setting

1 UVOD

Predaja službe v zdravstveni negi ima vedno bolj pomembno vlogo saj z njo zmanjšamo tveganje za napake pri obravnavi pacienta ter s tem pacientu zagotovimo bolj kakovostno in varno obravnavo (Omejec, 2021). Predaja službe se lahko v kliničnem okolju zgodi tudi trikrat v enem dnevu. Z vsako predajo se lahko pojavijo napake, kot so možnost pozabljanja ključnih informacij, nerazumevanje ter nepravilna komunikacija (Tobiano, Whitty, Bucknall & Chaboyer, 2017).

Lokajner in Sima (2016) navajata, da mora biti predaja izmene natančna, hitra, jasna, pravočasna ter verodostojna. Pri tem se osredotočata predvsem na pomen komunikacije pri sami predaji ter strukturiranosti predaje. Predaja službe še ni standardizirana, vendar naj bi zajemala pacientovo trenutno stanje, nedavne spremembe pacientovega zdravstvenega stanja, trenutno zdravljenje ter možne komplikacije, ki se lahko pojavijo. Svetovna zdravstvena organizacija je s tem namenom predlagala uvedbo kratice SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation), kar v grobem pomeni opis situacije, medicinskega ozadja, oceno stanja ter priporočilo za nadaljnje zdravljenje, z namenom izboljšanja predaje službe in posledično varno ter kakovostno oskrbo pacienta (Communication during Patient Hand-Overs, 2007).

Učenje celostne ter individualne zdravstvene nege pri študentih zdravstvene nege poteka skozi klinično usposabljanje. Pri tem pa se pogosto pozabi na vključevanje študentov v predajo službe. Kojc in Poštrak (2016) navajata, da je vloga mentorja v kliničnem okolju priprava študenta zdravstvene nege na samostojno delo. Študent se v času kliničnih vaj spozna z

dokumentacijo in obdelavo pacienta po procesni metodi dela, ki se sklada s sprejetimi kliničnimi potmi. Pri tem se uči kakovostne ter varne obravnave pacienta, vse pod nadzorom dodeljenega mentorja. V kliničnem okolju ima mentor vlogo, da študenta zdravstvene nege pouči o predaji službe in ga v ta proces tudi redno vključuje ter ga s tem pripravlja na kasnejše samostojno delo (Ramšak Pajk, 2007).

Študent naj bi se med kliničnim usposabljanjem naučil strukture predaje službe ter primerne komunikacije, s katero bi se izognil izpustu pomembnih informacij ter raznim nesporazumom. Študent pa mora imeti za predajo službe veliko znanja, da razume, kaj se s pacientom dogaja, poznati mora njegovo medicinsko ozadje ter diagnozo in znati predvideti možne zaplete ter planirati potrebne negovalne postopke. To je lahko za študente včasih pretežko, saj se šele učijo novih izrazov in še ne poznajo vseh diagnoz ter z njimi povezanih zapletov (Čuk, 2013).

Vloga mentorja je torej tudi, da študenta med opravljanjem kliničnega usposabljanja spremlja, je dostopen za vsa vprašanja, dopolnjuje njegovo znanje v praksi ter ga nadzoruje. Le tako bo lahko študent osvojil bistvo ter bo sčasoma suveren pri predaji službe (Ramšak Pajk, 2007).

2 METODE

Namen naše raziskave je opredeliti sodelovanje študentov pri predajah službe v kliničnem okolju v času opravljanja rednega kliničnega usposabljanja. Cilji so zato usmerjeni v pojasnjevanje pomena kliničnega usposabljanja, iskanju razlogov za nesodelovanje pri predaji službe in opredelitvi študentov do predaje službe. Za namen raziskave smo si postavili tri raziskovalna vprašanja, in sicer:

1. V kolikšni meri študenti zdravstvene nege sodelujejo pri predaji službe v kliničnem okolju?
2. Kateri so najpogostejši razlogi za ne-vključevanje študentov zdravstvene nege v predajo službe?
3. V kolikšni meri si študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju želijo vključevanja v predajo službe?

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu in deskriptivni metodi dela. Za empirični del so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni viri, ki smo jih pridobili z obdelavo rezultatov našega anketnega vprašalnika, za teoretični del pa uporabili strokovno in znanstveno literaturo iz raziskovalnega področja. Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Povezavo do anketnega vprašalnika smo po pridobitvi soglasja fakultete v mesecu maju 2022 delili s študenti študijskega programa Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Edino merilo za sodelovanje pri anketiranju je bil veljavni status študenta na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede.

V raziskavi je sodelovalo 169 študentov študijskega programa Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede. Vključeni so bili študentje vseh letnikov ter obeh načinov študija (rednega in izrednega). Izmed anketirancev jih 79 (47 %) obiskuje 1. letnik fakultete, 39 (23 %) jih obiskuje 2. letnik fakultete, 51 (30 %) pa jih obiskuje 3. letnik fakultete. Redni študij obiskuje 110 (65%) anketirancev, izredni študij pa 59 (35%) anketirancev.

3 REZULTATI

Večina študentov zdravstvene nege je pri predaji službe v kliničnem okolju že sodelovala (125; 74 %), od tega se je kar nekaj (98; 58 %) študentov strinjalo, da so v času kliničnega usposabljanja pri predaji službe sodelovali vsaj enkrat na teden. Več kot polovica študentov pa je navedla (86; 51 %), da pri predaji službe niso sodelovali redno oziroma vsak dan.

Kot glavni razlog za ne-vključevanje študentov v predajo službe v kliničnem okolju so študentje opredelili nezainteresiranost zaposlenih oziroma mentorja, da jih v predajo službe vključijo (138; 82 %). Kot drugi večji razlog so navedli njihov čas prihoda/odhoda na klinično usposabljanje, saj jih v času predaje službe pogosto še ni na oddelku (70; 41 %). Nekaj študentov (36; 21 %) meni, da so manj/več vključeni v predajo službe tudi zaradi načina opravljanja študija. Le redki študenti zdravstvene nege (32; 19 %) so mnenja, da na njihovo vključenost v predajo službe vpliva njihova raven znanja v kliničnem okolju. Nekateri študenti (7; 4 %) pa so posebej opredelili še, da v času predaje službe opravljajo druga opravila in se zato ne vključujejo v predajo službe. Skoraj vsi študenti (164; 97 %) imajo željo biti vključeni v predajo službe v kliničnem okolju.

4 RAZPRAVA

Študenti zdravstvene nege naj bi bili v času opravljanja kliničnega usposabljanja prisotni ne le pri procesu dela, temveč tudi pri predaji službe v zdravstveni negi. Pri tem se naučijo pomena dokumentiranja v zdravstveni negi, doslednosti, natančnosti ter zbranosti pri delu (Kermavnar & Govekar Okoliš, 2016). Delo medicinske sestre je zelo odgovorno, zato je tu malo prostora za napake. Medicinska sestra s predajo službe naredi pregled celotne izmene. Tako lahko pri predaji ugotovi, da je morda nekaj pozabila narediti ali pa le dokumentirati in lahko to še popravi. Napačno dokumentiranje ali predaja službe lahko škoduje varnosti pacienta in zmanjša kakovost njegove obravnave (Petkovšek - Gregorin & Skela - Savić, 2015). Vsaka medicinska sestra bi morala poznati način, kako predaja službe poteka. Predaja službe bi morala biti standardizirana in zajemati točno določene informacije (Omejec, 2021). Menimo, da se še vedno pogosto dogaja, da se študentom dodeljujejo naloge, ki so delo srednjih medicinskih sester, in se jih ne uči kompetenc diplomiranih medicinskih sester, kar so v raziskavi navedli tudi študenti sami. Torej bi bilo treba v zavodih razčistiti namen kliničnega usposabljanja za študente, da bi bili lahko

bolj vključeni v delo in se naučili več kompetenc, potrebnih za zaposlitev po študiju (Nikolić, 2022).

Predaja službe je v času kliničnega usposabljanja pomemben dejavnik, v katerega bi morali biti vključeni vsi študenti tako aktivno kot pasivno. Z vključevanjem študentov v predajo službe bi jim pomagali pri oblikovanju poklicne identitete, večji suverenosti pri opravljanju dela ter večji kompetentnosti. Večja vključenost v predajo službe bi za študente pomenila večjo vključenost v proces zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja, boljše poznavanje pacientov ter postopkov zdravstvene nege, ki se navezujejo na določene bolezni ter s tem tudi možnost za dodatno pridobivanje znanja zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja. Med drugim pa bi vključenost študentov v predajo službe pomenilo tudi lažje opravljanje kliničnega usposabljanja predvsem z vidika navodil, ki jim jih mentorji in zaposleni pogosto ne predajo (Kojc & Postrak, 2016). Študenti si želijo pomagati, a lahko zaradi neinformiranosti pride do napak, ki pa lahko tudi ogrozijo varnost pacienta. Menimo, da bi študenti morali sodelovati pri predaji službe, česar si po naših ugotovitvah v veliki večini želijo tudi sami (Nikolić, 2022).

Anketirani študenti so kot dejavnik, ki naj bi po njihovem mnenju vplival na njihovo vključenost pri predaji službe v času kliničnega usposabljanja, v največjem številu navedli nezainteresiranost zaposlenih, da jih vključijo v delo (138; 82 %). Iz tega lahko sklepamo, da je pogosto problem v samih mentorjih, ki jih nekateri študenti v času kliničnega usposabljanja ne vidijo prav pogosto, namesto da bi z njimi dejansko delali in sodelovali. Zaposleni na oddelku prav tako študente pogosto vidijo kot motnjo pri delu ali pa v njih vidijo možnost nadomestitve pomanjkanja kadra, v smislu izvajanja nege pri pacientih ali opravljanja drugih del namesto srednjih medicinskih sester. Študenti navajajo kot dejavnik ne - vključenosti tudi čas njihovega prihoda oziroma odhoda iz kliničnega usposabljanja (70; 41 %). Pogosto študenti zjutraj pridejo po predaji službe in gredo takoj izvajati nego pri pacientih, iz kliničnega usposabljanja pa odidejo pred predajo službe. Kot smo že navedli, nekateri kot dejavnik navajajo tudi način kliničnega usposabljanja (36; 21 %). Najmanj študentov je kot dejavnik navedlo pomanjkanje znanja študentov zdravstvene nege (32; 19 %). Seveda pridejo študenti na klinično usposabljanje z namenom, da se naučijo novih stvari, vendar ne smemo pozabiti, da gre pri kliničnem usposabljanju za povezavo znanja med teorijo in prakso. Torej je znanje študentov za klinično usposabljanje lahko velik dejavnik. Kermavnar in Govekar - Okoliš (2016) v svoji raziskavi ugotavljata, da menijo mentorji, da morajo študentom v času kliničnega usposabljanja pomagati povezovati teorijo s prakso in si pri tem želijo, da bi študenti prihajali na klinično usposabljanje bolj pripravljeni. Medtem ko raziskava kaže, da se na klinično usposabljanje pripravi le majhen delež študentov. Večina študentov si pri kliničnem usposabljanju želi le več pridobljenega praktičnega znanja.

Mentorji premalo sodelujejo s študenti, medtem ko zaposleni ne vidijo študentov kot njihovo odgovornost ali pa njihove bodoče sodelavce, zato jih pogosto izkoriščajo ali pa se preprosto ne ukvarjajo z njimi. Hkrati pa menimo, da imajo mentorji drugačne poglede na klinično

usposabljanje in si od študentov želijo več samoiniciative ter znanja, da se s tem lahko dokažejo in si prislužijo priložnost za učenje novih aktivnosti ter morda tudi sodelovanje pri predaji službe.

5 ZAKLJUČEK

Študenti zdravstvene nege imajo priložnost, da se v kliničnem okolju naučijo predaje službe v času opravljanja kliničnega usposabljanja, ki je obvezen del študija zdravstvene nege in poteka pod vodstvom mentorjev. Mentorji naj bi v času kliničnega usposabljanja študentom pomagali, jih vključevali v delo, vodili, skupaj z njimi nadgrajevali znanje iz teorije in ga povezali s prakso. Klinično usposabljanje je za študente izjemnega pomena, saj z njim ustvarjamo bodoče zdravstvene sodelavce, ki bodo morali po študiju svoje delo vestno opravljati in bodo zanj kompetentni ter odgovorni.

Z raziskavo smo ugotovili, da se kar nekaj študentov zdravstvene nege v času kliničnega usposabljanja vključuje v predajo službe. Študenti si tudi sami želijo biti vključeni v predajo službe in pri tem aktivno sodelovati, saj to zanje pomeni večjo vključenost v proces zdravstvene nege, boljše poznavanje postopkov zdravstvene nege ter več pridobljenega znanja. V večini so se študenti strinjali, da je glavni razlog njihovega nesodelovanja pri predaji službe nezainteresiranost zaposlenih, da jih v predajo službe vključijo.

Zdravstveno osebje in mentorji imajo pri kliničnem usposabljanju vlogo, da študente vključijo v delo in v njih ne vidijo motnje dela ali pa pomožne delovne sile, temveč študente, ki so prišli v klinično okolje z namenom, da se naučijo dela diplomirane medicinske sestre. Bistveno pri kliničnem usposabljanju ni le učenje novih postopkov, ampak razvijanje kritičnega razmišljanja. Predvsem kritično razmišljanje je tisto, kar bodo študenti najbolj potrebovali ob zaposlitvi, saj se v zdravstvu vedno pojavljajo neke nove situacije, ki potrebujejo veliko prilagajanja, da jih lahko razrešimo in kakovostno opravimo svoje delo.

Glede na pridobljene rezultate iz raziskave predlagamo, da se mentorje v kliničnem okolju bolj ozavešči, da morajo s študenti več sodelovati in jih tudi več vključevati v proces dela. Tako bodo videli, da si želijo študenti sodelovati tudi pri predaji službe ter želijo biti bolj vključeni v sam proces dela. Študenti ne opravljajo kliničnega usposabljanja z namenom dela in pomoči zaposlenim, ampak so v prvi vrsti tam zato, da se učijo.

LITERATURA IN VIRI

1. Čuk, V. (2013). Poučevanje in učenje zdravstvene nege v kliničnem okolju. In D. Klemenc, S. Dvoršak Majcen & T. Kolnik Štemberger (Eds.). *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih*

- vrstah zdravstvenega sistema (pp. 220–225). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Kermavnar, N. & Govekar – Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(1), 23–37. Retrieved March 9, 2023 from <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-9ZF2EQFA>
 3. Kojc, B. & Poštrak, A. (2016). Uvajanje študentov v kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev. In: B. Nose in B. Jugovič (eds.), *Kakovost zdravstvenih storitev: zbornik prispevkov* (pp. 37). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
 4. Lokajner, G. & Sima, Đ. (2016). Komunikacija znotraj tima zdravstvene in babiške nege – predaja službe kot ključni dejavnik varne nege. In: B. Nose in B. Jugovič (eds.), *Kakovost zdravstvenih storitev: zbornik prispevkov* (pp. 48–53). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
 5. Nikolič, A. (2022). *Sodelovanje študentov zdravstvene nege pri predaji službe v času kliničnega usposabljanja* (diplomsko delo). Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, Novo mesto.
 6. Omejec, M. (2021). Predaja pacienta v operacijskih prostorih. In: R. Vajd in M. Gričar (Eds.), *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2021* (pp. 155–157). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
 7. Petkovšek – Gregorin, R. & Skela – Savič, B. (2015). Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), 106 – 125. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>
 8. Ramšak Pajk, J. (2007). Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41 (2/3), 71–75. Retrieved March 9, 2023 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2627>
 9. SZO. (2007, Maj). *Communication during Patient Hand-Overs: Patient Safety Solutions*. Retrieved March 10, 2023 from [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(07\)33128-0](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(07)33128-0)
 10. Tobiano, G., Whitty, J. A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(5), 1–7. doi: 10.1111/wvn.12241

ODNOS ŠTUDENTOV IN DIJAKOV ZDRAVSTVENE NEGE DO DELA S STAREJŠIMI UPORABNIKI ZDRAVSTVENIH STORITEV: KVANTITATIVNA RAZISKAVA

NURSING STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS WORKING WITHOLDER HEALTH SERVICE USERS: A QUANTITATIVE STUDY

Tina Ferfolja, dipl. m. s.

Aljoša Karapandža Kalin, dipl. zn.

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

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

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego
tina.ferfolja@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Z dvigom povprečne pričakovane življenjske dobe je prišla v ospredje geriatrična zdravstvena nega. Namen raziskave je bil ugotoviti odnos študentov in dijakov zdravstvene nege do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev.

Metode: Raziskavo smo izvedli s pomočjo opisne neeksperimentalne kvantitativne metode empiričnega raziskovanja. Uporabili smo spletni anketni vprašalnik, ki meri odnos do starejših posameznikov (ang. Kogans attitude toward older people (KOAP) scale). Vzorec je bil priložnostni, sodelujoči so bili dijaki in študenti zdravstvene nege. Podatke smo obdelali in analizirali v programu SPSS.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da imajo dijaki in študenti večinoma nevtralna stališča do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Mann Whitneyev U test in Spearmanov koeficient korelacije rangovsta prikazala, da ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) med demografskimi kazalniki in odnosom do starejših. Hi-kvadrat test je pokazal, da ni statistično značilne povezave ($p > 0,05$) med preteklimi izkušnjami z delom s starejšimi in željo po delu z njimi.

Razprava in zaključek: Raziskava kaže spodbudne ugotovitve glede odnosa dijakov in študentov zdravstvene nege do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev. Večina anketiranih ima do njih nevtralna stališča, sledijo pozitivna. Večina anketiranih si po izobraževanju želi delati s starejšimi osebami.

Ključne besede: zdravstvena nega, študenti, dijaki, starejše osebe

ABSTRACT

Introduction: With the increase in life expectancy, geriatric health care has come to the forefront. The purpose of this study was to determine the attitudes of nursing students toward working with older patients.

Methods: We used an online questionnaire to measure attitudes toward older patients (ang. Kogans attitude toward older people (KOAP) scale). A convenience sample was used, where participants were high school and university nursing students. Data were processed and analysed using SPSS.

Results: The students had neutral opinions toward older health care users. Mann Whitney U test and Spearman's rank correlation coefficient showed that there were no statistically significant differences ($p > 0.05$) between their demographic data and attitudes toward older patients. Chi-square test showed that there is no statistically significant relationship ($p > 0.05$) between the participants' previous experience of working with older patients and the desire to work with them.

Discussion and conclusion: The study showed encouraging results regarding the attitudes of nursing students towards working with older patients. The majority of respondents had a neutral attitude, followed by a positive attitude. The majority would also like to work with older patients after completing their education.

Keywords: nursing, tertiary education students, secondary education students, older adults

1 UVOD

Z dvigom povprečne pričakovane življenjske dobe se v svetovnem merilu povečuje tudi število starejših prebivalcev (Erdemir, Kav, Citak, Hanoglu & Karahan, 2011). Po podatkih SURS-a (2022) v letu 2022 sestavlja delež starejšega prebivalstva Slovenije približno 21%. Predvidevanja pa kažejo, da bo imela Slovenija čez 50 let 30 % starejšega prebivalstva, starega 65 let in več (SURS, 2022). Hkrati z omenjenim trendom med starejšimi osebami narašča tudi število oseb, ki imajo vsaj eno kronično bolezen (World Health Organization, 2017).

Erdemir idr. (2011) navajajo, da je pomembno povečanje deleža starejšega prebivalstva prineslo skrbi in dileme glede gerontološke zdravstvene nege in bodočih zaposlenih v zdravstvu. Raziskave kažejo, da je potrebno izboljšati izobraževanje na področju gerontologije v zdravstveni negi, saj lahko to pozitivno vpliva na znanje, spretnosti in kompetence študentov zdravstvene nege pri oskrbi starejših. Z usmerjenimi intervencijami je treba gojiti pozitiven geriatrični odnos, zmanjšati zaskrbljenost zaradi staranja, spodbujati empatijo in obogatiti okolje klinične prakse, da se izboljša poklicna motivacija študentov za gerontološko zdravstveno nego (Chai, Cheng, Mei, & Fan, 2019).

Mlajša populacija vidi starejše osebe kot nekoga z veliko znanja in modrosti, vendar tudi kot šibke in odvisne od drugih. Staranje je povezano tudi s socialno izolacijo ter fizičnim, čustvenim in finančnim bremenom (Chance, Simpler, Forehand, Spurlock & Alberich 2021). Negativni stereotipi o starejših osebah (ang. *ageism*) niso le odraz splošnega odnosa družbe do starejših oseb, ampak tudi pomanjkanja znanja o staranju (Skela-Savič & Gabrovec, 2018).

Dijaki in študenti zdravstvene nege se na kliničnih vajah srečujejo in delajo s starejšimi osebami. V raziskovalni nalogi smo si zastavili sledeče raziskovalno vprašanje: kakšno stališče imajo dijaki in študenti zdravstvene nege do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev? Namen raziskave je bil proučiti in predstaviti odnos dijakov in študentov zdravstvenenege do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev.

Cilji raziskovalne naloge so bili ugotoviti stališča dijakov in študentov zdravstvene nege do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev, oceniti odnos do starejših odraslih oseb v povezavi z demografskih kazalniki ter oceniti pretekle izkušnje dijakov in študentov s starejšimi osebami in željo do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev.

2 METODE

Opis instrumenta

V raziskovalni nalogi je bila uporabljena opisna eksplorativna neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja. Za pridobitev podatkov smo uporabili strukturiran anketni vprašalnik, ki meri odnos do starejših posameznikov (*ang.* Kogans attitude toward older people (KOAP) scale), ki je prirejen po Erdemirju idr. (2011). Vprašalnik smo nato prevedli v slovenščino in za razliko od turške študije uporabili petstopenjsko Likertovo lestvico strinjanja, namesto šeststopenjske. Vprašalnik vsebuje 34 trditev glede dožemanja starejših odraslih, od tega 17 pozitivnih in 17 negativnih. Anketnivprašalnik je sestavljen iz 3 sklopov. Vprašanja prvega sklopa se navezujejo na demografske in druge podatke o anketirancu. Vprašanja drugega sklopa so zaprtega tipa in se navezujejo na študentove pretekle izkušnje z delom s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev, željo do dela s starejšimi osebami po končanem izobraževanju ter vprašanja o izkušnjah z življenjem s starejšo osebo v istem gospodinjstvu. Anketiranci so na vprašanja iz tega sklopa odgovarjali z izbiro enega od odgovorov »da« ali »ne«. Tretji sklop pa je sestavljen iz trditev o stališčih glede dela s starejšimi. Anketiranci so nanje odgovarjali s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice, in sicer od 5 (»povsem se strinjam«) do 1 (»sploh se ne strinjam«). Dva primera vključenih trditev sta, denimo, »večina starejših potrebuje enako mero ljubezni in potrditve kot drugi ljudje« in »večina starejših se lahko prilagodi spremembam, ki jih zahtevajo razmere«.

Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili priložnostni vzorec dijakov tretjega in četrtega letnika srednjih zdravstvenih šol, študentov zdravstvene nege od prvega do tretjega letnika dodiplomskega študija ter prvega in drugega letnika podiplomskega študija Zdravstvene nege v Sloveniji v šolskem letu 2022/23. Anketo je izpolnilo 108 oseb, vendar smo v nadaljnjo raziskavo vključili 56 ustrezno izpolnjenih vprašalnikov. Povprečna starost anketirancev je znašala 23,4 leta, pri tem je bila minimalna vrednost 16 let, maksimalna pa 43 let. Od tega je bilo 49 žensk in 7

moških. Največ anketirancev je bilo študentov dodiplomskega študija, najmanj pa srednješolcev. Večina je navedla, da prihaja iz podeželskega okolja.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potencialno sodelujoče smo preko socialnih omrežij in referatov šol povabili k sodelovanju. Spletno anketiranje je potekalo novembra in decembra 2022. Podatke smo nato iz spletnega vprašalnika 1KA prenesli v podatkovno bazo Microsoft Excel. Tam smo vrednosti negativnih trditev ovrednotili v obratnem vrstnem redu (1 – »povsem se strinjam«, 5 – »sploh se ne strinjam«) ter izračunali vsoto odgovorov po shemi KAOP. Nato smo podatke prenesli v program IBM SPSS Statistics, verzija 20, in jih statistično obdelali in analizirali. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05 %. Kolmogorov-Smirnov test ($p = 0,006$) in vizualni pregled grafa sta prikazala nenormalno porazdelitev podatkov. Zato smo za statistično analizo uporabili neparametrične teste. Stopnje razpona odnosa smo določili po vzoru Doherty, Mitchell in O'Neill (2011).

3 REZULTATI

Stališča do starejših oseb

Glavno orodje za merjenje stališča dijakov in študentov zdravstvene nege do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev je bil seštevek odgovorov po lestvici KAOP z obrnjenimi negativnimi vrednostmi. Vrednost koeficienta Cronbach alfa znaša 0,808, kar kaže na dobro stopnjo zanesljivosti oziroma dobro notranjo konsistentnost prevedenega vprašalnika. Možni razpon rezultatov je bil med 34 in 170 točk. Seštevke odgovorov smo nato razvrstili v pet enakih stopenj, ki predstavljajo odnos anketirancev do starejših oseb, kot prikazuje Tabela 1.

Tabela 1 prikazuje, da imajo študenti in dijaki največkrat "nevtralna" stališča do starejših, ki mu sledijo "pozitivna" stališča. Izračunali smo tudi povprečno vrednost vseh odgovorov, ki je znašala 109,5 točk (standardni odklon: 11,4), kar povprečje uvršča v nevtralen razpon rezultatov, tik pod mejo pozitivnega razpona rezultatov.

Tabela 1: Stališča dijakov in študentov zdravstvene nege do starejših oseb (Prirejenopo lestvici KAOP)

STALIŠČA	RAZPON REZULTATOV	REZULTATI n (%)
Zelo negativna	34 – 63,8	0 (0)
Negativna	63,9 – 87,5	1 (0,02 %)

STALIŠČA	RAZPON REZULTATOV	REZULTATI n (%)
Nevtralna	87,5 – 110,9	35 (62,5 %)
Pozitivna	111 – 134,4	19 (33,9 %)
Zelo pozitivna	134,4 – 170	1 (0,02 %)

Legenda: n – število anketirancev; % – delež

Odnos do starejših oseb v povezavi z demografskimi kazalniki

Za oceno statistične značilnosti razlike odnosa do starejših med spoloma smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyjev U test, ki je z vrednostjo $p = 0,843$ pokazal, da med skupinama ni statistično značilnih razlik v odnosu do starejših. Izračun Spearmanovega koeficienta korelacije rangov ($p = 0,996$) kaže, da ni statistično značilne korelacije med starostjo anketirancev in njihovimi odgovori. Tudi Mann-Whitneyjev U test ni prikazal statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) med letniki študija, krajem bivanja, življenjem v istem gospodinjstvu s starejšo osebo in željo po delu s starejšimi osebami ter odnosom do starejših.

Pretekle izkušnje s starejšimi osebami v povezavi z željo do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev

Večina anketirancev trenutno ne živi v istem gospodinjstvu s starejšo osebo, vendar pa jih je več kot polovica že imela izkušnje z življenjem s starejšo osebo (57,1%). Po končani izobrazbi bi več kot polovica anketiranih želela delati s starejšimi osebami (57,1%), še več pa jih že ima izkušnje z delom s starejšimi osebami (87,5 %).

S Hi-kvadrat testom smo preverili povezavo med omenjenimi rezultati. Rezultati kažejo, da ni statistično značilne povezave ($p > 0,05$) med sedanjimi in prejšnjimi izkušnjami z bivanjem v istem gospodinjstvu, med preteklimi izkušnjami z delom s starejšo osebo in željo po delu s starejšimi osebami.

4 RAZPRAVA

Dijaki in študenti zdravstvene nege se na kliničnih vajah srečujejo in delajo s starejšimi osebami. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšen je odnos dijakov in študentov zdravstvene nege do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev. Prav tako smo želeli ugotoviti, ali obstajajo morebitne povezave med demografskimi kazalniki ter stališči dijakov in študentov dostarejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Pridobili smo tudi podatke o njihovih preteklih delovnih izkušnjah s starejšimi osebami in o želji do dela z njimi tudi v prihodnje.

Rezultati o želji po delu s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev so zelo spodbudni, saj je

več kot polovica anketiranih izrazila željo po delu s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev. V raziskavi avtorjev Dai, Liu, Ju in Yang (2020), kjer so proučevali 24 različnih študij o pripravljenosti študentov zdravstvene nege do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev, pa so ugotovili nizko pripravljenost za delo. Rezultati omenjene raziskave so presenetljivi, saj si izobraževalni sistemi zelo prizadevajo k promociji geriatrične zdravstvene nege.

Velika večina anketiranih ima nevtralen ali pozitiven odnos do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Spodbudno je tudi, da je samo ena oseba izkazala negativen odnos in nihče zelo negativnega odnosa do starejših. Raziskava Doherty idr. (2011) je pokazala podobne ugotovitve; na splošno so imeli zdravstveni delavci rahlo pozitiven do zelo pozitiven odnos do starejših oseb.

Naša raziskava ni pokazala pomembnih povezav med demografskimi kazalniki in stališči dijakov ter študentov zdravstvene nege do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. V raziskavi Erdemirja idr. (2011) pa so ugotovili povezavo med pozitivnim odnosom do starejših oseb in ženskim spolom študentov, preteklimi izkušnjami z življenjem in delom s starejšimi osebami ter željo študenta po delu s starejšimi osebami. Doherty idr. (2011) so v svoji raziskavi ugotovile povezavo med višjo stopnjo izobrazbe in boljšim odnosom do starejših oseb.

Ena izmed pomembnejših pomanjkljivosti naše raziskave je majhno število udeležencev v primerjavi s podobnimi raziskavami in manjši delež ustrezno izpolnjenih vprašalnikov. Pomanjkljivost naše raziskave je bila tudi, da je bila večina anketiranih ženskega spola, pravtako pa ni bilo primerljivosti v številu dijakov in študentov zdravstvene nege. Rezultatov raziskave zato ne moremo posploševati na celotno populacijo.

5 ZAKLJUČEK

Dejstvo, da se svetovno prebivalstvo stara, nam prinaša nove izzive tudi v zdravstveni negi. V prihodnosti je pričakovano, da bo potreba po gerontološki zdravstveni negi narasla, zato je v mednarodnem interesu oceniti odnos in stališča bodočih zdravstvenih delavcev do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Prav tako je ključnega pomena, da so zdravstveni delavci kulturno kompetentni in izobraženi ter da imajo klinično prakso na področju gerontologije. Kakovostna geriatrična zdravstvena nega je dosegljiva s pozitivnimi stališči in odnosom zdravstvenih delavcev ter empatijo do starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Menimo, da so rezultati raziskave spodbudni, saj kažejo na nevtralen pozitiven odnos in željo dijakov ter študentov do dela s starejšimi uporabniki zdravstvenih storitev v slovenskem okolju.

Za prihodnja raziskovanja bi predlagali anketno raziskavo z večjim številom anketirancev in primerljivim številom anketiranih dijakov in študentov zdravstvene nege.

LITERATURA IN VIRI

1. Chai, X., Cheng, C., Mei, J. & Fan, X. (2019). Student nurses' career motivation toward gerontological nursing: A longitudinal study. *Nurse Education Today*, 76 (165–171). DOI 10.1016/j.nedt.2019.01.028.
2. Chance, K., Simpler, B., Forehand, J. W., Spurlock, A. & Alberich, J. (2021). An international effort examining nursing student attitudes toward older people. *Teaching and Learning in Nursing* 16, 2 (125–130). DOI 10.1016/j.teln.2020.12.006.
3. Dai, F., Liu, Y., Ju, M. & Yang, Y. (2020). Nursing students' willingness to work in geriatric care: An integrative review. *Nursing open*, 8, 2061–2077. Retrived January 1, 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8363346/pdf/NOP2-8-2061.pdf>.
4. Doherty, M., Mitchell, E. & O'Neill, S. (2011). Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using the Kogan Scale. *Nursing Research and Practice* 2011, (e352627). DOI 10.1155/2011/352627.
5. Erdemir, F., Kav, S., Citak, E. A., Hanoglu, Z. & Karahan, A. (2011). A Turkish version of Kogan's attitude toward older people (KAOP) scale: Reliability and validity assessment. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 52, 3 (e162–e165). DOI 10.1016/j.archger.2010.10.019.
6. Skela-Savič, B., & Gabrovec, B. (2018). Management krhkosti na ravni posameznika –Preventiva pred krhkostjo: literature z vidika projekta skupnega ukrepanja – ADVANTAGE JA. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 52(4), 252–263. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.228>
7. Statistični urad Republike Slovenije [SURS]. (2022). *Mednarodni dan starejših*. Retrived October 22, 2022 from <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10547>
8. World Health Organization (WHO) (2017). Noncommunicable diseases fact sheet. Geneva:World Health Organization. Retrieved November 14, 2022 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.

PIŠČANEC PRI STAROSTNIKI, GOVEJI ZREZEK PRI ODRASLIH IN JAGODE PRI OTROCIH SO NAJPOGOSTEJŠI VZROK ZA ZAPORO DIHALNIH POTS TUJKI: PRELIMINARNA ANALIZA PODATKOV

CHICKEN IN THE OLDER POPULATION, STEAK IN YOUNGER ADULTS, AND STRAWBERRY IN CHILDREN ARE THE MOST FREQUENT CAUSES OF FOREIGN BODY AIRWAY OBSTRUCTION: PRELIMINARY DATA ANALYSIS

asist. Nino Fijačko
prof. dr. Gregor Štiglic
Špela Metličar

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede
nino.fijacko@um.si

IZVLEČEK

Uvod: Zapora dihalne poti zaradi tujka se pojavi, ko nek objekt delno ali popolnoma ovira pretok zraka, kar lahko vodi v smrt zaradi zadušitve. Ta predstavlja četrty najpogostejši vzrok nenamerne smrti. Prepoznamo jo lahko po nenadnem pojavu dihalne stiske, povezane s kašljem, stridorjem, piskanjem in bruhanjem. Tveganje za zadušitev povečujejo nekatera zdravila, alkoholna intoksikacija, težave s požiranjem, nevrološke bolezni, duševna manjrazvitost in višja starost. Trenutne smernice priporočajo reševanje zadušitev s prepoznavanjem znakov, spodbujanjem kašlja ter izvajanjem izmenjujočih se udarcev po hrbtu in stisov trebuha, v skrajnem primeru tudi kardiopulmonalnega oživljanja. Na trgu že obstajajo sukcijske naprave (angl. »anti-choking suction device« ali »airway clearance device«), kot je LifeVac, ki s pomočjo sukcije sprostito zaprto dihalno pot. Namen prispevka je prikazati podatke o najpogostejših tujkih, odstranjenih s pomočjo naprave LifeVac.

Metode: Izvedli smo analizo podatkovne baze, ki smo jo pridobili s strani podjetja LifeVac, v katerem podatke o uporabi svoje naprave zbirajo od leta 2016. Podatki se zbirajo preko obrazca, ki ga izpolnijo uporabniki po uporabi naprave LifeVac. Za slednje smo uporabili opisno statistiko.

Rezultati: Vključili smo podatke 487 oseb, ki so doživele zadušitev in pri katerih je bil tujek odstranjen z napravo LifeVac. Osebe so bile iz 13 držav, najpogosteje iz Združenih držav Amerike (73 %). Slaba polovica zadušitev se je zgodila v starosti do 5 let (43 %), približno četrtyina pa pri starejših od 65 let (23 %). Več kot polovica oseb ni imela spremljajočih bolezni ali drugih stanj (59 %), ugotovili pa smo, da je skoraj vsaka peta oseba obolevala z nevrološko boleznijo (19 %). Pri polovici oseb je prišlo do popolne zapore (51 %), pri tretjini pa do delne zapore dihalne poti (34 %). Večji delež tujkov je bil organskega (85 %), manjši del pa anorganskega izvora (15 %). Tujke najpogosteje predstavljajo mesni izdelki (19 %), sledijo sladkarije in slano pecivo (13 %) ter sadje (12 %). Najpogostejša predstavnika mesa sta piščanec in goveji zrezek. Med sladkarijami tretjino tujkov predstavljajo bonboni. Pri sadju sta najnevarnejša grozdje in jagode. Visoko se uvrščajo

tudi hrenovka v štručki in sendvič. Najpogostejše anorganske tujke pa predstavljajo igrača, kovanec in tableta.

Diskusija in zaključek: Prispevek prikazuje tujke, ki so najpogosteje povzročili zadušitev in katerim moramo posvetiti posebno pozornost. Ti se razlikujejo tudi glede na starost in kulturo. Sukcijski pripomočki predstavljajo potencialni korak pred izvedbo kardiopulmonalnega oživljanja v primeru zadužitve. Po trenutnih podatkih je LifeVac rešil življenja več kot 700 oseb in le čas bo pokazal, kdaj bo postal del smernic za ukrepanje ob zadužitvah.

Ključne besede: zapora dihalne poti, tujek, zadušitev, sukcijska naprava

ABSTRACT

Introduction: Foreign body airway obstruction occurs when an object partially or completely obstructs the airflow, which can lead to death by choking. This is the fourth most common cause of accidental death. It can be recognised by the sudden onset of respiratory distress associated with coughing, stridor, wheezing, and vomiting. The risk of choking is increased by certain medications, alcohol intoxication, swallowing difficulties, neurological diseases, mental retardation, and advanced age. Current guidelines recommend addressing choking by recognising the signs, encouraging coughing, and performing back blows and abdominal thrusts, including cardiopulmonary resuscitation as a last resort. There are already anti-choking devices on the market, such as LifeVac, that release a closed airway by means of suction. The aim of this paper is to present data on the most common foreign bodies removed with LifeVac.

Methods: We analysed a database obtained from LifeVac, which has been collecting data on the use of its device since 2016. The data is collected via a form that users complete after using the LifeVac. Descriptive statistics were used for analysis.

Results: We included data from 487 people who experienced choking and where the foreign body was removed with a LifeVac device. They came from 13 countries, most often the United States (73%). Just under half of the choking occurred in the under-5 age group (43%), and about a quarter in the over-65 age group (23%). More than half of the subjects had no comorbidities or other conditions (59%), and we found that almost one in five had a neurological condition (19%). Half of the subjects had complete airway obstruction (51%), and one third had partial airway obstruction (34%). Most foreign bodies were of organic origin (85%) and a smaller proportion of inorganic origin (15%). Foreign bodies were most commonly meat products (19%), followed by sweets and savoury pastries (13%) and fruit (12%). Chicken and beef steak are the most common meats. Among sweets, one third of the foreign bodies are candies. Grapes and strawberries are the most dangerous fruits. Hot dog buns and sandwiches rank highly, too. The most common inorganic foreign objects are toys, coins, and tablets.

Discussion and conclusion: This paper shows the most common foreign bodies that cause choking therefore they should be given special attention. These also vary according to age and culture. Anti-choking devices represent a potential step before performing cardiopulmonary resuscitation in case of choking. According to current data, LifeVac has saved the lives of more

than 700 people and only time will tell when this device becomes part of the guidelines to prevent choking.

Keywords: foreign body airway obstruction, choking, anti-choking device

LITERATURA

1. Blanco Ramos, M., Botana-Rial, M., García-Fontán, E., Fernández-Villar, A. & Gallas Torreira, M. (2016). Update in the extraction of airway foreign bodies in adults. *Journal of Thoracic Disease*, 8(11), 3452–3456. <https://doi.org/10.21037/jtd.2016.11.32>
2. Chatterjee, A. B. (2020). *Foreign body aspiration*. Retrieved December 23, 2022 from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/653>
3. Duckett, S. A., Bartman, M. & Roten, R. A. (2022). *Choking*. Retrieved December 20, 2022 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499941/>
4. Dunne, C. L., Osman, S., Viguers, K., Queiroga, A.C., Szpilman, D. & Peden, A. E. (2022). Phase one of a global evaluation of suction-based airway clearance devices in foreign body airway obstructions: a retrospective descriptive analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), Article 3846. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073846>
5. Hemsley, B., Steel, J., Sheppard, J. J., Malandraki, G. A., Bryant, L. & Balandin, S. (2019). Dying for a meal: an integrative review of characteristics of choking incidents and recommendations to prevent fatal and nonfatal choking across populations. *American Journal of Speech Language Pathology*, 28(3), 1283–1297. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0150
6. National Health Service & LifeVac (2022). *Is choking uncommon in the UK – NHS – NRS – NISRA – ONS*. Retrieved December 23, 2022 from: <https://www.lifevac.uk/2022/04/14/is-choking-uncommon-in-england-wales-nhs-ons/>
7. National Safety Council (2022). *Deaths by demographics*. Retrieved December 20, 2022 from: <https://injuryfacts.nsc.org/all-injuries/deaths-by-demographics/deaths-by-age/data-details/>
8. Perkins, G. D., Graesner, J.-T., Semeraro, F., Olasveengen, T., Soar, J., Lott, C. ... Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: executive summary. *Resuscitation*, 161(1), 1–60. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>.

VPLIVI UŽIVANJA GOBE RESASTI BRADOVEC NA SESTAVO ČREVESNE MIKROBIOTE ODRASLIH

EFFECTS OF HERICIUM ERINACEUS CONSUMPTION ON ADULT GUT MICROBIOTA COMPOSITION

Dominika Češek
izr. prof. dr. Zala Jenko Pražnikar
dr. Katja Kranjc
doc. dr. Andrej Gregori

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za prehransko svetovanje –
dietetiko
cesek.dominika@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Prehrana je eden izmed pomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na sestavo črevesne mikrobiote. Namen študije je bil raziskati, kako lahko uživanje prehranskega dopolnila z gobo resasti bradovec vpliva na sestavo črevesne mikrobiote zdravih odraslih.

Metode: V dvojno slepi, randomizirani, s placebom kontrolirani klinični študiji »Vpliv medicinske gobe resasti bradovec na zdravje« je sodelovalo 33 preiskovancev. Bili so naključno razdeljeni v eksperimentalno in kontrolno skupino in so v 8-tedenski intervenciji uživali prehransko dopolnilo z ali brez gobe resasti bradovec. Z analizo vzorcev blata, odvzetih pred začetkom in po zaključku študije smo analizirali sestavo črevesne mikrobiote posameznika. Podatki so bili statistično obdelani s programom IBM SPSS Statistics 26.0.

Rezultati: Intervencija v eksperimentalni skupini je vplivala na spremembo deležev treh rodov in ene družine bakterij. Pokazala se je tudi razlika med skupinama in v deležu ene družine bakterij ($p = 0,003$). Spol in starost preiskovancev sta imela vpliv na učinek prehranskega dopolnila v eksperimentalni skupini. Črevesna mikrobiota v kontrolni skupini je bila tekom študije nestabilna.

Diskusija in zaključek: Rezultati kažejo, da imajo lahko tudi prehranska dopolnila na osnovi gob vpliv na sestavo črevesne mikrobiote. Za potrditev učinkov pa bo bilo potrebno izvesti študije na večjem vzorcu preiskovancev.

Ključne besede: *Hericum erinaceus*, resasti bradovec, črevesna mikrobiota, klinična študija

ABSTRACT

Introduction: Diet is one of the important factors that affect gut microbiota composition. The purpose of the study was to research effects of the dietary supplementation with mushroom *Hericum erinaceus* on gut microbiota composition in healthy adults.

Methods: 33 volunteers were recruited in the double blind, randomised, placebo-controlled clinical study »Effects of medicinal mushroom *Hericium erinaceus* on health«. They were randomly assigned into the experimental and control group and received either a dietary supplement with the mushroom or placebo during an 8-week intervention. Gut microbiota composition was determined from 2 stool samples from baseline and after the 8-week phase. Data were analysed with IBM SPSS Statistics 26.0.

Results: Results showed a significant difference between the two groups in the proportion of one bacterial family ($p = 0,003$), while the intervention also affected the proportion of three bacteria genera and one bacteria family present. Participants' gender and age influenced the effect of the dietary supplement in the experimental group. Gut microbiota in the control group was unstable during the study.

Discussion and conclusion: Results showed that gut microbiota composition can be affected by the consumption of mushroom dietary supplement. However further studies on larger samples are warranted to corroborate our findings.

Keywords: *Hericium erinaceus*, Lion's mane, gut microbiota, clinical study

1 UVOD

Črevesna mikrobiota je kompleksen sistem mikroorganizmov v prebavnem sistemu (Chen, Zhou & Wand, 2021) in je pomemben dejavnik za ohranjanje zdravja (Li et al., 2021). Med ključnimi nalogami črevesne mikrobiote sta predvsem uravnavanje metabolizma in osi črevesje-možgani gostitelja (Singh et al., 2020). Na samo sestavo in raznolikost črevesne mikrobiote zelo pomembno vpliva predvsem prehrana (Makki, Deehan, Walter & Bäckhed, 2018), kar vključuje tudi z bioaktivnimi učinkovinami bogate glive. Učinki resastega bradovca, bele mesnate gobe, ki jo gojijo predvsem v azijskih državah kot del tradicionalne kitajske medicine (Tian et al., 2022), so precej dobro raziskani. Rezultati študij uživanja gobe na živalskih modelih kažejo predvsem na nevroprotektivno (Mori, Obara, Moriya, Inatomi & Nakahata, 2011) in antioksidativno delovanje (Han, Ye & Wang, 2013). Rezultati kliničnih študij pa kažejo na pozitivne učinke uživanja gobe na kognitivne sposobnosti (Li et al., 2020) in vpliv na spremembo sestave črevesne mikrobiote s povečanjem relativne zastopanosti ugodnih bakterij (Xie et al., 2021). Na podlagi slednjega je bil cilj naše študije preveriti zastavljene hipoteze v povezavi s sestavo črevesne mikrobiote pri zdravih odraslih: 1) uživanje prehranskega dopolnila z resastim bradovcem vpliva na spremembo sestave črevesne mikrobiote v primerjavi s placebo prehranskim dopolnilom; 2) spol in starost vplivata na učinek prehranskega dopolnila z resastim bradovcem na črevesno mikrobioto; 3) sestava črevesne mikrobiote v odrasli populaciji je stabilna v daljšem obdobju.

2 METODE

V dvojno slepi, randomizirani, s placebom kontrolirani klinični študiji je sodelovalo 33 preiskovancev, ki so izpolnjevali naslednje vključitvene kriterije: starost nad 55 let, optimalno zdravstveno stanje, brez znanih alergij na glive in brez terapije z antibiotiki v zadnjih 3 mesecih pred začetkom študije. Preiskovance smo pridobili s promocijo klinične študije na medijskih kanalih in v različnih društvih. Na začetku študije so bili naključno razdeljeni v eksperimentalno skupino (N = 18; 67 % Ž, 33 % M), ki je uživala prehransko dopolnilo z gobo (3,44 mg erinacin A/dan), in kontrolno skupino (N = 15; 67 % Ž, 33 % M), ki je uživala placebo (koruzni škrob). V 8-tedenski intervenciji so uživali dodeljeno prehransko dopolnilo proizvajalca Mycomedica d.o.o. v obliki 6 kapsul dnevno. Tekom študije so bili pridobljeni podatki o življenjskem slogu z anketnimi vprašalniki v orodju 1ka, in sicer o prehranskih navadah z analizo prehranskega dnevnika v programu Odprta platforma za klinično prehrano, ter ocena telesne sestave s telesnim analizatorjem Tanita MC-980. V sklopu dveh meritev, pred pričetkom študije in po 8-tedenski intervenciji, sta bila pridobljena dva vzorca blata za analizo črevesne mikrobiote. Analiziranih je bilo 32 vzorcev blata. Bakterijska DNA je bila izolirana z uporabo komercialnega orodja QIAamp DNA Stool Mini Kit (Qiagen NV, Venlo, Nizozemska). Sestava črevesne mikrobiote je bila identificirana s 16S rRNA sekvenciranjem in klasificiranjem z uporabo baze podatkov SILVA, verzija 138.1 (Quast et al., 2013). Podatki so bili statistično obdelani s programom IBM SPSS Statistics 26.0. Pregled literature pa je zajemal analizo strokovnih in znanstvenih virov z omejenim časovnim obdobjem izdaje vira 2005-2022.

3 REZULTATI

V sklopu analize antropometričnih podatkov se skupini nista razlikovali v vrednosti ITM pred in po intervenciji, razlikovali pa sta se v nivoju visceralne maščobe ($p = 0,031$). Pri analizi prehranskih navad lahko zanemarimo njihov vpliv pri opisovanju učinka intervencije na mikrobnou združbo, ker preiskovanci niso značilno spreminjali prehranskih navad tekom intervencije.

Relativna zastopanost bakterij pred intervencijo

V sklopu klinične študije so bile pred začetkom intervencije v eksperimentalni in kontrolni skupini v največjem povprečnem deležu zastopane bakterije iz debel *Firmicutes* (50,5 %) in *Bacteroidota* (40,2 %), sledile so bakterije iz debel *Proteobacteria* (6,5 %), *Verrucomicrobiota* (1,2 %), *Actinobacteria* (0,8 %), *Desulfobacteria* (0,5 %) in *Cyanobacteria* (0,3 %). Podobni rezultati so se pokazali tudi v študiji, ki sta jo izvedla Mahnič in Rupnik (2018) v vzorcu slovenske kohorte. Med eksperimentalno in kontrolno skupino smo pred intervencijo zaznali statistično značilne razlike v relativni zastopanosti bakterij iz debela *Proteobacteria* ($p = 0,008$) in *Desulfobacterota* ($p = 0,004$). Na nivoju rodov smo pridobili rezultate za 254 različnih bakterijskih rodov. Med

skupinama je bilo zaznati statistično značilno razliko v deležu bakterij iz rodu *Clostridia* UCG-014 ($p = 0,030$).

Učinek intervencije na sestavo črevesne mikrobiote

V eksperimentalni skupini smo želeli pokazati, kako se relativna zastopanost bakterij na nivoju debel in rodov spreminja tekom obdobja intervencije. Na nivoju bakterijskih debel med intervencijo ni prišlo do statistično značilnih sprememb, razlike pa so se pojavile v zastopanosti bakterijskih rodov, katerih zastopanost je bila manjša od 1%. Za bakterije iz rodu *Intestinimonas* se je relativna zastopanost značilno znižala, za bakterije iz rodu *Gastranaerophilales* in *Tyzzarella* pa se je značilno povečala, kar velja tudi za bakterije iz družine *Flavobacteriaceae*, kot je prikazano v Tabeli 1.

Tabela 1: Statistično značilne spremembe relativne zastopanosti bakterij na nivoju debel in družine v času intervencije

BAKTERIJSKI ROD/DRUŽINA	ČAS (PRED/PO INTERVENCIJI)	RELATIVNA ZASTOPANOST (%) \pm SD	P VREDNOST
<i>Intestinimonas</i>	Pred	0,141 \pm 0,002	0,040*
	Potem	0,106 \pm 0,002	
<i>Gastranaerophilales</i>	Pred	0,103 \pm 0,002	0,038*
	Potem	0,575 \pm 0,009	
<i>Tyzzarella</i>	Pred	0,021 \pm 0,000	0,028*
	Potem	0,107 \pm 0,002	
<i>Flavobacteriaceae</i>	Pred	0,018 \pm 0,000	0,042*
	Potem	0,032 \pm 0,001	

Legenda: SD, standardni odklon; *, statistično značilna razlika.

Primerjava sestave črevesne mikrobiote eksperimentalne in kontrolne skupine tekom intervencije

Med skupinama med 8-tedenskim uživanjem prehranskega dopolnila ni prišlo do statistično značilnih sprememb na nivoju relativne zastopanosti debel in rodov bakterij, z izjemo bakterijske družine *Flavobacteriaceae*, ki je bila zastopana v manj kot enoodstotni relativni zastopanosti, kjer je prišlo do značilne razlike ($p = 0,003$). Pri raziskovanju alfa diverzitete oz. pestrosti črevesne mikrobne združbe so rezultati pokazali znižanje pestrosti v eksperimentalni skupini in minimalno povečanje pestrosti v kontrolni skupini.

Vpliv lastnosti preiskovancev na učinek prehranskega dopolnila z resastim bradovcem

V eksperimentalni skupini nas je zanimalo, ali določene značilnosti preiskovancev, kot sta spol in starost, vplivajo na učinek prehranskega dopolnila z resastim bradovcem na črevesno

mikrobioto. Na nivoju bakterijskih debel je bil povprečen rang pri ženskem spolu višji pri bakterijah iz debla *Actinobacteria* ($p = 0,023$) in debla *Bacteroidota* ($p = 0,016$). Pri vplivu starosti preiskovancev na črevesno mikrobioto smo opazili šibko negativno povezavo med starostjo in razliko deleža bakterij iz debla *Firmicutes* ($p = 0,048$) in šibko pozitivno povezavo med starostjo in razliko deleža bakterij iz rodu *Lachnospiraceae* NK4A136 ($p = 0,011$).

Stabilnost črevesne mikrobiote v kontrolni skupini

V kontrolni skupini smo raziskovali, kako se relativna zastopanost bakterij na nivoju debel in rodov spreminja tekom obdobja klinične študije in ali je črevesna mikrobiota preiskovancev v kontrolni skupini stabilna. Na nivoju debel nismo zaznali značilnih sprememb, zato lahko sklepamo, da je črevesna mikrobna združba na tem nivoju dokaj stabilna v določenem časovnem intervalu. Statistično značilne razlike črevesne mikrobne združbe na nivoju dveh rodov pa kažejo na to, da je mikrobna združba spremenljiva. Preiskovanci niso spreminjali življenjskega sloga in prehranskih navad ter niso uživali antibiotikov, zato težko pojasnimo, kateri zunanji dejavniki so botrovali povečanju relativne zastopanosti *Bacteroides* ($p = 0,018$) in znižanju relativne zastopanosti *Parabacteroides* ($p = 0,041$).

4 RAZPRAVA

Da bi izključili dejavnik spremembe prehranskih navad kot možnega vpliva na sestavo črevesne mikrobiote, smo v sklopu študije spremljali prehranske navade preiskovancev, ki smo jih analizirali na začetku in po 8 tednih intervencije. Na podlagi rezultatov lahko sklepamo, da v času intervencije ni prišlo do večjih sprememb v prehranskih navadah tako v eksperimentalni kot kontrolni skupini. Spremljali smo tudi telesno sestavo, za katero bi bilo možno, da bi se v tem časovnem obdobju spremenila. Do statistično značilnih razlik med vrednostmi ITM pred in po intervenciji v obeh skupinah ni prišlo, poleg tega ni bilo razlike med skupinama. Statistično značilna razlika se je pojavila pri nivoju visceralne maščobe v eksperimentalni skupini, poleg tega pa je prišlo do razlike med končnim in začetnim stanjem visceralne maščobe med skupinama. V Sloveniji podatkov o sestavi črevesne mikrobiote v odrasli populaciji ni veliko na voljo, zato smo primerjali pridobljene podatke o relativni zastopanosti bakterij na nivoju debel in rodov pred intervencijo s podatki, ki sta jih v svoji študiji pridobila Mahnič in Rupnik (2018). Ugotovili smo, da so največji delež v relativni zastopanosti bakterij na nivoju debel predstavljale bakterije iz debel *Firmicutes* in *Bacteroidota*, sledi pa *Proteobacteria*, tako pri podatkih iz naše študije kot tudi iz študije v slovenski kohorti.

Gobe so velikokrat obravnavane kot potencialni prebiotiki za izboljšanje sestave črevesne mikrobiote in posledično morebitno izboljšanje zdravja gostitelja (Yadav & Negi, 2021). Zato nas je zanimalo, ali uživanje prehranskega dopolnila z resastim bradovcem v 8-tedenskem obdobju vpliva na sestavo črevesne mikrobiote preiskovancev v primerjavi s kontrolno skupino. Učinek

intervencije ni bil viden na nivoju bakterijskih debel, statistično značilne razlike pa smo zaznali v 4 rodovih, ki so imeli relativno zastopanost manj kot 1 %: *Intestinimonas* ($p = 0,040$), *Gastranaerophilales* ($p = 0,038$) in *Tyzzarella* ($p = 0,028$) ter pri bakterijah iz družine *Flavobacteriaceae* ($p = 0,042$). Bakterije iz rodu *Intestinimonas* imajo pomembno metabolno vlogo, ki vključuje proizvodnjo butirata iz sladkorjev in aminokislin (Bui et al., 2016), za bakterije iz rodu *Gastranaerophilales* pa se predvideva, da je povečanje relativne zastopanosti omenjenih bakterij ugodno za gostitelja, saj naj bi bakterije sodelovale pri vzdrževanju večjega antioksidativnega potenciala in pri premagovanju stresnih situacij (Inserra et al., 2019). Povečanje relativne zastopanosti rodu *Tyzzarella* lahko povezujemo z ugodnim vplivom na zdravje, predvsem v povezavi s psihološkim in psihiatričnim stanjem posameznika. Pred kratkim je italijanska študija potrdila, da so bakterije iz družine *Flavobacteriaceae* lahko biomarkerji oseb z normalno telesno maso in zdravim metabolnim profilom (Palmas et al., 2021), zato je povečanje zastopanosti bakterij iz družine *Flavobacteriaceae* izjemnega pomena in zaželeno z vidika ohranjanja metabolnega zdravja.

Pri opazovanju morebitnih razlik tekom intervencije med skupinama, kjer smo primerjali deleže v relativni zastopanosti bakterij na nivoju debel in rodov, nismo zaznali statistično značilnih razlik med skupinama. Statistično značilno razliko med skupinama smo zaznali samo v primeru bakterij iz družine *Flavobacteriaceae* ($p = 0,003$). Glede na to, da se je pojavila razlika med skupinama samo v primeru enega manj zastopanega bakterijskega rodu, lahko prvo hipotezo ovržemo, kljub temu da je prišlo do spremembe v pestrosti črevesne mikrobne združbe.

V sklopu klinične študije smo raziskovali tudi, če lahko spol in starost preiskovancev v eksperimentalni skupini vplivata na učinek prehranskega dopolnila z resastim bradovcem. Vpliv razlike med moškim in ženskim spolom na intervencijo se je pokazal pri bakterijah iz debel *Actinobacteria* ($p = 0,023$) in *Bacteroidota* ($p = 0,016$), pri bakterijskih rodovih pa nismo zaznali statistično značilnih razlik. Pri obeh bakterijskih debelih je bil povprečen rang višji pri ženskem spolu. Tudi starost ima pomembno vlogo pri sestavi črevesne mikrobiote, glede na to, da se najbolj vidno spreminja razmerje v deležu bakterij iz debel *Firmicutes* in *Bacteroidota* z naraščanjem starosti. Rezultati vpliva starosti na učinek intervencije so pokazali šibko negativno povezavo med starostjo in razliko v deležu bakterij iz debela *Firmicutes* ($p = 0,048$) ter šibko pozitivno povezavo med starostjo in razliko v deležu bakterij iz rodu *Lachnospiraceae* NK4A136 ($p = 0,011$). Hipotezo o vplivu starosti in spola na učinek intervencije lahko na podlagi predstavljenih podatkov potrdimo.

V sklopu zadnje hipoteze nas je zanimala stabilnost v sestavi črevesne mikrobiote v kontrolni skupini, ki je uživala placebo prehransko dopolnilo v obdobju 8 tednov. Na nivoju debel ni prišlo do statistično značilnih razlik med začetnim in končnim stanjem relativne zastopanosti bakterij. Na nivoju rodov je prišlo do statistično značilne razlike v deležu bakterij iz rodu *Bacteroides* ($p = 0,018$) in *Parabacteroides* ($p = 0,041$). Dejavnikov za spremembo je lahko več, zato je težje

določiti samo enega, ki bi lahko bil ključen. Na podlagi rezultatov lahko ovržemo zadnjo hipotezo.

5 ZAKLJUČEK

Glede na omenjene rezultate študije vidimo veliko možnosti za izboljšanje same zasnove in poteka študije. Smiselno bi bilo analizirati tudi tretji vzorec blata po določenem času zaključenega uživanja prehranskega dopolnila z resastim bradovcem. Za potrditev rezultatov študije bi bilo potrebno v prihodnje izvesti večje število študij, ki bodo imele primerljive protokole in metode analize črevesne mikrobiote. Sama primerljivost rezultatov je še dodatno otežena s specifičnimi značilnostmi sestave črevesne mikrobiote glede na lokacijo izvedbe študije in vzorca zajetih preiskovancev. Zaključujemo, da trenutno ni dovolj podatkov, da bi lahko oblikovali priporočila za vnos prehranskega dopolnila z resastim bradovcem z namenom ugodnega vpliva na sestavo črevesne mikrobiote in povezanih ugodnih učinkov na zdravje.

LITERATURA IN VIRI

1. Bui, T. P. N., Shetty, S. A., Lagkouvardos, I., Ritari, J., Chamlagain, B., Douillard, F. P., ... de Vos, W. M. (2016). Comparative genomics and physiology of the butyrate-producing bacterium *Intestinimonas butyriciproducens*. *Environmental microbiology reports*, 8(6), 1024-1037. <https://doi.org/10.1111/1758-2229.12483>.
2. Chen, Y., Zhou, J., & Wang, L. (2021). Role and mechanism of gut microbiota in human disease. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2021.625913>.
3. Han, Z. H., Ye, J. M., & Wang, G. F. (2013). Evaluation of in vivo antioxidant activity of *Hericium erinaceus* polysaccharides. *International journal of biological macromolecules*, 52, 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2012.09.009>
4. Inserra, A., Choo, J. M., Lewis, M. D., Rogers, G. B., Wong, M. L., & Licinio, J. (2019). Mice lacking *Casp1*, *Ifngr* and *Nos2* genes exhibit altered depressive and anxiety-like behaviour, and gut microbiome composition. *Scientific reports*, 9. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-38055-8>
5. Li, I. C., Chang, H. H., Lin, C. H., Chen, W. P., Lu, T. H., Lee, L. Y., ... Lin, D. P. C. (2020). Prevention of early Alzheimer's disease by erinacine a-enriched *Hericium erinaceus* mycelia pilot double-blind placebo-controlled study. *Frontiers in aging neuroscience*, 12, 155. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00155>
6. Li, M., Yu, L., Zhao, J., Zhang, H., Chen, W., Zhai, Q., & Tian, F. (2021). Role of dietary edible mushrooms in the modulation of gut microbiota. *Journal of functional foods*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2021.104538>
7. Mahnič, A., & Rupnik, M. (2018). Different host factors are associated with patterns in bacterial and fungal gut microbiota in Slovenian healthy cohort. *PLoS ONE*, 13(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209209>

8. Makki, K., Deehan, E. C., Walter, J. & Bäckhed, F. (2018). The impact of dietary fiber on gut microbiota in host health and disease. *Cell host & microbe*, 23(6), 705–715. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2018.05.012>
9. Mori, K., Obara, Y., Moriya, T., Inatomi, S., & Nakahata, N. (2011). Effects of *Hericium erinaceus* on amyloid β (25–35) peptide-induced learning and memory deficits in mice. *Biomedical research journal*, 32(1), 67–72. <https://doi.org/10.2220/biomedres.32.67>.
10. Palmas, V., Pisanu, S., Madau, V., Casula, E., Deledda, A., Cusano, R., ... Velluzzi, F. (2021). Gut microbiota markers associated with obesity and overweight in Italian adults. *Scientific reports*, 11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84928-w>
11. Quast, C., Pruesse, E., Yilmaz, P., Gerken, J., Schweer, T., Yarza, P., ... Glöckner, F. O. (2013). The SILVA ribosomal RNA gene database project: improved data processing and web-based tools. *Nucleic acids research*, 41, 590–596. <https://doi.org/10.1093/nar/gks1219>.
12. Singh, R., Zogg, H., Wei, L., Barlett, A., Ghoshai, U., Rajender, S., ... Ro, S. (2021). Gut microbial dysbiosis in the pathogenesis of gastrointestinal dysmotility and metabolic disorders. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 27(1). <https://doi.org/10.5056/jnm20149>
13. Tian, B., Geng, Y., Xu, T., Zou, X., Mao, R., Pi, X., ... Sun, P. (2022). Digestive characteristics of *Hericium erinaceus* polysaccharides and their positive effects on fecal microbiota of male and female volunteers during in vitro fermentation. *Frontiers in nutrition*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.858585>.
14. Xie, X. Q., Genge, Y., Guan, Q., Ren, Q., Guo, L., Lv, Q., ... Xu, Z. H. (2021). Influence of short-term consumption of *hericium erinaceus* on serum biochemical markers and the changes of the gut microbiota: a pilot study. *Nutrients*, 13, 1008. <https://doi.org/10.3390/nu13031008>
15. Yadav, D., & Negi, P. S. (2021). Bioactive components of mushrooms: processing effects and health benefits. *Food research international*, 148. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2021.110599>

OBRAVNAVA PACIENTA Z AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM

TREATMENT OF A PATIENT WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Sara Cizelj, dipl. m. s.

Mateja Šimec, univ. dipl. org., pred.

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

saracizelj30@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Akutni koronarni sindrom je posledica nastanka pomembne delne ali popolne zapore koronarnih arterij zaradi nastanka krvnega strdka na aterosklerotični lehi. Medicinska sestra mora prepoznati simptome in znake obolenja ter skladno z njimi tudi ukrepati in izvesti aktivnosti. Namen raziskave je opredeliti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z akutnim koronarnim sindromom.

Metode: Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop in deskriptivna metoda. Vzorec je vključeval diplomirane medicinske sestre, stare od 27 do 44 let, ki so imele od 2 do 23 let delovnih izkušenj. V intervju smo vključili sedem oseb, štiri zaposlene na urgentnem odseku za internistično prvo pomoč, tri pa na internem oddelku.

Rezultati: Glavna in najpogostejša aktivnost medicinske sestre je snemanje EKG. Za nadgrajevanje znanja medicinske sestre berejo strokovne članke in hodijo na predavanja. Pacientu ob odpustu svetujejo spremembo življenjskega sloga. S pacientom po obravnavi večinoma nimajo več stika in ne preverjajo, ali se drži njihovih priporočil, pacientu pa posredujejo zdravstvenovzgojne vsebine za spremembo življenjskega sloga.

Diskusija in zaključek: Po odpustu pacienta iz bolnišnice bi bilo smotrno vpeljati način, s katerim bi lahko v našem prostoru spremljali paciente v domačem okolju s posebnim, še neimplementiranim pristopom (tudi po vzorcu tujih držav). Na ta način bi medicinske sestre z zdravstvenovzgojnim udejstvovanjem preverjale uspešnost svojega dela ter poskrbele za profesionalni razvoj stroke.

Ključne besede: akutni koronarni sindrom, medicinska sestra, pacient

ABSTRACT

Introduction: Acute coronary syndrome is the result of significant partial or complete blockage of the coronary arteries due to the formation of a blood clot in the atherosclerotic bed. The nurse must recognize the symptoms and signs of illness and implement measures and activities accordingly. The aim of the study is to determine the nurse's role in the management of a patient with acute coronary syndrome.

Methods: A qualitative research approach and descriptive method were used. The sample included registered nurses aged 27 to 44 years with 2 to 23 years of work experience. We included seven individuals in the interview, four staff in the emergency department for internal medicine first aid, and three in the internal medicine department.

Results: The most important and common activity of a nurse is recording an ECG. To increase their knowledge, nurses read professional articles and attend lectures. At discharge, the patient is advised to change his or her lifestyle. After treatment, they usually have no further contact with the patient and do not monitor whether he or she is following their recommendations, but they do provide the patient with health education content on lifestyle changes.

Discussion: After the patient is discharged from the hospital, it would be appropriate to introduce a method by which we could monitor patients in our area using a specific approach that has not yet been implemented (including following the example of foreign countries). In this way, nurses could check the success of their work and ensure the professional development of the profession through health education measures.

Keywords: acute coronary syndrome, nurse, patient

1 UVOD

V sodobnem času so bolezni srčno-žilnega sistema v porastu. Koronarna arterijska bolezen po vsem svetu predstavlja enega od najpomembnejših vzrokov za smrt in prizadetost človeškega življenja. Države z največjo umrljivostjo so tiste z nizkim in srednjim življenjskim standardom, kar predstavlja skoraj 7 milijonov smrti na leto (Ralapanawa & Sivakanesan, 2021). Zaradi hitrega in nezdravega načina življenja smo ljudje nenehno izpostavljeni dejavnikom tveganja, zaradi katerih smo že v mladosti podvrženi možnostim za negativne koronarne ishemične dogodke. Ko se ljudje znajdejo v položaju, ko je ogroženo njihovo življenje, nemudoma pristanejo v bolnišnici, ker potrebujejo takojšnjo zdravstveno obravnavo. Ker je obravnava pacienta z akutnim koronarnim sindromom zelo specifična, morajo imeti medicinske sestre za suvereno opravljanje svojega dela širok nabor znanja.

Akutni koronarni sindrom je posledica nastanka pomembne delne ali popolne zapore koronarnih arterij, najpogosteje zaradi nastanka krvnega strdka na poškodovani aterosklerotični lehi (Bevc, Penko & Zorman, 2012). Dolgotrajno oženje svetline koronarne arterije privede do ishemije srčne mišice, v napredovalem stanju, ko je srce brez kisika, pa se pojavi nekroza (Rant & Radšel, 2018).

V klinični praksi se akutni koronarni sindrom obravnava kot nestabilna angina pectoris, kot akutni miokardni infarkt z dvigom ali brez dviga spojnice ST glede na izvid EKG (STEMI oz. NSTEMI) in kot nenadni srčni zastoj (Bevc, Penko & Zorman, 2012). Hudemu bolečinskemu nelagodju pravimo stenokardija (Bevc et al., 2012). Diagnostični postopki, ki nas pripeljejo do diagnoze, so

anamneza in klinični pregled, odvzem krvi, slikovna diagnostika in snemanje EKG. Za zdravljenje se uporablja medikamentozna terapija in reperfuzijsko zdravljenje. Možni so tudi zapleti, tako zgodnji kot pozni (Rant & Radšel, 2018). Pri obravnavi pacienta s sumom na akutni koronarni sindrom sledimo zaporedju postopkov po protokolu, ki ga predpisuje ACLS (Advanced Cardiac Life Support) in predstavlja algoritem kompletne obravnave, vse od zaznanih znakov do specifičnega tretmaja (Munoz, 2021).

Triažna medicinska sestra z določenim znanjem je običajno prva, ki lahko hitro prepozna paciente, pri katerih je potrebna urgentna obravnava (Weeks, Johnson & Jones, 2017). Medicinska sestra v ambulanti internistične prve pomoči ravna po zaporedju in je ves čas ob pacientu. Posneti je treba EKG, izmeriti vitalne funkcije, priklopiti pacienta na monitor, odvzeti kri in nastaviti intravensko kanilo (Miložič & Lešnik, 2015). Patronažna medicinska sestra v sklopu svojega dela v domačem okolju izvaja presejalni program za določene dejavnike tveganja. Medicinska sestra spremlja pacienta holistično in individualno, tako da ugotavlja potrebe glede zdravstvene nege, da načrtuje zdravstveno nego in da pacienta pripravi fizično in psihično. Pomembna je tudi duhovna podpora obolelim, saj ti zaradi strahu pred smrtjo velikokrat občutijo tesnobo; posledično so psihološke težave povezane tudi z izidom bolezni (Miložič & Lešnik, 2015 cited in Rahmawati, Wihastuti, Rachmawati & Kumboyono, 2018).

Ko je pacient hospitaliziran, se ga med obravnavo neprestano informira in uči. Medicinska sestra lahko pacienta motivira in ga pozove, naj se po odpustu vključi v koronarna društva in klube, kjer mu lahko pomagajo tudi drugi strokovnjaki (Koritnik & Paš, 2006).

Da bi pacienti preprečili ponovni nastanek hudih bolezenskih dogodkov, bi se morali po odpustu osredotočiti na vedenjske spremembe in zmanjšanje dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni (Shim & Hwang, 2017). Namen terciarne preventive je omiliti vpliv stalne bolezni ali poškodbe, ki ima trajne posledice (Shim & Hwang, 2017).

Z vpeljavo koncepta PCC (Person-Centered Care) se pacienta postavi v ospredje, njegova vloga postane reprezentativna in tako v sodelovanju z medicinsko sestro dosega pozitivne izide, kar pripomore k učinkoviti in kakovostni obravnavi (Fors, Gyllenstena, Swedberg & Ekman, 2016).

Xavier et al. (2016) ugotavljajo, da z uporabo mobilnih zdravstvenih tehnologij ne bi prispevali le k manjši stroškovni obremenjenosti zdravstvenega sistema, ampak tudi k dopolnjevanju dobrega dela strokovno usposobljenih zdravstvenih delavcev, ki so pacientom po prebolelem akutnem koronarnem sindromu v veliko oporo in pomoč. Ena od novodobnih digitalnih oblik pri spremljanju obravnave pacientov je uporaba eZdravja.

Bashi, Varnfield & Karunanithi (2020) omenjajo tudi multimedijško platformo MoTER, ki zajema izobraževalna gradiva s smernicami za zdrav življenjski slog in prijazna, dostopna mobilna orodja

za spremljanje fizioloških in zdravstvenih parametrov (krvni tlak, teža, bolečina), ki pacientom pomagajo pri verifikaciji in samoopazovanju za zaznavanje in obvladovanje stanja.

2 METODE

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop in deskriptivna metoda. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Instrument za raziskavo je bila predloga za pol strukturiran intervju, sestavljena iz dveh delov, vsebovala je dvajset vprašanj. Namenski, nenaključni vzorec je vključeval sedem diplomiranih medicinskih sester, starih od 27 do 44 let, ki imajo več kot eno leto delovnih izkušenj z internističnimi pacienti. Štirje intervjuvanci so zaposleni na urgentnem odseku za internistično prvo pomoč, tri pa na internem oddelku. Raziskava je potekala julija 2022, k intervjuju so kandidati pristopili prostovoljno. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli, tonske zapise zabeležili in kasneje pridobljene podatke analizirali. Zaradi lažje interpretacije smo intervjuvance naključno zapisali s črkama »MS« in za tem dodali zaporedno številko od 1 do 7. Zagotovljena je bila anonimnost in spoštovanje etičnih načel, ki veljajo v raziskovanju.

3 REZULTATI

Ugotavljali smo poznavanje stanja akutnega koronarnega sindroma pri intervjuvancih. Zanimale so nas aktivnosti zdravstvene nege, načini pridobivanja znanja medicinskih sester ter spremljanje pacienta po odpustu.

Vsi intervjuvanci poznajo stanje akutnega miokardnega infarkta (STEMI in NSTEMI). Dva intervjuvanca sta navedla še srčni zastoj. Nestabilno angino pektoris navaja pet intervjuvancev. Pojem angina pektoris sta omenila dva intervjuvanca.

Vsi intervjuvanci so odgovorili, da je obvezna aktivnost medicinske sestre snemanje EKG. Dva sta omenila vzpostavitev monitoringa. Pet intervjuvancev je omenilo obvezno merjenje vitalnih funkcij. Dva intervjuvanca sta poudarila pridobitev anamneze o bolečini. Odvzem krvi so za prvo in nujno aktivnost navedle vse intervjuvane medicinske sestre, razen dveh.

V tipično klinično sliko akutnega koronarnega sindroma vse intervjuvane medicinske sestre uvrščajo prsno bolečino oz. stenokardijo. Trije različni intervjuvanci so navedli dispnejo, znojenje, slabost in bruhanje.

Po mnenju vseh intervjuvancev je najočitnejši znak na zapisu EKG dvig spojnice ST. Eden intervjuvanec je omenil široke komplekse QRS, drugi izmed njih pa še pojav zobca Q.

Intervjuvanci ob dokazanem akutnem koronarnem sindromu pripravijo morfij, kisik, nitroglicer in antikoagulantni preparat. Eden je navedel še, da je zdravilo prvega izbora tudi zdravilo za znižanje krvnega tlaka.

Vsi intervjuvanci se redno udeležujejo izobraževanj, tako internih kot tudi tistih, ki jih organizira strokovno združenje (Zbornica – Zveza). Dva intervjuvanca svoje znanje in izkušnje izmenjujeta s sodelavci. Trije poudarjajo redno udeleževanje na simpozijih, strokovnih srečanjih in seminarjih. Eden je omenil pomen praktičnega učenja.

Intervjuvanci so odgovorile, da so splošne informacije, ki jih dajejo pacientom ob odpustu navodila oz. smernice za spremembo življenjskega sloga, ki obsegajo spremenjen režim prehranjevanja, redno telesno aktivnost, opustitev kajenja ter izogibanje stresorjem. Eden izmed intervjuvanih je navedel redno kontroliranje vrednosti krvnega tlaka in sladkorne bolezni. Še eno priporočilo intervjuvanca je bilo neizpostavljanje soncu.

Eden intervjuvanec ob ustni predaji nasvetov pacientom izroči skripto, dva paciente spodbujata k vključitvi v koronarne klube. Po odpustu s pacientom ne ostajajo več v neposrednem kontaktu.

4 RAZPRAVA

Z raziskavo, ki smo jo izvedli med medicinskimi sestrami, smo ugotovili, da je glavni simptom, po katerem intervjuvane medicinske sestre posumijo, da gre za stanja, ki bi lahko nakazovala na akutni koronarni sindrom, huda tiščoča in pekoča bolečina v prsnem košu. Ugotovili smo, da večina intervjuvanih medicinskih sester, ki je zaposlena na internem oddelku, prepozna bolečinsko radiacijo v levo roko oz. ramo, kar opisujeta tudi Johnson & Rawlings-Anderson (2007). Poleg bolečine je intervjuvana medicinska sestra, ki je zaposlena v ambulanti internistične prve pomoči, podrobno navedla tudi druge simptome, ki so značilni za paciente: dispneja, znojenje, omotica, slabost, bruhanje, izguba zavesti. MS 2 pri pacientih opaža še bledico, ki jo kot očitni znak navajajo Bevc et al. (2012). Dispnejo, slabost in sinkopo pa teoretično podkrepi tudi Sinkovič (2015).

Z raziskavo smo ugotovili tudi, da se skoraj vse intervjuvanke, razen MS 7, ki je odgovorila, da so glavna sprememba za prepoznavanje stanja na EKG le široki kompleksi QRS, strinjajo, da je očitna opazka elevacija oz. dvig veznice ST v primeru, da se razvija ishemija srčne mišice. MS 6 dodaja še pojav zobca Q in tudi širše komplekse QRS. Hollander, Than & Mueller (2016) ugotavljajo, da je sama občutljivost na dvig spojnice ST za diagnosticiranje akutnega miokardnega infarkta premalo zanesljiva sprememba.

Ugotovili smo, da je prva in obvezna aktivnost, ki jo izvede medicinska sestra ob sumu, da gre za akutni koronarni sindrom, snemanje EKG. Omenjeno neopustljivo aktivnost v teoretično-

praktični korelaciji strokovno potrjujeta Miložič & Lešnik (2015), ki dodajata še obvezno merjenje vitalnih funkcij, vzpostavitev monitoringa, vzpostavitev periferne venske poti ter takojšnji odvzem krvi za pregled troponina in ostalih označevalcev po shemi za akutni koronarni sindrom.

Ugotovili smo tudi, da se intervjuvane medicinske sestre poslužujejo izobraževanj, delavnic, simpozijev, konferenc in strokovnih srečanj, ki potekajo pod okriljem Zbornice – Zveze, včasih prebirajo strokovne in aktualne članke, MS 2 pa je dodala, da občasno pobrska tudi po spletni učni bazi. Zdi se nam pomembno, da se tudi med sodelavci na delovnem mestu že sproti izmenja predvsem praktično znanje, kot je to opredelila MS 7. Ob takšnem implicitnem znanju lahko medicinska sestra izpostavlja bolj izurjeno verzijo same sebe in lahko na ta način gradi svoje spretnosti, postaja bolj suverena, temeljita, odločna, odzivna in strokovna. Z raziskavo prav tako ugotavljamo, da dobra polovica intervjuvank svoje znanje pridobiva na internih izobraževanjih. Ravindra, Prajapat & Balagavi (2021) so ugotovili, da izobraževanja, ki so pripravljena po vnaprej pripravljenih scenarijih, bistveno vplivajo na samozavestnejše udejstvovanje na delovnem mestu pri obravnavi pacientov, ki trpijo za akutnim koronarnim sindromom.

Z raziskavo smo ugotovili, da intervjuvanke pacientom ob odpustu ali premestitvi podajajo zdravstvenovzgojna navodila večinoma ustno. Podajajo jim smernice oz. nasvete za spremembo življenjskega sloga, ki večinoma obsegajo spremenjen režim prehranjevanja, opustitev kajenja, izogibanje stresorjem, aktivno preživljanje prostega časa in zmanjšano konzumiranje alkoholnih pijač. Po našem mnenju je prav tako zelo pomembno ozaveščati o tehnikah sproščanja. Menimo tudi, da bi medicinska sestra morala v obravnavo vključiti tudi pacientovo družino in svojce. Pacientu je pomembno predstaviti tudi koronarne klube, v katerih se srečujejo ljudje s podobnimi obolenji. Po besedah Koritnik & Paš (2006) bi lahko tam pacient svoje dolgoročne cilje tudi s pomočjo multidisciplinarnih strokovnjakov lažje dosegel. Ker obstajajo virtualna orodja in pripomočki za spremljanje pacienta po akutnem koronarnem dogodku na domu, bi bilo smotno v našem prostoru za namen terciarne preventive implementirati tovrstne spletne pripomočke za nadzor pacienta doma in ga v primeru odstopanj glede počutja ter neznanja nemudoma pozvati v ambulanto.

5 ZAKLJUČEK

Porast srčno-žilnih bolezni pri nas in po svetu postaja vse večja težava, saj je zaradi njih ogroženo človekovo življenje. Da bi lahko pacient svoje stanje oz. posledice samostojno obvladoval, potrebuje pomoč v obliki strokovnih nasvetov.

Medicinska sestra ima pri obravnavi pacienta z akutnim koronarnim sindromom pglavitno in nenadomestljivo vlogo, saj je delo na tovrstnem področju nadvse specifično, strukturirano in zahtevno. Tematika srčno-žilnih bolezni je že nekaj časa v ospredju. Po mnenju strokovnjakov

so bolezni srčno-žilnega sistema posledica nezdravega življenjskega sloga, ki ga pogojuje vsakdanji način življenja v sodobnem svetu. Da bi se ljudje začeli zavedati vrednote zdravja in dobrega počutja, imajo raziskave, ki se ukvarjajo s tovrstnim področjem, visoko vrednost. Ker je srce eden od vitalnih organov, je pomembno, da zanj skrbimo v vseh obdobjih svojega življenja, saj so tako mlajše kot starejše generacije podvržene negativnim koronarnim dogodkom. Medicinska sestra lahko oboleli osebi med obravnavo znotraj ali zunaj bolnišnice pomaga tako, da jo podpira psihično in fizično vse od sprejema v ambulanti pa do odpusta in spremljanja v domačem okolju.

Da bi pacient lažje pristopil k samoobvladovanju bolezni, bi medicinska sestra na podlagi pridobljenega znanja predstavila režim prehranjevanja, urnik fizične aktivnosti, sprostitvene dejavnosti, pomagala pri opuščanju konzumiranja alkoholnih pijač ter zmanjšanju kajenja. Pomembno je omeniti tudi virtualna orodja, s katerimi bi medicinske sestre nadzorovale pacientovo počutje tudi na daljavo. Ob nastanku težav bi se pacient ponovno najavil na pregled v ambulanti, kjer bi se skupaj z medicinsko sestro pogovoril o preteklem ravnanju in sestavil načrt do prihodnjega ambulantnega srečanja. Na tej točki izpostavljam iztočnico za novo možnost nadaljnega raziskovanja, na podlagi katerega bi v prihodnje povečali vzorec in vključili še medicinske sestre iz drugih področij. S tem bi pridobili več informacij, s katerimi bi lahko podali natančnejše ugotovitve in možnosti za praktične izboljšave ter razvoj stroke, predvsem za specifično opredelitev vloge medicinske sestre pri obravnavi pacienta, obolelega za akutnim koronarnim sindromom.

LITERATURA IN VIRI

1. Bashi, N., Varnfield, M., & Karunanithi, M. (2020). A Smartphone App for Patients With Acute Coronary Syndrome (MoTER-ACS): User-Centered Design Approach. *JMIR formative research*, 4(12). <https://doi.org/10.2196/17542>.
2. Bevc, S., Penko, M. & Zorman, T. (2012). *Simulacija akutnega koronarnega sindroma pri predmetu interna medicina*. Maribor: Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
3. Fors, A., Gyllenstena, H., Swedberg, K. & Ekman, I. (2016). Effectiveness of person-centred care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 221, 957–962.
4. Hollander, J. E., Than, M. & Mueller, C. (2016). State-of-the-Art Evaluation of Emergency Department Patients Presenting With Potential Acute Coronary Syndromes. *Circulation*, 134, 547–564. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021886>
5. Johnson, K. & Rawlings-Anderson, K. (Eds.) (2007). *Oxford Handbook of Cardiac Nursing*. Oxford: University Press.
6. Koritnik, B. & Paš, B. (2006). Vloga medicinske sestre pri preprečevanju koronarne bolezni. In D. Plank (Ed.). *Vseživljenjsko izobraževanje za boljše počutje bolnikov in medicinskih sester – zbornik predavanj 7. strokovnega srečanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov celjske regije* (str. 6–13). Celje: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Celje.

7. Miložič, L. & Lešnik, A. (2015). Aktivnosti medicinske sestre v ambulanti internistične nujne pomoči pri akutnem miokardnem infarktu. In R. Vajd & M. Gričar (Eds.). *Urgentna medicina – izbrana poglavja* (str. 300–303). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
8. Munoz, J. (29. 7. 2021). *Acute Coronary Syndromes Algorithm*. Pridobljeno s <https://www.acls.net/acute-coronary-syndromes-algorithm>.
9. Rahmawati, I., Wihastuti, T. A., Rachmawati, S. D. & Kumboyono, K. (2018). Nursing Experience in Providing Spiritual Support to Patients with Acute Coronary Syndrome at Emergency Unit: Phenomenology Study. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1147–1151.
10. Ralapanawa, U. & Sivakanesan, R. (2021). Epidemiology and the Magnitude of Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome: A Narrative Review. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 11(2), 169–177. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.201217.001>.
11. Rant, A. M. & Radšel, P. (2018). Akutni koronarni sindrom (AKS). In G. Prosen (Ed.). *Zbornik VI. Šole urgence* (str. 63–74). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
12. Ravindra, H. N., Prajapat, M. in Balagavi, D. (2021). A Study to Assess the Effectiveness of Acute Coronary Syndrome Algorithm on Nursing Management of Patient with Acute Coronary Syndrome among Staff Nurse of Selected Hospital Waghodia. *International Journal of Nursing Education*, 2021, 51–55. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2020.00011.2>.
13. Shim, J. L. & Hwang, S. Y. (2017). Long-term effects of nurse-led individualized education on middle-aged patients with acute coronary syndrome: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 16, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0254-y>.
14. Sinkovič, A. (2015). Ishemična bolezen srca. In A. Sinkovič & G. Voga (Eds.). *Izbrana poglavja o srčno-žilnih boleznih* (str. 118–135). Maribor: Medicinska fakulteta.
15. Weeks, J., Johnson, J. & Jones, E. (2017). Are Triage Nurse Knowledgeable about Acute Coronary Syndromes Recognition? *ABNF Journal*, 28(3), 69–75.
16. Xavier et al. (2016). Community health worker-based intervention for adherence to drugs and lifestyle change after acute coronary syndrome: a multicentre, open, randomised controlled trial. *The Lancet. Diabetes & endocrinology*, 4(3), 244–253. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00480-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00480-5).

GLASBENA TERAPIJA IN NJEN VPLIV NA DUŠEVNO ZDRAVJE PACIENTOV S SHIZOFRENIJO

MUSIC THERAPY AND ITS IMPACT ON THE MENTAL HEALTH OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Aleks Kukovec, dipl. zn.

doc. dr. Klavdija Čuček Trifkovič,

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

doc. dr. Anja Plemenitaš Ilješ, dr. med., spec. psih.,

Univerzitetni klinični center Maribor

Tomaž Stradovnik, akad. glas., prof. glas.,

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

aleks.kukovec@student.um.si

RAZŠIRJENI POVZETEK

Shizofrenija je kompleksna duševna motnja, ki izhaja iz kombinacije genetskih in okoljskih dejavnikov ter močno vpliva na delovanje možganov. Pojavlja se predvsem v pozni puberteti ali v zgodnjem odraslem obdobju. Pacienti pogosto izgubijo stik z realnostjo in imajo večjo verjetnost za prezgodnjo smrt zaradi različnih bolezni (Bhandari, 2022; National Institute of Mental Health, 2022).

Simptome shizofrenije delimo na pozitivne, negativne in kognitivne. Najpogostejši znaki, ki jih zasledimo, so halucinacije in blodnje ter motnje v govoru in vedenju. Približno 30-50 % pacientov se svoje bolezni ne zaveda, zaradi česar zdravljenje velikokrat tudi odklonijo (Baier, 2010).

Glasbena terapija je strukturiran in sistematičen terapevtski pristop, ki za uspešno komunikacijo in izražanje uporablja glasbo, katere namen je izboljšano čustveno doživljanje in kakovost življenja. Vpliv glasbene terapije na duševno zdravje pri pacientih s shizofrenijo je slabo raziskano področje, vendar lahko prinaša pomembne koristi pri izboljšanju počutja in vključevanju v vsakodnevno življenje (Geretsegger et al., 2017; American Music Therapy Association, 2020).

Uporablja se predvsem v psihiatričnih bolnišnicah za zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog, zavodih za razvojne motnje ter šolah. Med najbolj pogostimi pristopi so poslušanje glasbe, petje, pisanje besedil in diskusija o različnih vrstah glasbe. Glasbeno terapijo lahko razdelimo na pasivno in aktivno. Pri pasivni glasbeni terapiji so pacienti poslušalci. Pri aktivni pa pacienti sodelujejo, igrajo na instrumente, pojejo in plešejo (Steen et al., 2017).

Analiza raziskav je pokazala učinkovitost glasbene terapije na pojavnost simptomov shizofrenije, depresije in anksioznosti. V naši raziskavi, ki je temeljila na sistematičnem pregledu literature, smo ugotovili, da glasbena terapija ob podpori farmakološke terapije deluje kot motivator, ki pripomore k izboljšanju socializacije in zmanjšanju pojavljanja negativnih simptomov shizofrenije, ter kot pripomoček izražanja in kot socializator, ki pripomore k povečanemu vzpostavljanju stikov in odnosov med pacienti in ostalimi v njihovi okolici. Glasbena terapija zmanjša pojavnost in intenzivnost halucinacij (Lin et al., 2011; Lu et al., 2013; Geretsegger et al., 2017).

Različni raziskovalci so s pomočjo merjenja možganskih valov ugotovili, da glasbena terapija poveča aktivnost alfa valov, zaradi česar so pacienti doživljali pozitivnejše emocije tekom zdravljenja shizofrenije (Kwon, Gang & Kyongok, 2013).

Ugotovili so tudi, da je glasbena terapija učinkovita pri izboljšanju čustvene sproščenosti, sposobnosti kognitivnega procesiranja in pri pojavu pozitivnih vedenjskih sprememb pacientov. Raziskave so dokazale, da so imeli pacienti, ki so bili deležni glasbene terapije, boljše rezultate na CDS, BPRS, HADS in CGI lestvici in tako uspešno dokazali pozitivne učinke glasbene terapije na duševno zdravje pacientov (Kavak, Ünal & Yilmaz, 2016; Volpe et al., 2018).

EXTENDED SUMMARY

Schizophrenia is a complex disorder that arises from genetic and environmental factors and strongly affects brain function. It typically appears in late adolescence or early adulthood. Schizophrenia often causes patients to lose touch with reality and have higher risk of premature death from various illnesses (Bhandari, 2022; National Institute of Mental Health, 2022).

Schizophrenia symptoms are mainly classified into positive, negative, and cognitive. The most common signs are hallucinations, delusions, and speech and behavioral disturbances. Approximately 30% to 50% of patients are unaware of their illness, which often leads to them rejecting treatment (Baier, 2010).

Music therapy is a structured, systematic and therapeutic approach that uses music for successful communication and expression, aiming to improve the emotional experience and quality of life. The impact of music therapy on mental health in patients with schizophrenia is poorly researched, but it can bring significant benefits in improving well-being and integration into daily life (Geretsegger et al., 2017; American Music Therapy Association, 2020).

It is mainly used in psychiatric hospitals to treat alcohol and drug addiction, developmental disorder institutions, and schools. It can be performed in various ways. Among the most common are listening to music, singing, writing lyrics, and discussing different songs. Music therapy can be divided into two parts, which are often combined: passive and active music

therapy. In passive music therapy, the music therapist plays and sings for the patients, who are listeners. In active music therapy, patients participate by playing instruments, singing, or dancing (Steen et al., 2017).

The analysis has shown music therapy's effectiveness, combined with pharmacological treatment, significantly improves socialisation and reduces negative symptoms of schizophrenia in reducing symptoms of schizophrenia, depression, and anxiety. It was found that music therapy works as a motivator expression tool, and socializer, contributing to increased connections and relationships between patients and others in their environment. Music therapy reduces the occurrence and intensity of hallucinations (Lin et al., 2011; Lu et al., 2013).

By measuring brain waves, the authors reported that music therapy increases alpha wave activity, resulting in patients experiencing more positive emotions during their treatment of schizophrenia (Kwon, Gang & Kyongok, 2013).

They also found that music therapy effectively improves emotional relaxation, cognitive processing ability, and positive behavioral changes in patients. Studies have also shown that patients who underwent music therapy had better results on the CDS, BPRS, HADS and CGI scale, successfully proving the positive effects of music therapy on the mental health of patients with schizophrenia (Kavak, Ünal & Yilmaz, 2016; Volpe et al., 2018).

LITERATURA IN VIRI

1. American Music Therapy Association. (2020). *About Music Therapy & AMTA*. Retrieved June 6, 2022 from <https://www.musictherapy.org/about/>
2. Baier, M. (2010). Insight in schizophrenia: a review. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), pp. 356–361. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0125-7>
3. Bhandari, S. (2022). *Schizophrenia: An Overview*. Retrieved June 6, 2022 from <https://www.webmd.com/schizophrenia/mental-health-schizophrenia>
4. Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, Ł., Chen, X., Heldal, T., Gold C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), p. Article CD004025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4>
5. Kavak, F., Ünal, S. & Yılmaz, E. (2016). Effects of Relaxation Exercises and Music Therapy on the Psychological Symptoms and Depression Levels of Patients with Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 30(5), pp. 508–512. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.003>
6. Kwon, M., Gang, M. & Kyongok, O. (2013). Effect of the Group Music Therapy on Brain Wave, Behavior, and Cognitive Function among Patients with Chronic Schizophrenia. *Asian nursing research*, 7(4), pp. 168–174. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.09.005>
7. Lin, S-T., Yang, P., Lai, C-Y., Su, Y-Y., Yeh, Y-C., Huang, M-F., Chen, C-C. (2011). Mental health implications of music: insight from neuroscientific and clinical studies. *Harvard review of psychiatry*, 19(1), pp. 34–46. <https://doi.org/10.3109/10673229.2011.549769>
8. Lu, S-F., Lo, C-H. K., Sung, H-C., Hsieh, T-C., Yu, S-C., Chang, S-C. (2013). Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary therapies in medicine*, 21(6), pp. 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.09.002>
9. National Institute of Mental Health, 2022. *Schizophrenia*. Retrieved June 6, 2022 from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia>
10. Steen, J.T., Soest-Poortvliet, M.C., Wouden, J.C., Bruinsma, M., Scholten, R.J., Vink, A.C. (2017). Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), p. Article CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
11. Volpe, U., Gianoglio, C., Autiero, L., Marino, M.L., Facchini, D., Mucci, A., Galderisi, A. (2018). Acute Effects of Music Therapy in Subjects With Psychosis During Inpatient Treatment. *Psychiatry*, 81(3), pp. 218–227. <https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1502559>

SOČUTNA IZČRPNOST IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE V PALIATIVNI OSKRBI

COMPASSION FATIGUE IN PALLIATIVE CARE NURSING

Ana Tomšič

doc. dr. Ljiljana Leskovic

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

ana.tomsic1989@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstvena nega temelji na sočutni oskrbi. Delo z umirajočimi in njihovimi svojci za same izvajalce zdravstvene nege predstavlja dodatno čustveno in psihično obremenitev. Namen raziskave je bil preučiti doživljanje čustvenih obremenitev med izvajalci zdravstvene nege ob delu z umirajočimi bolniki in njihovimi bližnjimi.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu z deskriptivno metodo dela. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Raziskava je potekala med izvajalci zdravstvene nege. Anketo je v celoti izpolnilo 174 izvajalcev zdravstvene nege.

Rezultati: Ugotovili smo, da je žalovanje za umrlim bolnikom najpogosteje prisotno pri izvajalcih zdravstvene nege iz domov starejših občanov. Izvajalci zdravstvene nege v procesu sporazumevanja z umirajočim doživljajo manjši stres in jih sporazumevanje z njihovimi bližnjimi bolj obremenjuje. Prevladujoči občutek, ki ga občutijo izvajalci zdravstvene nege ob sporazumevanju s svojci umirajočega, je tesnoba.

Diskusija in zaključek: Zdravstvena oskrba umirajočega je eno izmed čustveno najzahtevnejših področij zdravstvene nege. Delo z umirajočimi in njihovimi svojci ne prinaša zgolj fizičnih, temveč tudi čustvene obremenitve. Ustrezna psihosocialna pomoč na deloviščih večini izvajalcev zdravstvene nege ni zagotovljena..

Ključne besede: sočutna izčrpanost, izvajalci zdravstvene nege, paliativna oskrba,

ABSTRACT

Introduction: nursing is based on compassionate care. Working with the dying and their relatives places an additional emotional and psychological burden on the care providers themselves. The aim of this study was to examine the experience of emotional strain among healthcare providers when working with dying patients and their relatives.

Methods: The study was based on a quantitative research approach with a descriptive method of work. Primary data for analysis were obtained by a survey technique. The survey was conducted among health care providers. The survey was fully completed by 174 health care providers.

Results. *Nursing care providers experience less stress in the process of communicating with the dying person and are more stressed when communicating with their relatives. The predominant feeling experienced by care providers when communicating with the relatives of the dying person is anxiety.*

Discussion and conclusion: *The nursing care of the dying is one of the most emotionally demanding areas of nursing care. Working with the dying and their relatives is not only physically demanding, but also emotionally taxing. Adequate psychosocial support is not provided in the workplace by most health care providers.*

Keywords: *compassion fatigue, health care providers, palliative care, dying*

1 UVOD

Obravnava umirajočega pacienta velja za eno izmed najzahtevnejših nalog, s katero se spoprijemajo zdravstveni delavci v kliničnih okoljih (Zheng, Lee & Blommer, 2017). Za izvajalce zdravstvene nege sta zdravstvena nega umirajočega in vez z njegovimi svojci in bližnjimi namreč ena izmed najtežjih poklicnih preizkušenj (Globočnik Papuga, 2007). Sočutna oskrba je eden izmed glavnih temeljev zdravstvene nege. Utrujenost oziroma izčrpanost od sočutja lahko poruši ravnovesje med empatijo in strokovno objektivnostjo, kar privede do erozije uma, telesa in duha izvajalcev zdravstvene nege. Izvajalci zdravstvene nege so bolj nagnjeni k sočutni utrujenosti zaradi ponavljajoče se izpostavljenosti trpljenju drugih, stresnemu okolju ter nenehnemu razdajanju. (Peters, 2018).

Sočutna izčrpanost je fizična in čustvena izčrpanost ter čustveni umik, ki ga doživljajo tisti, ki skrbijo za bolne ali travmatizirane ljudi daljše časovno obdobje. Sočutna utrujenost je torej posledica prevzemanja čustvenega bremena bolnikove agonije. Sočutna izčrpanost vključuje občutke fizične in čustvene izčrpanosti, čustvene otopelosti, depersonalizacije pacientov in njihovih svojcev ter depresivnosti (Bellicoso, Trudeau, Fitch & Ralph, 2017).

S smrtjo pride tudi bolečina izgube pri svojcih, prijateljih in tudi pri zdravstvenih delavcih (Tekavčič Grad, 2013). Cherny, Ziff-Werman in Kearney (2021) govorijo o tako imenovani »utrujenosti od sočutja« (vrsti izgorelosti, ki se pojavi, ko je zdravstveni delavec izčrpan, pod stresom in preobremenjen, še posebej takrat, ko je izpostavljen številnim zapovrstnim izkušnjam umiranja bolnika. V takih primerih se pojavi neprekinjena veriga žalosti – občutki utrujenosti od sočutja se lahko sčasoma poslabšajo in razvijejo v resne težave, ki ogrozijo sposobnost zdravstvenega delavca za kakovostno in strokovno delo z umirajočimi in njihovimi svojci.

Namen prispevka je predstaviti, kako izvajalci zdravstvene nege dojemajo delo z umirajočimi in njihovimi svojci ter obremenitve, ki jim jih tovrstno delo predstavlja. Proučili smo tudi, kateri

dejavniki vplivajo na proces sporazumevanja izvajalcev zdravstvene nege z umirajočimi in njihovimi svojci.

2 METODE

Raziskava je temeljila na kvantitativno raziskovalnem pristopu, metodi opisa deskripcije. Zbiranje podatkov smo izvedli s pomočjo anketnega vprašalnika. Podatki so bili obdelani s pomočjo Microsoft Office Excel programom.

2.1 Instrument

Podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom, ki je bil sestavljen na osnovi pregleda tuje literature (Shaw, Davidson, Smilde, Sondoozi in Agan, 2014; Kostka, Borodzicz in Krzemińska, 2021). Anketni vprašalnik, namenjen izvajalcem zdravstvene nege, je vseboval 20 vprašanj, od tega je bilo 12 vprašanj zaprtega tipa, osem vprašanj pa odprtega tipa. Za ugotavljanje stališč anketiranih je bila pri treh vprašanjih uporabljena petstopenjska Likertova lestvica. V prvem delu anketnega vprašalnika smo vprašali po sociodemografskih podatkih sodelujočih (spol, starost, izobrazba, delovna doba, delovno okolje). V drugem delu smo zastavili vprašanja za pridobivanje odgovorov o obremenjenosti izvajalcev pri delu s paliativnim bolnikom.

2.2 Vzorec

Uporabili smo namenski vzorec. Anketirani so bili izvajalci zdravstvene nege, ki prihajajo iz različnih delovnih okolij in sicer iz domov za starejše občane, bolnišničnega okolja ter patronažnega zdravstvenega varstva. V anketiranje je bilo vključenih 174 izvajalcev zdravstvene nege. Pravilno izpolnjenih in vrnjenih smo dobili 174 vprašalnikov, kar predstavlja 100 odstotno izvedbo vzorca. Anketni vprašalnik je izpolnilo 151 (87 %) žensk in 23 (13 %) moških. Skoraj tretjina anketirancev (29 %) prihaja iz starostne skupine 50–59 let. Sledi ji starostna skupina 60–69 let (20 %), nato 30–39 let (18 %), 40–49 let (14 %), 20–29 let (11 %) ter 70–79 let (9 %). Nihče od sodelujočih ni bil star 18 ali 19 let. 64 (36,6 %) anketiranih je imelo izobrazbo diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (60 34,4 %) imelo izobrazbo zdravstveni tehnik/zdravstvena tehnica. 30 anketiranih (17,0 %) imelo izobrazbo bolničar/negovalec. Sodelujoči izvajalci zdravstvene nege so bili zaposleni s povprečno delovno dobo 6,25 let (\pm 13,45 let).

2.3 Zbiranja in analiza podatkov

Anketiranje je potekalo med 20. septembrom in 7. novembrom 2022. S pomočjo elektronske pošte smo posredovali prošnjo sodelavcem in znancem za izpolnitev vprašalnika s povezavo na spletni vprašalnik (aplikacija 1KA) ter jih prosili za nadaljnje posredovanje anketnega vprašalnika

zaposlenim v domovih starejših občanov, patronažnem zdravstvenem varstvu in bolnišnicah. Sodelovanje udeležencev je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, z možnostjo zavrnitve sodelovanja. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko (\bar{x} = aritmetična sredina, σ = standardni odklon). Demografske značilnosti vzorca so bile pregledane s frekvenčno in odstotkovno analizo. Vse analize podatkov so potekale z Microsoft Office Excel programom.

2.4 Etični vidik raziskovanja

Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in Helsinško-Tokijsko deklaracijo.

3 REZULTATI

V nadaljevanju so podrobneje predstavljeni rezultati doživljanja čustvene obremenjenosti izvajalcev zdravstvene nege v prostem času ob delu z umirajočim bolnikom.

Tabela 1: Doživljanje dela z umirajočim bolnikom v prostem času

Trditve	org.	1 nikoli	2 redko	3 občasno	4 pogosto	5 vedno	n	\bar{x}	σ
»O umirajočih bolnikih razmišljam tudi, ko nisem na delovnem mestu.«	Σ	7 %	26 %	51 %	14 %	1 %	174	2,9	0,8
	DSO	8 %	24 %	51 %	15 %	1 %	72	2,8	0,9
	B. O.	11 %	33 %	44 %	11 %	0 %	61	2,8	1,3
	PZV	0 %	22 %	61 %	17 %	0 %	41	3	0,6
»O svojih umirajočih bolnikov razmišljam tudi, ko nisem na delovnem mestu.«	Σ	28 %	33 %	32 %	6 %	1 %	174	2,2	0,9
	DSO	36 %	31 %	26 %	6 %	1 %	72	2,1	1
	B. O.	34 %	30 %	31 %	5 %	0 %	61	2,1	0,8
	PZV	5 %	41 %	44 %	10 %	0 %	41	3	0,6
»Žalujem, ko bolnik, ki sem ga oskrboval/-a, umre.«	Σ	19 %	21 %	36 %	17 %	8 %	174	2,7	1,2
	DSO	11 %	19 %	38 %	22 %	10 %	72	3	1,1
	B. O.	18 %	21 %	39 %	13 %	8 %	61	2,7	1,2
	PZV	34 %	22 %	27 %	12 %	5 %	41	2,3	1,2
»Delo z umirajočimi vpliva tudi na moje zasebno življenje.«	Σ	6 %	29 %	29 %	32 %	3 %	174	3	1
	DSO	6 %	28 %	22 %	39 %	6 %	72	3,1	1,1
	B. O.	8 %	25 %	38 %	26 %	3 %	61	2,9	1
	PZV	5 %	39 %	29 %	27 %	0 %	41	2,8	0,9

Legenda: Σ = vsi anketirani, org. = organizacija, n = število anketiranih, \bar{x} = aritmetična sredina, σ = standardni odklon, DSO = dom starejših občanov, B. O. = bolnišnično okolje, PZV = patronažno zdravstveno varstvo.

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Na podlagi statistične analize (Tabela 1) so povprečja rezultatov pri trditvi »O umirajočih bolnikih razmišljam tudi, ko nisem na delovnem mestu« nakazuje, da anketirani o umirajočih bolnikih izven delovnega časa razmišljajo manj pogosto ($\bar{x}= 2,9$). Enako povprečje odgovorov je tako pri zaposlenih v DSO-jih kot pri zaposlenih v bolnišničnem okolju, medtem ko anketirani zaposleni v patronažnem zdravstvenem varstvu o umirajočih razmišljajo občasno ($\bar{x} = 3$). Tudi o svojih umirajočih bolnikih anketirani razmišljajo manj pogosto ($\bar{x}= 2,2$), kar smo ugotovili s trditvijo »O svojih umirajočih bolnikih razmišljam tudi, ko nisem na delovnem mestu«. Najmanj pogosto, glede na povprečje, o svojih umirajočih razmišljajo zaposleni v DSO-jih in bolnišničnem okolju ($\bar{x}= 2,1$), medtem ko anketirani iz patronažnega varstva o svojih razmišljajo občasno ($\bar{x} = 3$). V povprečju so izvajalci zdravstvene nege na trditev »Žalujem, ko bolnik, ki sem ga oskrboval/-a, umre«, odgovorili, da se to dogaja redkeje ($\bar{x} = 2,7$). V povprečju zaposleni v DSO-jih za umrlim žalujejo občasno ($\bar{x} = 3$), zaposleni v bolnišničnem okolju in patronažnem zdravstvenem varstvu pa redkeje ($\bar{x} = 2,7$ in $\bar{x} = 2,3$). Ravno tako delo z umirajočimi v povprečju občasno vpliva na zasebno življenje izvajalcev zdravstvene nege ($\bar{x} = 3$), kar smo ugotovili z odgovori na trditev »Delo z umirajočimi vpliva tudi na moje zasebno življenje«. Delo z umirajočimi v povprečju pogosteje vpliva na zaposlene v DSO-jih ($\bar{x} = 3,1$), manj pogosto pa na zaposlene v bolnišničnem okolju ($\bar{x} = 2,9$) in patronažnem zdravstvenem varstvu ($\bar{x} = 2,8$).

Tabela 2: Odnos izvajalcev zdravstvene nege do sporazumevanja z umirajočimi in njihovimi svojci

Trditve	org.	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Se niti strinjam niti ne strinjam	4 Se strinjam	5 Se popolnoma strinjam	n	\bar{x}	σ
»Z umirajočim bolnikom se lažje sporazumevam, če ob njem niso prisotni njegovi svojci.«	Σ	8 %	10 %	16 %	38 %	29 %	174	3,7	1,2
	DSO	8 %	13 %	13 %	39 %	28 %	72	3,7	1,2
	B. O	11 %	5 %	10 %	39 %	34 %	61	3,8	1,3
	PZV	2 %	12 %	29 %	34 %	22 %	41	3,6	1
»V obdobju epidemije mi je bilo lažje, ker je bilo prisotnih manj osebnih stikov s svojci umirajočega bolnika.«	Σ	15 %	13 %	32 %	21 %	20 %	174	3,2	1,2
	DSO	18 %	15 %	26 %	22 %	18 %	72	3,1	1,4
	B. O	16 %	10 %	25 %	21 %	28 %	61	3,3	1,4
	PZV	7 %	12 %	54 %	17 %	10 %	41	3,1	1
»Če bi bilo mogoče, bi se	Σ	21 %	25 %	18 %	22 %	14 %	174	2,9	1,3
	DSO	28 %	33 %	13 %	15 %	11 %	72	2,5	1,3

Trditve	org.	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Se niti strinjam niti ne strinjam	4 Se strinjam	5 Se popolnoma strinjam	n	\bar{x}	σ
sporazumevanj u z umirajočimi bolniki izognil/- a.«	B. O	23 %	20 %	16 %	31 %	10 %	61	2,9	1,4
	PZV	7 %	17 %	29 %	22 %	24 %	41	3,4	1,2
»Če bi bilo mogoče, bi se sporazumevanj u s svojci umirajočega bolnika izognil/- a.«	Σ	14 %	21 %	17 %	24 %	24 %	174	3,2	1,4
	DSO	17 %	32 %	11 %	21 %	19 %	72	2,9	1,4
	B. O	18 %	10 %	20 %	28 %	25 %	61	3,3	1,4
	PZV	2 %	20 %	24 %	22 %	32 %	41	3,6	1,2

Legenda: Σ = vsi anketirani, org. = organizacija, n = število anketiranih, \bar{x} = aritmetična sredina, σ = standardni odklon, DSO = dom starejših občanov, B. O. = bolnišnično okolje, PZV = patronažno zdravstveno varstvo.

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Kot je razvidno iz tabele, se izvajalci s trditvijo »Če bi bilo mogoče, bi se sporazumevanju z umirajočimi bolniki izognil/-a« so ocenili z ($\bar{x} = 2,9$). V največji meri se s trditvijo ne strinjajo zaposleni v DSO-jih ($\bar{x} = 2,5$), najbolj pa se s trditvijo strinjajo zaposleni v patronažnem zdravstvenem varstvu ($\bar{x} = 3,4$).

S tremi trditvami smo poskušali ugotoviti, kakšna obremenitev so izvajalcem zdravstvene nege stiki oziroma sporazumevanje s svojci umirajočih bolnikov. Pri trditvi »Z umirajočim bolnikom se lažje sporazumem, če ob njem niso prisotni njegovi svojci« so bili rezultati izrazito naravnani proti strinjanju ($\bar{x} = 3,7$). Največje strinjanje s trditvijo so izrazili zaposleni v bolnišničnem okolju ($\bar{x} = 3,8$), nato zaposleni v DSO-jih ($\bar{x} = 3,7$), na koncu pa še zaposleni v patronažnem zdravstvenem varstvu ($\bar{x} = 3,6$). S trditvijo »V obdobju epidemije mi je bilo lažje, ker je bilo prisotnih manj osebnih stikov s svojci umirajočega bolnika« so se anketiranci bolj strinjali z oceno ($\bar{x} = 3,2$). S trditvijo so se v največji meri strinjali zaposleni v bolnišničnem okolju ($\bar{x} = 3,3$), nato pa tisti, ki so zaposleni v DSO-jih in patronažnem zdravstvenem varstvu ($\bar{x} = 3,1$). Prav tako so se anketiranci bolj kot ne strinjali s trditvijo »Če bi bilo mogoče, bi se sporazumevanju s svojci umirajočega bolnika izognil/-a« ($\bar{x} = 3,2$). Pri izvajalcih zdravstvene nege oziroma zaposlenih v patronažnem zdravstvenem varstvu smo ugotovili, da so bolj naklonjeni strinjanju s trditvijo kot ne ($\bar{x} = 3,3$ oziroma $\bar{x} = 3,6$), medtem ko se zaposleni v DSO-jih s trditvijo niso strinjali ($\bar{x} = 2,9$).

4 RAZPRAVA

V opravljeni raziskavi med izvajalci zdravstvene nege na različnih ravneh zdravstvenega in socialnega varstva smo ugotovili, da delo z umirajočim bolnikom najbolj prizadene zaposlene v domovih za starejše občane.

Zanimalo nas je, kako izvajalci zdravstvene nege doživljajo delo z umirajočimi v prostem času. Ugotovili smo, da najpogosteje za umrlim bolnikom žalujejo izvajalci zdravstvene nege, ki so zaposleni v domovih starejših občanov. Prav tako delo z umirajočimi bolniki v odstotkih najbolj vpliva ravno na zaposlene v tej instituciji. Rezultat bi lahko pripisali temu, da so zaposleni v domovih za starejše v stalnem, včasih tudi v več let trajajočem odnosu s bolnikom.

Zdravstvena nega med drugim temelji tudi na sočutni oskrbi. Izvajalci zdravstvene nege so bolj nagnjeni k sočutni utrujenosti zaradi ponavljajoče se izpostavljenosti trpljenju drugih, stresnemu okolju ter nenehnemu razdajanju (Peters, 2018). Sočutna izčrpanost vključuje občutke fizične in čustvene izčrpanosti, čustvene otopelosti, depersonalizacije pacientov in njihovih svojcev ter depresivnosti (Bellicoso, Trudeau, Fitch & Ralph, 2017).

Zanimalo nas je tudi, kateri dejavniki vplivajo na proces sporazumevanja izvajalcev zdravstvene nege z umirajočimi in njihovimi svojci. Kot navajajo avtorji v literaturi, na sporazumevanje izvajalcev zdravstvene nege z umirajočimi in njihovimi svojci vpliva veliko dejavnikov. Med drugim na sporazumevanje vplivajo strah pred vznemirjanjem bolnika, strah pred čustvenimi odzivi, ki jih pogovor prinaša, ter ukvarjanje z omenjenimi čustvenimi odzivi, strah pred tem, da bo pogovor trajal predolgo in jim bo zmanjkalo časa za druge delovne obveznosti, strah pred tem, da bodo podali napačne informacije ali na napačen način oblikovali izrečeno besedilo, ter tudi strah pred lastno umrljivostjo (Zavratnik & Trontelj, 2011).

Ugotovili smo, da izvajalcem zdravstvene nege predstavlja težava pri sporazumevanju z umirajočim bolnikom časovna stiska ter kognitivno stanje umirajočega bolnika, pri sporazumevanju s svojci umirajočih bolnikov pa čustvene obremenitve, ki jih pogovor prinaša, ter čustveno stanje svojca.

S trditvijo, da je bilo v obdobju epidemije izvajalcem zdravstvene nege lažje delati, so se najbolj strinjali zaposleni v bolnišničnem okolju. Verjetno jim je bilo lažje, ker je bilo prisotnih manj osebnih stikov s svojci umirajočega bolnika in posledično več časa za delo ob bolniku.

Izvajalci zdravstvene nege torej doživljajo manjši stres v procesu sporazumevanja z umirajočimi in jih bolj obremenjuje sporazumevanje z njihovimi bližnjimi. Prevladujoči občutek, ki ga občutijo izvajalci zdravstvene nege ob sporazumevanju s svojci, je tesnoba.

Spoprijemanje s smrtjo in umiranjem je neizogiben del zdravstvene nege. Različne izgube so del tako osebnega kot tudi poklicnega življenja (Bernot & Ozbič, 2019). Poseben izziv za izvajalce zdravstvene nege je odziv na smrt bolnikov, s katerimi imajo izvajalci zdravstvene nege dlje trajajoč poklicni odnos. Take bolnike izvajalci zdravstvene nege namreč zaznavajo kot »posebne«, saj odnos do njih občasno prestopi mejo zgolj profesionalnega. Po smrti takega bolnika se lahko poglobljen odnos med izvajalci zdravstvene nege, bolnikom in družinskimi člani preoblikuje v neizmerno žalovanje (Aycock & Boyle, 2009).

5 ZAKLJUČEK

Zdravstvena oskrba umirajočega je eno izmed čustveno najzahtevnejših področij zdravstvene nege. Na raziskovalnem vzorcu smo ugotovili, da večina izvajalcev zdravstvene nege delo z umirajočimi in njihovimi svojci dojema zelo čustveno. Ob delu z njimi sodelujoči občutijo široko paleto čustev, vse od sočutja in žalosti pa do tesnobe in občutkov nemoči.

LITERATURA IN VIRI

1. Aycok, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing; *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183–191. doi: 10.1188/09.CJON.183-191.
2. Bellicoso, D., Trudeau, M., Fitch, M. I. & Ralph, M. R. (2017). Chronobiological factors for compassion satisfaction and fatigue among ambulatory oncology caregivers. *Chronobiology International*, 34(6), 808–818. doi: 10.1080/07420528.2017.1314301.
3. Bernot, M. & Ozbič, P. (2019). Zdravstveni delavci ob umirajočih bolnikih. In B. Jovan (Ed.), *Pogled vase: zbornik predavanj* (pp. 12–19). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v hematologiji.
4. Cherny, N. I., Ziff-Werman, B. & Kearney, M. (2021). Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. In N. Cherny, M. T. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenov & D. C. Curoow (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine 6th Edition* (pp. 166–180). ZDA: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780198821328.001.0001.
5. Globočnik Papuga, P. (2007). Pomen izobraževanja o komuniciranju v paliativni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), 33–36.
6. Peters, E. (2018). Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing forum*, 53(4), 466–490. doi: 10.1111/nuf.12274.
7. Tekavčič Grad, O. (2013). Čustveni odzivi zdravstvenih delavcev ob obremenitvah pri delu s pacienti in njihovimi svojci. In A. Simonič (Ed.), *Žalovanje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj* (pp. 18–20). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo.
8. Zheng, R., Lee, S. F. & Bloomer, M. J. (2017). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 39–49. doi: 10.1111/jocn.13975.

9. Kostka, A. M., Borodzicz, A. in Krzemińska, S. A. (2021). Feelings and Emotions of Nurses Related to Dying and Death of Patients - A Pilot Study. *Psychology research and behavior management*, 14, 705–717. doi: 10.2147/PRBM.S311996.
10. Shaw, D. J., Davidson, J. E., Smilde, R. I., Sondoozi, T. in Agan, D. (2014). Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(2), 265–271. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5.
11. Zavratnik, B. in Trontelj, M. (2011). Komunikacija ob koncu življenja. V M. Matkovič in B. Petrijevčanin (ur.), *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj* (str. 73–85). Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

PROSVETLJENOST POPULACIJE O PALIATIVNI OSKRBI V POMURJU

EDUCATION OF THE POPULATION ABOUT PALLIATIVE CARE IN POMURJE

Dragica Bogatin, dipl. m. s.
viš. pred. Edvard Jakšič, mag. zdr. nege
Alma Mater Europaea – ECM
dragicabogatin9@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Detabuizacija smrti, humanizacija umiranja, sočutna oskrba umirajočih je poslanstvo in način, da se omogoči polno in kakovostno življenje človeškega bitja, pa čeprav se le-to izteka. Smrt mora postati naravni element živega, govor o smrti in umiranju pa postati govor o življenju.

Metode: Uporabili smo metodo anketiranja, v kateri je sodelovalo 284 anketirancev in s pomočjo katere so se zbrali podatki o prosvetljenosti pomurske populacije o paliativni oskrbi.

Rezultati: Paliativa je nepogrešljiv del zdravstvenega varstva. Na zasnovano raziskovalno vprašanje in hipotezo glede razvoja in potrebe po paliativni oskrbi v pomurskem prostoru smo pridobili podatke, da se le-ta vsekakor razvija prepočasi in da obstajajo s strani anketirancev veliki upi prepotrebni ukrepov za prihodnost paliative in pridobivanje na veljavnosti le-teh. Poznavanje ali prosvetljenost anketirancev glede paliative in njenih aktivnosti je majhna, saj večina anketirancev navaja, da so o tej problematiki slišali samo mimogrede ali še nikoli. Podatki kažejo, da ima večina anketirancev o paliativi osnovno znanje, le majhen delež anketirancev navaja, da imajo obsežno znanje s tega področja. Problematika, vidna iz pridobljenih podatkov, je že na področju informiranja o paliativi v samem pomurskem prostoru, saj je v ospredju samoinformiranost, informiranost oziroma učenje iz lastnih izkušenj ter informiranost preko medijev. S hi-kvadratom preizkusa enake verjetnosti smo potrdili zadano hipotezo, da se več kot polovica anketirancev s težavo pogovarja o smrti, umiranju, predvidevamo pa, da ta rezultat nakazuje, da je v ljudeh še vedno zakoreninjen določen strah ter pomisleki, ki spremljajo konec življenja. S hi-kvadratom preizkusa enake verjetnosti smo preverili hipotezo, ali je po njihovem mnenju najdostojnejša smrt v domačem okolju in v krogu najdražjih. Hipoteza ni bila sprejeta, pridobljen pa je bil pomemben podatek, da si ljudje najmanj želijo umreti v bolnišnici.

Diskusija in zaključek: Smrt je brezpogojna pravica živečega, zato je potrebno izogniti tabuiranju smrti v času življenja. Ne sme se pozabiti na izobraževanje, ozaveščanje laične populacije ljudi o smrti, umiranju ter paliativni oskrbi. Pomembno bi bilo predloge anketirancev, kot so na primer zagotovitev dodatnega kadra, ureditev finančne strukture obravnavanega področja, odprtje dodatnih ustanov ter ustrezna izobrazba z vzporednim ozaveščanjem o tej problematiki, vnesti v proces, ki deluje na področju paliative, in hkrati na samih predlogih iskati ali vzpostaviti mrežo v smeri uresničevanj le-teh. Razvoj torej temelji na izobrazbi in osveščanju, prosvetljenosti posameznikov, skupnosti za rezultate, ki bodo delovali v pozitivni smeri umirajočega človeka.

Ključne besede: *prosvetljenost, paliativa, pomurski prostor, umiranje, smrt*

ABSTRACT

Introduction *The destigmatisation of death, the humanisation of dying, compassionate care for the dying is the mission and the way to enable a full and quality life for a human being, even if it must, inevitably, end. Death must become a natural element of life, and talking about death and dying must become simply another aspect of talking about life.*

Methods *We used a survey method in which 284 respondents participated and data was collected regarding awareness of palliative care in the Pomurje region.*

Results *Palliative care is an indispensable part of health care. Based on the designed research question and hypothesis regarding the development and need for palliative care in the Pomurje region, we obtained data that the subject is definitely developing too slowly and that the respondents have great hopes for much-needed measures for the future of palliative care and an increase in its validity. The knowledge or enlightenment of the interviewees regarding palliative care and its activities is low, as most of the interviewees state that they have heard about this issue only in passing or never. The data show that, although most of the respondents have basic knowledge about palliative care, only a small percentage of them stated that they have extensive knowledge in this field. The problem can already be seen from the obtained data in the area of information about palliative care in the Pomurje area itself, as self-information, information or learning from one's own experiences and information gleaned through the media are at the forefront. With the Chi-Square test of equal probability, we confirmed the given hypothesis that more than half of the interviewees have difficulty talking about death and dying, and we assume that this result indicates that people still have a certain fear and concerns that accompany the end of life. With the Chi-Square test of equal probability, we tested the hypothesis regarding whether, in their opinion, the most dignified death takes place in the home environment and in the circle of loved ones. The hypothesis was not accepted, but an important piece of information was obtained; people do not want to die in a hospital.*

Discussion and conclusion *Death is the unconditional right of the living; therefore it is necessary to avoid the taboo of death during life. We must not forget about education and raising the awareness of the lay population about death, dying and palliative care. It would be important to introduce the suggestions of the interviewees, such as the provision of additional personnel, the regulation of the financial structure of the area under consideration, establishment of additional institutions and appropriate education, with parallel awareness of this issue, into the process that works in palliative care, and at the same time, search for or establish a network in the direction of their implementation based on the proposals. Development is therefore based on education and awareness, the enlightenment of individuals and the community for results that will work positively for the dying person.*

Keywords: *enlightenment, palliative care, Pomurje region, dying, death*

1 UVOD

Posamezniki, širša družba se nenehno srečuje in spopada z obstoječimi strahovi, ki se navezujejo na smrt, umiranje in stigme, ki preprečujejo dobro smrt (Bhatnagar & Saurabh, 2013, pp. 626–627).

Pot k pristopu neozdravljivo bolnega človeka je v ozaveščanju, zagotavljanju informacij, mnenj, možnih povratnih informacij v smeri naklonjenosti temi smrti in umiranju skozi razprave. Tako se lahko rojevajo nove priložnosti – tudi v paliativi. V vednost je potrebno vzeti trenutke krhkosti obolelega ter pomen skrbi multidisciplinarne »ekipe« ljudi (Euarda Grams Salum et al., 2017). Strah kroji sprejemanje smrti in s tem smisel življenja. Graditi je potrebno temelje, ki bodo delovali na vzpostavljanju primernega odnosa do smrti zato problem smrtnosti, umiranja ne sme biti potisnjen iz nekega zavestnega zavedanja v daljno prihodnost skozi vsakdanje življenje (Spitzenstätter & Schnell, 2020, pp. 1224–1226).

1.1 Proces razvoja človeka od pedagogike do tanatagogike

Življenje skozi ves proces iz človeka oblikuje celoto s temeljem v in skozi vzgojo. Če želimo, da nekaj deluje kot celota, je potrebno delovati na mnogih področjih, da bi bili končni rezultati spodbudni. Noben sistem ni popoln, človeka pa je potrebno vzgajati, da zna prepoznati človeka, sočloveka in njegove potrebe (Ramovš, 2021, pp. 182–192).

Vodenje otrok ali pedagogika tekom človeškega življenja in dozorevanja pridobiva različne prizvoke. Andragogika predstavlja vodenje odraslih, gerontagogika vodenje ostarelih, ko pa je v ospredju človek, ki se ga vzgaja za umiranje in žalovanje, pa se uporablja izraz tanatagogika. Vodenje človeka, ki je v ugašanju, ki se mu izteka njegovo življenje, telo in duša (Šinkovec, 2021). Izobraževanje ima za človeka velik pomen tudi na področju paliative in paliativne oskrbe. Potrebno je ozaveščanje, da bodo ljudje postali prosvetljeni, da bodo besede skozi tabuirano temo smrti in umiranja lažje stekle in bodo zastavljeni cilji lažje izvedljivi. Modernemu človeku današnjega časa, gledano na svetovni ravni, se življenjska doba podaljšuje, prebivalstvo se stara, smrt pa, postavljena izven okvirjev vsakdanjega obstoja, ostaja marginalizirana (Zelko, Vrbek, & Koletnik, 2022).

1.2 Stigma umiranja in smrti sodobne družbe

Umiranje je proces dostojanstva. Dostojanstvo predstavlja življenje skozi priložnosti, komuniciranje, družbene dobrine ter pomen spoštljivega ravnanja s človekom kot človekom in ne predmetom. Zatorej paliativa in paliativna oskrba širita svoje roke navzven, za ljudi, ki trpijo v tem zaradi bolezni (Knaup, 2020, pp. 10–19).

Z bivanjem in začetkom življenja se začne proces poslavljanja. Fizično se posloviti od svojega „živečega“ življenja je prav gotovo težko. Nekoč so ljudje umirali doma, v krogu ljudi, ki so jim bili družina, prijatelji, v toplini objema in močni veri, da bo duša popeljana v onostranstvo. Kaj pa dandanes? Danes prevladuje drugačen pogled, drugačen odnos. Vse zaradi strahu pred smrtjo (Ozimek, 2013, pp. 14-16).

Človek z vstopom v svet in z rojstvom začne pot umiranja ter se podaja po poti svojega življenja. V zadnjem obdobju ga spremljajo preživele zgodbe, izpolnjena poslanstva oziroma možne odprte želje. To je pot, ki prinaša zaključke (Šinkovec, 2021).

Latinski izraz »communicare« oziroma v prevodu komunikacija vključuje neko navezo, ki skozi izmenjavo informacij stremi k ohranjanju zdravega odnosa. Komuniciramo lahko neverbalno, verbalno, s celotnim telesom, s parajezikom in pri vsem tem je najbolj pomembno vzpostavljanje odnosa. Odnosa do sočloveka. Človeka do znanja loči pot učenja, pogovarjanje pa je učeča se tema. Najti prave besede v vsakdanjem življenju, kot tudi težkih situacijah, je velikokrat težko, pa vendar ni nemogoče. Kako pa vedeti komunicirati z umirajočim človekom? To je vedno neka pot v neznanu (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2018, pp. 77-81).

1.3 Entuziazem družbe in paliativa

V obdobju umiranja se postavljajo vprašanja, zakaj, kako, čemu in seveda vprašanja o minljivosti. Človeško življenje je kratko. Zakaj torej tabuiziranje smrti v tem prekratnem življenju? Ljudje se ne zavedajo, kako malo imamo življenjskega omejenega časa (Slovensko društvo Hospic, 2021). Iz besede paliativno dobimo izpeljanko paliacija. Pallium pomeni ogrinjalo, ki pomeni zaščito. V procesu umiranja pa pomeni delovati na področju lažjega premagovanja bolezenskih težav. Tu ni dokončnega ozdravljenja je pa pomembno omogočanje znosnejšega življenja, navkljub že zavednega aktivnega procesa umiranja. Trenutek smrti ni prepoznaven, pa vendar mora biti postavljena diagnoza nek začetek. In cilj ni samo dodati čas, ampak življenje bolniku (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2018, pp. 71-72).

Dojemanje paliativne oskrbe spremljajo strah, obup in predstave stigme. Ta močna stigma lahko tako zelo posega v človekov proces umiranja. Zatorej je izobraževanje javnosti, pacientov in izvajalcev zdravstvenih storitev najpomembnejše pri zgodnji vključitvi paliative (Zimmermann et al., 2016).

Zdravstvena veda s svojimi temelji vsebuje osnove, ki bi jih morali poznati vsi. Občutno prevelik prepad, ki v Sloveniji nakazuje problematiko, je za paliativo in paliativno oskrbo slaba popotnica. Na eni strani so potrebe, na drugi strani realne zmožnosti in realni interesi (Ebert Moltara, 2015, pp. 19-21).

1.4 Detabuizacija paliativne oskrbe skozi ozaveščanje in ali prosvetljenost

Tabuizacija in detabuizacija. Da bi dosegli detabuizacijo paliative, je potrebno izobraževanje, osveščanje, prosvetljevanje ljudi in holističen pristop. Mnogo ljudi je nepripravljenih na umiranje, prihajajočo se smrt, ter na umirajočega človeka, ki so mu šteti trenutki (Zelko et al., 2021, pp. 110-111).

Pred umiranjem je potrebna priprava. Tabuji, ki se rojevajo v povezavi s smrtjo in umiranjem, ne prinašajo prav veliko pozitivnega, kvečjemu se stvari poglobljajo v prid negative (Žibret, 2019). Regijsko usmerjeno spodbujanje razvoja paliativne oskrbe v Sloveniji je enako za vse, brez razlik. Vsak posameznik, bolnik z neozdravljivo boleznijo ima pravico do paliativne oskrbe, do obravnave ter do vključevanja različnih strokovnjakov v „njegov“ proces umiranja. Določene sistemske, finančne možnosti na samem področju Slovenije so glede na obravnavano temo zagotovljene, težave pa nastajajo v pridobivanju znanja (Visoka zdravstvena šola v Celju, 2021, pp. 11-15).

V Sloveniji se vse bolj uveljavlja potreba po »normalizaciji« smrti ter zagotavljanju možnosti posameznikom, skupnosti, da se smrt in umiranje prepoznata kot družbeni proces. Za široko uveljavitev paliativne oskrbe v slovenskem prostoru je potrebno prosvetljevanje in izobraževanje, zaradi še vedno tabuirane teme (Zelko, Vrbek, & Koletnik, 2022). Pomembno je odkrito govoriti o umiranju, smrti, sprejeti želje umirajočega ter te želje tudi poizkusiti uresničiti. Ali ob tem molčati ali govoriti, se pogovarjati ali samo tiho obsedeti, ni lahka izbira, je pa neke vrste vodilo (Rother, 2020).

2 METODA

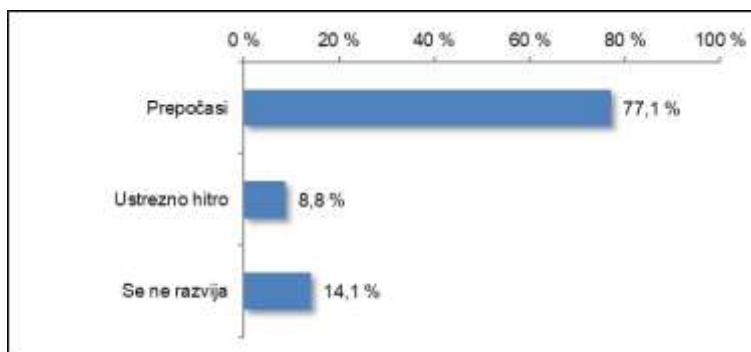
Skozi raziskavo, ki je bila izvedena na področju Pomurja, smo kot sistematično metodo zbiranja podatkov uporabili anketni vprašalnik z 22 vprašanji odprtega in zaprtega tipa. Razdeljenih je bili več kot 330 vprašalnikov, popolnih za raziskavo pa 284 vprašalnikov. Raziskovala se je prosvetljenost ljudi pomurske populacije o paliativni oskrbi, o smrti in umiranju ter temeljih znanja oziroma neznanja le-teh s področja problematike izbrane študije. Podatke iz raziskave smo prepisali v računalniško bazo podatkov ter jih predstavili v tabelarni in grafični obliki s pomočjo programov Microsoft Word in Microsoft Excel.

3 RAZPRAVA

Z raziskavo smo poskušali odgovoriti na raziskovalna vprašanja glede prosvetljenosti, informiranosti anketirane pomurske populacije o paliativni oskrbi, o poznavanju paliative,

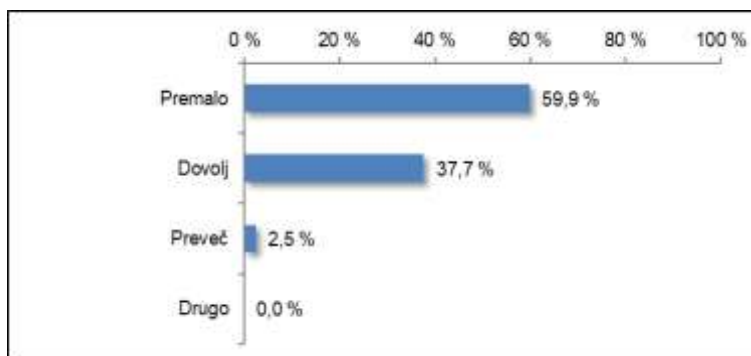
poznavanju njenih aktivnosti, dojemanju le-te kot nepogrešljivega dela zdravstvenega varstva ter vlogi le-te kot elementa premagovanja ovir. Ugotovimo lahko, da slovenska pomurska populacija komajda premaguje strah ob besedah, kot so smrt, umiranje, paliativa.

Odgovori nakazujejo na dejstvo, da se paliativna oskrba v pomurskem prostoru in na splošno v celotnem slovenskem prostoru razvija prepočasi, saj nas že glavna ugotovitev, da se ljudje o umiranju in paliativi ne pogovarjajo veliko oziroma nič, postavi na realna tla.



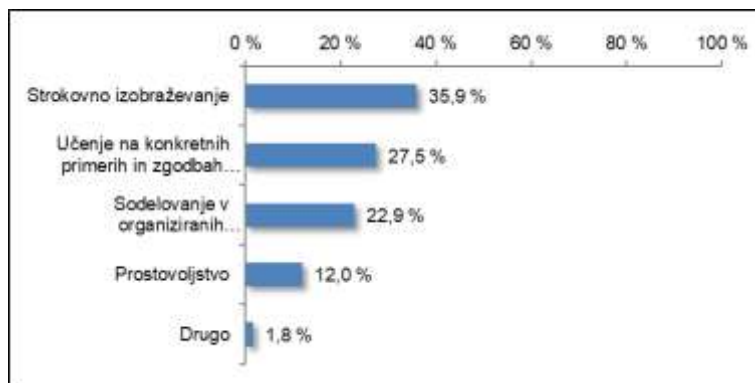
Slika 1: Hitrost razvoja paliativne oskrbe v pomurskem prostoru po mnenju anketirancev (Bogatin, 2022)

Ljudem je težko govoriti o smrti in umiranju, rezultati pa kažejo, da je bila problematika paliative, paliativne oskrbe slišana samo mimogrede oziroma še nikoli.



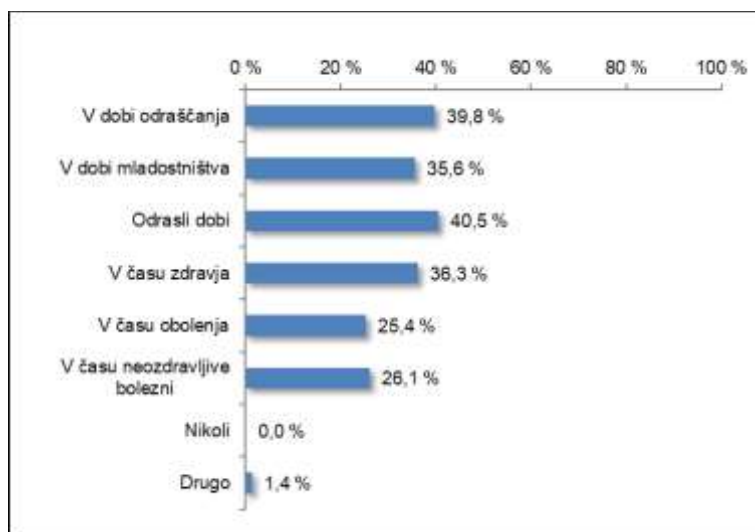
Slika 2: Koliko se ljudje v skupnosti realno pogovarjajo o umiranju in smrti? (Bogatin, 2022)

Med mlajšo in starejšo anketirano populacijo ljudi se kažejo razlike glede aktivnega informiranja o paliativi, podatki kažejo, da imajo starejši od 36 let željo po ozaveščanju in informiranosti s področja paliativne oskrbe, mlajši od 35. leta te želje nimajo. Zaznano je bilo, da če bi se anketiranci odločili utrditi se v znanju na področju tematike, bi bilo strokovno izobraževanje prva izbira, sledilo bi ji učenje na konkretnih primerih. Problem na področju paliative je v pomanjkanju časa, kadra, veliki finančni obremenitvi in pomanjkanju znanja. Eden pomembnih vidikov zavedanja in iz odgovorov razvidno je dejstvo, da absolutno ni dovolj znanja s področja paliative in področja njenih aktivnosti.



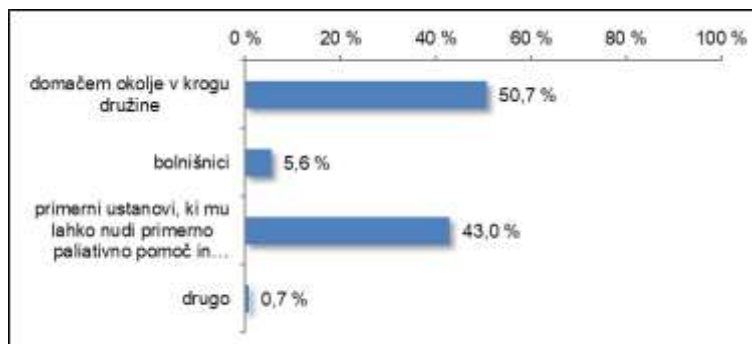
Slika 3: Želje po pridobivanju znanj skozi ... (Bogatin, 2022)

V nadaljevanju ugotovimo, da je odgovornost izvajanja paliativne, paliativne oskrbe in da le-ta postane pomemben del življenja naloga ljudi, zdravstva, države in družbe ter svojcev paliativnih bolnikov, kot tudi posameznikov. Ozaveščanje in s tem posledična prosvetljenost ljudi o paliativi, paliativni oskrbi je pomembna že v času odraščanja, realni čas pridobivanja informacij, učenja o tej problematiki pa je v odrasli dobi človeka, ko je le-ta še zdrav, torej še ni zbolel.



Slika 4: Ozaveščanje in prosvetljevanje ljudi o paliativi se naj začne ... (Bogatin, 2022)

Mnenje udeležencev glede procesa umiranja paliativnih bolnikov je obarvano s strahom pred umiranjem, strahom pred zapuščanjem svojih najbližjih ter žalostjo, da prihodnost ne bo videna. Eden pomembnih vidikov, ki ga ne smemo zanemariti, je s strani anketirancev pridobljeno dejstvo, da si želijo umreti doma, v krogu domačih ter v toplini svojih najbližjih. Presenetljivo majhen procent le-teh pa bi za kraj svoje smrti, svojo zadnjo pot, izbral bolnišnico.



Slika 5: Kraj, najprimernejši za umiranje in smrt, je v ... (Bogatin, 2022)

Največ anketirancev je navedlo Hospic kot organizacijo, ki se ukvarja s paliativo in paliativno oskrbo v Sloveniji, sledijo domovi za starejše občane, negovalni oddelki v bolnišnicah, Karitas, Rdeči križ, Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe in Društvo onkoloških bolnikov. Naši udeleženci anketnega vprašalnika so poudarili pomen dodatnega prosvetljevanja, ozaveščanja prebivalcev pomurske regije o možnosti paliativne oskrbe, odprtja dodatnih ustanov za paliativno oskrbo, izvedb delavnic s tega področja, pridobitve dodatnih sredstev ter kadra za celosten pristop. Zelo jasno pa je bilo opredeljeno dejstvo potrebe po izobrazbi zdravstvenega kadra s tega področja.

5 ZAKLJUČEK

Smrt je brezpogojna pravica živečega, zato je potrebno izogniti tabuiranju smrti v času življenja. Potreben je napredek ter prehoditi pot skozi obstoječo paradigmo smrti. Ne sme se pozabiti na izobraževanje, ozaveščanje in prosvetljenost laične populacije ljudi o smrti, umiranju, paliativni oskrbi, o tem razpravljati ter hkrati prevzeti nadzor nad tem domnevno saniranim cenzuriranim področjem. Rešitve so vidne v ozaveščanju, pozitivni komunikaciji in postopnih korakih na tem tabuiranem področju. Zatorej je poslanstvo detabuizacija smrti, humanizacija umiranja, sočutna oskrba umirajočih edini način, da se omogoči polno in kakovostno življenje človeškega bitja, ki umira. Smrt mora postati naravni element živega, govor o smrti in umiranju pa postati govor o življenju.

LITERATURA IN VIRI

1. Bhatnagar, S., & Saurabh, J. (2013). »A Good Death« - Sequence (Not Stigma), to an Enigma Called Life: Case Report on End – of – Life Decision Making and Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(7), 626–627. <https://doi.org/10.1177/10499091124589>.
2. Bogatin, D. (2022). *Poznavanje paliativne oskrbe v pomurskem prostoru* (diplomsko delo). Alma Mater Europaea, Evropski center, Maribor.

3. Čas za sistemsko ureditev paliativne oskrbe. (2021). Visoka zdravstvena šola v Celju. XI. Stiki zdravstvene nege. Simpozij s področja paliativne oskrbe z mednarodno udeležbo. Zbornik prispevkov z recenzijo.
4. Ebert Moltara, M. (2015). V luči dostojanstva življenja: zbornik. Paliativna oskrba v Sloveniji, (19–21). from <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-9A28IFM4>
5. Eduarda Grams Salum, M., Kahl, C., Santos da Cunha, K., Koerich, C., Oliveira dos Santos, T., Lorenzini Erdmann, A. (2017) The process of death and dying: challenges in nursing care for patients and family members, *Rev Rene* 18(4):528–35, Received april 6, from <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400015>.
6. Knaup, M. (2020). Dying in dignity. *Sciendo Ethics & Bioethics (in Central Europe)*, 20 (1–2), 10–19. <http://doi.org/10.2478/ebce-2020-0003>.
7. *Nevrologija – izziv za medicinske sestre*. (2018). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji.
8. Ozimek, J. (2013). O kulturi poslavljanja in vlogi šole? *Vzgoja* (71) 14–16. from <https://pedagogika.si/wp-content/uploads/2020/04/Ozimek.pdf>
9. Ramovš, J. (2021). Antropološka pedagogika in Franc Pediček. 182–192. from <https://pedagogika.si/wp-content/uploads/2021/07/Ramov%C5%A1.pdf>
10. Rother, C. (2020). Aller Ende ist schwer. *Idealbid »Gutes Sterben«*. from <https://www.deutschlandfunk.de/idealbild-gutes-sterben-aller-ende-ist-schwer-100.html>
11. Spitzenstätter, D., & Schnell, T. (2020). Effects of mortality awareness on attitudes toward dying and death and meaning in life—a randomized controlled trial. *Routledge Taylor & Francis Group Death Studies*, VOL. 46, NO. (5), 1219–1233. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1808737>.
12. Šinkovec, S. (2021). Tanatagogika. from http://www.dkps.si/fileadmin/user_uploas/Sinkovec_Uvodnik_Tanatagogika.pdf
13. *Tasociala detabuizacija smrti*. (2021). Slovensko društvo Hospic. Retrived from <https://taraja.si/2021/03/16/detabuizacija-smrti/>
14. Taubert, M., Watts, G., Boland, J., Radbruch, L. (2014). Palliative social media. *BMJ Supportive & Palliative Care* 4:13–18, Received august 23, from 2013 <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000584>.
15. Zelko, E., Vrbeč, L., Koletnik, M. (2022). Last Aid Course–The Slovenian Experience. *Public Health Palliative Care and Public Palliative Care Education* 21;10(7):1154. <http://doi.org/10.3390/healthcare10071154>.
16. Zelko, E., Jakšič, E., Krčevski Škvarč, N. (2021). Ozaveščanje javnosti o paliativni oskrbi. Evalvacija tečaja zadnja pomoč (Last Aid) v Sloveniji. *Revija Andragoška spoznanja* 27 (2), 109–122. <https://doi.org/10.4312/as.27.2>
17. Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., et al. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ* jul 12, 188(10):E217–E227. <http://doi.org/10.1503/cmaj.151171>
18. Žibret, A. (2018). Pomemben je občutek, da ob žalovanju nisi sam. *Delo*. from <https://www.delo.si/novice/slovenija/pomemben-je-obcutek-da-ob-zalovanju-nisi-sam/>

MEDPOKLICNO SODELOVANJE V DOMOVIH ZA STAREJŠE OBČANE IN V PALIATIVNI OSKRBI – PREGLED LITERATURE

INTERPROFESSIONAL COOPERATION IN RETIREMENT HOMES AND IN PALLIATIVE CARE – LITERATURE OVERVIEW

Klara Novak, dipl. m. s. (VS)

Kristina Durić, dipl. m. s. (VS)

Eva Naraločnik, dipl. m. s. (VS)

doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za paliativno oskrbo

klara543novak@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Potreba po nudenju celovite zdravstvene oskrbe, ki obravnava telesne, psihične, socialne in duhovne potrebe, vse bolj teži k uvedbi pristopov, ki temeljijo na medpoklicnem sodelovanju.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature, ki so ga opravili trije neodvisni raziskovalci. Iskanje po podatkovnih bazah CINAHL in PUBMED je potekalo v decembru 2022. Rezultati pregleda literature so prikazani v PRISMA diagramu.

Rezultati: Na podlagi vključitvenih kriterijev je bilo v raziskavo vključenih 20 člankov. Trenutne raziskave kažejo, da se marsikateri zdravstveni delavci ne počutijo kot del tima, pogrešajo učinkovito komunikacijo, še vedno sta prisotna monodisciplinaren pristop in obravnava pacienta. Uporaba medpoklicnega sodelovanja in multidisciplinarnega pristopa pozitivno vpliva na kakovost in celovitost oskrbe ter lajšanje kompleksnih simptomov, kar prinaša večje zadovoljstvo zaposlenih in pacientov.

Diskusija in zaključek: Za uspešnejšo integracijo medpoklicnega sodelovanja v delovno okolje so potrebna znanja in kompetence, pridobljene že v času študija. V tim je treba vključiti tudi pacienta in njegove pomembne bližnje. Dosedanje raziskave kažejo, da je tak način izobraževanja pozitivno sprejet. Bodočim zdravstvenim delavcem omogoči, da spoznajo, kako pomembne so druge profesije v zdravstvu, večja njihovo kompetentnost in pozitivno vpliva tako na njihovo poklicno kot tudi osebno rast.

Gljučne besede: medpoklicno sodelovanje, socialnovarstveni zavodi, paliativna oskrba, »skill mix«

ABSTRACT

Introduction: The need to provide comprehensive health care that addresses physical, psychological, social and spiritual needs increasingly indicates the need to introduce approaches based on interprofessional collaboration.

Methods: A descriptive method of work was used with a review of domestic and foreign literature by three independent researchers. The CINAHL and PUBMED databases were searched in December 2022. The results of the literature review are shown in a PRISMA diagram.

Results: Based on the inclusion criteria, 20 articles were included in the research. Current research shows that many health professionals do not feel as a part of the team. They miss effective communication, while the monodisciplinary approach and treatment of the patient still persist. The use of interprofessional collaboration and a multidisciplinary approach has a positive effect on the quality and integrity of care and the relief of complex symptoms, which leads to greater employee and patient satisfaction.

Discussion and conclusion: For a more successful integration of interprofessional cooperation into the working environment, knowledge and competences acquired during studies are necessary. It is important to include the patient and his close relatives in the team. Research so far shows that this method of education is positively received and enables future health workers to learn about the importance of other professions in health care, increases their competence and has a positive effect on their professional and personal growth.

Key words: interprofessional cooperation, retirement home, palliative care, »skill mix«

1 UVOD

Medpoklicno sodelovanje predstavlja osnovni element zdravstvene oskrbe, saj ta postaja vse bolj kompleksna. Prav zato se v oskrbo pacienta vključuje vse več izvajalcev različnih zdravstveno varstvenih storitev (Šanc & Prosen, 2022). Pahor (2014) poudarja dejstvo, da je zdravstvo panoga, v kateri sodeluje več različnih poklicnih skupin z različnimi stopnjami in vrstami izobrazbe. Pričakovane rezultate in učinke se lahko dosega le z usklajenim, v cilje usmerjenim delovanjem. Svetovna zdravstvena organizacija je medpoklicno sodelovanje definirala že v 70. letih prejšnjega stoletja (WHO, 2010). Po njeni definiciji se medpoklicno sodelovanje začne, ko več zdravstvenih delavcev iz različnih strok sodeluje s pacientom, družinami in njemu pomembnimi drugimi, negovalci in skupnostmi z namenom zagotoviti najvišjo kakovost oskrbe v različnih okoljih (WHO, 2010). Medpoklicno sodelovanje vpliva na izide zdravljenja, skrajšanje ležalne dobe, zmanjšanje stroškov zdravljenja in uporabe zdravil, poveča zadovoljstvo pacientov in zdravstvenih strokovnjakov, izboljša komunikacijo ter spoštovanje zdravstvenih in socialnih profesionalcev (WHO, 2010), preprečuje napake, izboljša kakovost oskrbe pacientov in zmanjša preobremenjenost zaposlenih (Clements, Dault, & Priest, 2007). Vsak član tima ima svojo odgovornost pri izvajanju specifičnih del, ki jih pridobi na podlagi izkušenj in profesije. V literaturi smo večkrat zasledili izraz »skill mix«, za katerega v slovenskem jeziku ni prave opredelitve, zato bomo v nadaljevanju uporabili omenjeni angleški izraz. Maier in sodelavci (2022) »skill mix« definirajo kot spremembe veščin, kompetenc, vlog ali nalog znotraj zdravstvenega sistema, med zdravstvenimi delavci in zdravstvenimi sodelavci, vključno z delavci v skupnosti, prostovoljci in neformalnimi oskrbovalci. Rečemo lahko, da »skill

mix« pristopi predvidevajo usposabljanje kadrov in jasno opredelijo vlogo vsakega člana v timu, poleg tega pa optimalno opredelijo odgovornosti posameznih članov tima (Štemberger Kolnik, Filej, & Ljubič, 2022). V prispevku smo raziskovali medpoklicno sodelovanje v domovih za starejše (v nad. DSO) in v paliativni oskrbi. Paliativna oskrba se v Sloveniji izvaja v specializiranih bolnišničnih enotah ter na bolnikovem domu, kjer to izvajajo mobilni paliativni tim, v ambulantnih klinikah, ustanovah za dnevno oskrbo, pri izvajalcih institucionalnega varstva ter v hospicijih (Državni program paliativne oskrbe, 2010). Izvajalci so za paliativno oskrbo dodatno izobraženi strokovnjaki različnih strokovnih področij: izbran osebni zdravnik in lečeči zdravnik, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, magister farmacije, socialni delavec, klinični psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, dietetik in izvajalci duhovne oskrbe ter prostovoljci (Ebert Moltara, Koritnik & Meglič, 2021). Pogosto se s paliativno obravnavo srečujejo v DSO-jih, kjer opravljajo javno službo institucionalne oskrbe starejših (Imperl, 2014).

Namen raziskave je s pregledom literature proučiti področje medpoklicnega sodelovanja, osredotočeno na DSO-je in paliativno oskrbo. Zastavili smo si cilj, da predstavimo medpoklicno sodelovanje v DSO-jih ter njegov vpliv na kakovost življenja oskrbovalcev v DSO-jih in medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi.

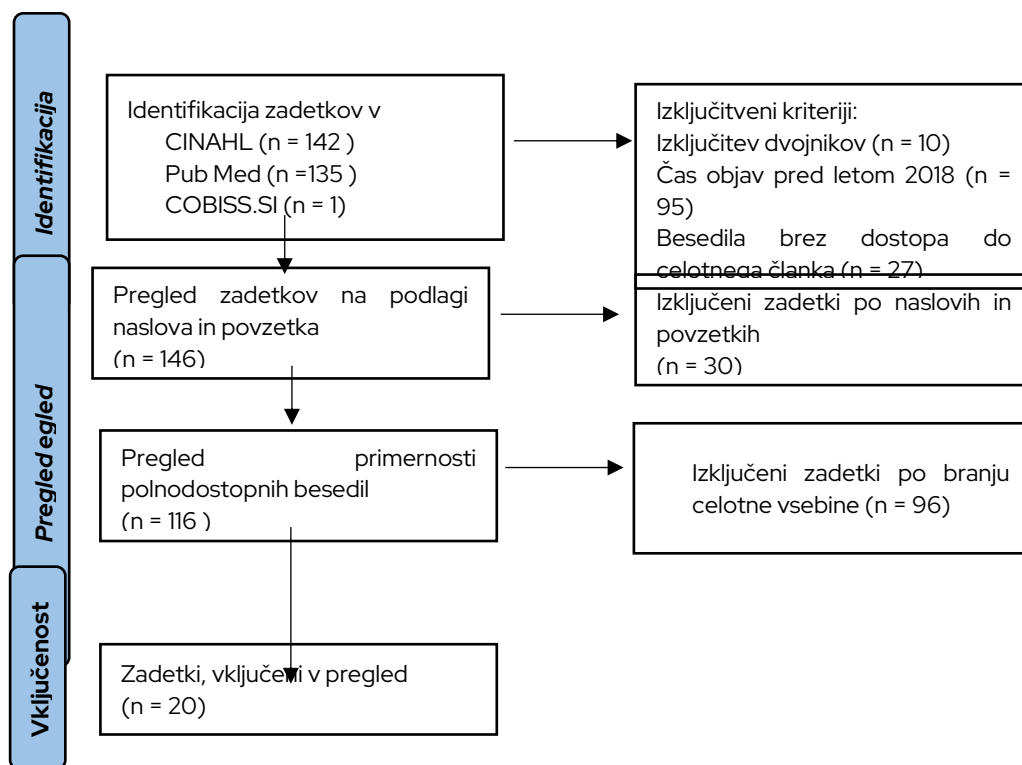
2 METODE DELA

2.1 Metode pregleda

Izbrana je bila deskriptivna metoda dela s pregledom domače in tuje literature v podatkovnih bazah CINAHL in PUBMED in COBISS.SI. Najprej smo iskali literaturo v slovenskem jeziku, in sicer na COBISS.SI. Uporabljene ključne besede smo kombinirali z Boolovim operatorjem IN: medpoklicno sodelovanje, interdisciplinarni pristop, skill mix, domovi za starejše in paliativna oskrba. Nato smo iskali literaturo v angleškem jeziku v podatkovnih bazah: CINAHL in PUBMED. Uporabljene ključne besede smo kombinirali z Boolovim operatorjem AND: interprofessional collaboration, interdisciplinary, skill mix, nursing homes in palliative care. Vključili smo le članke, ki so bili napisani v slovenskem ali angleškem jeziku, so bili tematsko ustrezni, objavljeni kot strokovni in znanstveni članki, dostopni v celotnem besedilu ter objavljeni v časovnem obdobju od leta 2017 do leta 2022. Raziskava je potekala po naslednjem vrstnem redu: identifikacija raziskovalne teme, zbiranje in pregled literature (od decembra do februarja 2023), ocenjevanje ustreznosti z izločanjem neustrezne in izbiranjem ustrezne literature. Sledilo je določanje kategorij po principu dedukcije. Vnaprej določene kategorije so bile: medpoklicno sodelovanje v domovih za starejše, »skill mix« v domovih za starejše in medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi.

Za prikaz rezultatov smo uporabili nekoliko prilagojen PRISMA diagram (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). Uporabljen je bil za prikaz pregledanih

podatkovnih baz in sistematično pregledovanje ter določanje ustreznosti virov, uporabljenih v raziskavi (Welch et al, 2012). Na podlagi ključnih besed smo dobili 278 zadetkov. Nato smo na podlagi zastavljenih kriterijev izključili članke, ki za nas niso bili primerni. V končno analizo smo vključili 20 zadetkov, kar prikazujemo v Sliki 1.



Slika 1: Rezultati pregleda po metodologiji PRISMA

3 REZULTATI

Vsebinsko smo pregledane članke razdelili v tri sklope: (1) medpoklicno sodelovanje v domovih za starejše, (2) »skill mix« v domovih za starejše in (3) medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi. Vsebinsko predstavljamo pregled literature v Tabeli 1, po posameznem sklopu.

Tabela 1: Članki, vključeni v pregled literature

Izbrani sklopi	Avtor in leto	Namen	Raziskovalni dizajn	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
medpoklicno sodelovanje v domovih za starejše	Piotrowski et al. (2020)	Raziskati vpliv medpoklicnega sodelovanja v domovih za ostarele.	randomizirana dvojno slepa raziskava	Intervencijska skupina in kontrolna skupina v 32 domovih za starejše, raziskava poteka 12 mesecev.	Učinki, ki so se pokazali: Zmanjšano število hospitalizacij ter stroškovna učinkovitost.
	Fleischmann et al. (2017)	Raziskati, kako medicinske sestre ocenijo medpoklicno komunikacijo in sodelovanje med njimi in zdravniki.	kvalitativna raziskava, intervju	16 medicinskih sester iz 14 domov za starejše.	Medicinske sestre menijo, da obisk zdravnika v ustanovi prispeva k boljšemu razumevanju medpoklicnega procesa.
	Gougeon et al. (2017)	Raziskati vpliv medpoklicnega sodelovanja na zdravje in dobrobit starejših od 65 let.	sistematični pregled literature	V kvalitativno raziskavo je bilo vključenih 8 virov.	Raziskava je pokazala pozitivne učinke medpoklicnega sodelovanja na kakovost življenja, zdravje in zadovoljstvo z oskrbo.
	Kaiser et al. (2022)	Raziskati vpliv medpoklicnega sodelovanja na paciente.	sistematični pregled literature	V končno analizo je bilo vključenih 22 raziskav.	Skupni rezultati kažejo, da ima medpoklicno sodelovanje lahko pozitivne učinke.
	Doornebosch et al. (2022)	Raziskati ovire in olajšave za medpoklicno sodelovanje.	kvalitativna metoda	V kvalitativno analizo je bilo vključenih 24 študij.	Uspešno medpoklicno sodelovanje v okviru dolgotrajne oskrbe bolnikov zahteva integracijo, razumevanje in priznavanje soodvisnosti vseh vpletenih oseb, vključno s pacientom.
	Reese et al. (2021)	Oceniti medpoklicno sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki.	kvantitativna metoda	Vključenih je bilo 345 medicinskih sester in 63 zdravnikov iz 37 domov za starejše.	Medpoklicno sodelovanje so medicinske sestre in zdravniki ocenili dobro. Medicinske sestre so bile pri ocenjevanju bolj kritične od zdravnikov.

Izbrani sklopi	Avtor in leto	Namen	Raziskovalni dizajn	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
	Nishiguchi et al. (2021)	Razjasniti učinek medpoklicnega sodelovanja pri paliativni oskrbi.	kvantitativna metoda dela	V raziskavi so sodelovali menedžerji oskrbe, medicinske sestre ter negovalci iz 180 domov za starejše.	Ocena in razumevanje medpoklicnega sodelovanja sta se med različnimi poklicnimi skupinami razlikovala. Obseg oskrbe je bil večji ter boljši, ko so o zaznavi medpoklicnega sodelovanja poročale vse tri poklicne skupine.
	Tsakitzidis et al. (2017)	Pridobiti vpogled v to, kako strokovnjaki dojemajo medpoklicno sodelovanje.	kvalitativna metoda, intervju v fokusnih skupinah	Vključenih je bilo 194 domov za starejše. Sodelovali so zdravniki, medicinske sestre, fizioterapevti in delavni terapevt.	Medpoklicno sodelovanje se med poklicnimi skupinami razlikuje. Sodelovanje je bilo omejeno le na izmenjavo informacij. Delo je bilo bolj osredotočeno na poklic kot na pacienta. Zdravniki so poročali o tem, da občasno niso zaznali interne komunikacije.
»skill mix« v domovih za starejše	Lovink et al. (2019)	Opisati, kako je organiziran »skill mix« s štirih monodisciplinarnih vidikov in interdisciplinarnega vidika.	kvalitativna metoda, intervjuji v fokusni skupini	Vključenih je bilo 32 zdravstvenih delavcev (zdravnikov in medicinskih sester z različno izobrazbo).	Določene naloge zdravnikov so prevzele oz. tudi opravljale medicinske sestre. Dejavniki, ki so vplivali na spremembo: pomanjkanje vizije, sprejemanje sprememb ter osebne lastnosti sodelujočih. Ko so medicinske sestre prevzele in opravljale nove naloge, je to pozitivno vplivalo na kakovost in kontinuiteto zdravstvene oskrbe.
	Koopmans et al. (2018)	Raziskati, kakšen vpliv imata raznoliko osebje in »skill mix« timov na kakovost oskrbe.	eksploratorna raziskava, intervju	Vključenih je bilo 7 zdravstvenih timov iz različnih zdravstvenih in socialnih ustanov.	Vpeljane spremembe v kadrovskem oblikovanju timov so pozitivno vplivale na kakovost oskrbe, kakovost življenja in zadovoljstvo pri delu.

Izbrani sklopi	Avtor in leto	Namen	Raziskovalni dizajn	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
Medpoklicno sodelovanje v paliativni oskrbi	Yang et al. (2020)	Raziskati učinek multidisciplinarnih ukrepov na obvladovanje bolečine.	kvantitativna metoda	Vključenih je bilo 92 bolnikov (63 moških in 29 žensk),	Bolečina se je s pomočjo multidisciplinarnega pristopa zmanjšala, simptomi so bili bolj obvladljivi, prav tako so dokazali izboljšanje kakovosti življenja pacientov.
	Autelitano et al. (2021)	Predstaviti specialistični profil medicinske sestre v paliativni oskrbi v enoti paliativne oskrbe v Italiji.	pregled literature	V raziskavo je bilo vključenih 36 virov.	Paliativna oskrba temelji na interprofesionalnem, medpoklicnem sodelovanju, in to v prvi vrsti med zdravnikom in medicinsko sestro. Za pridobivanje sprotnih informacij in zadajanje sprotnih ciljev so pomembni sestanki paliativnega tima na dnevni bazi. Glede na potrebe se v tim vključi še ostale pomembne člene.
	Steel et al. (2022)	Opisati razvoj in izvajanje multidisciplinarnega pristopa za integracijo zdravstvene oskrbe in spodbujanje medpoklicnega izobraževanja.	kvantitativna metoda	Vključili so time, sestavljene iz osebnega zdravnika, specializanta, psihiatra, geriatra, farmacevta in negovalnega osebja.	Pokazalo se je izboljšanje obravnave pacienta, zmanjšalo se je število predpisanih zdravil za sodelujoče paciente, z vsemi sodelujočimi pacienti in njihovimi svojci so opravili pogovor o opustitvi reanimacije v primeru hujšega poslabšanja stanja, za kar se je odločilo 8 od 21 sodelujočih. Podatek je bil zabeležen v pacientovo elektronsko kartoteko.

Izbrani sklopi	Avtor in leto	Namen	Raziskovalni dizajn	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
	Pype et al. (2018)	Ugotavljati proces dela in sodelovanje paliativnega tima in ostalih sodelavcev v zdravstvu.	kvalitativna metoda, intervju	Intervjuvali so patronažne medicinske sestre, medicinske sestre, vključene v paliativno oskrbo na domu, in zdravnike.	Vsi so bili mnenja, da je njihov cilj doseganje čimbolj kvalitetne oskrbe pacientov. Ta bo realiziran le, če bodo sodelovali in delili svoje specifično znanje. Je pa zdravnik po mnenju vseh nosilec odgovornosti končnih rezultatov. Velik pomen so dali komunikaciji, zaupanju, spoštovanju in upoštevanju znanja vseh sodelujočih.
	Mélin et al. (2020)	Raziskati vključenost svojcev v interdisciplinarni tim v času faze umiranja njihovega bližnjega.	kvalitativna metodologija, intervju	Vključenih je bilo 32 oseb.	Sodelujoči prepoznajo vključenost svojcev kot pomemben in potreben del paliativne oskrbe. Komunikacija mora biti odprtega tipa, svojce je treba seznaniti o trenutnem stanju brez olepševanja, jim nuditi oporo, ob tem biti empatičen in sposoben poslušanja ter jim s tem pomagati skozi proces žalovanja.
	Khemai et al. (2022)	Raziskati vlogo svojcev kot članov tima, z osredotočanjem na paciente z diagnozo demence.	kvantitativna metoda	V anketo je bilo vključenih 384 udeležencev.	Svojce priznavajo kot ključen del pri pridobivanju podatkov o telesnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potrebah pacienta. Z njihovo pomočjo prav tako pridobijo podatke o pacientovi volji glede poslednjih želja.

Izbrani sklopi	Avtor in leto	Namen	Raziskovalni dizajn	Lastnosti vzorca	Ključne ugotovitve
	Zelko et al. (2022)	Preizkusiti učinkovitost novega orodja za izmenjavo informacij med strokovnjaki v paliativni oskrbi na primarni ravni zdravstvenega varstva.	kvalitativna metoda	Raziskava je potekala v 4 fazah.	Ugotavljajo nezadostno interprofesionalno sodelovanje med različnimi ravni zdravstva. Kot primer navajajo urgentne preglede v zdravstvenih domovih, kjer podatka o vključenosti pacienta v paliativno oskrbo ob njegovem prihodu ne pridobijo.
	Head et al. (2018)	Raziskati izkušnje študentov medicine z enotedensko obvezno prakso v paliativni oskrbi.	primerjalna metoda	Študenti kot del interdisciplinarnega tima, ki je vključeval zdravnika, medicinsko sestro, farmacevta, socialno delavko, duhovnika, dietetika in psihologa.	Njihova ključna izkušnja je bila potek procesa dela v takem timu in pomen odprte in iskrene komunikacije med samimi člani tima in pacientom ter njegovimi svojci, za katere so mnenja, da so najpomembnejši del samega tima.
	Middleton, et al. (2018)	Opisati izkušnje študentov socialnega dela, ki so imeli sklopu izobraževanja klinično izkušnjo nudenja paliativne oskrbe.	kvalitativna metoda	Vključenih je bilo 27 študentov magistrskega študija socialnega dela.	V refleksijah so izrazili pozitivno izkušnjo z delovanjem tima, v katerem so sodelovali, njihovo sposobnost komunikacije, spoštovanja drug drugega in zavedanja pomembnosti vsakega člana s specifičnim področjem znanja.
	Thiel et al. (2020)	Opisati obstoječa orodja, ki se uporabljajo za ocenjevanje sprememb v znanju, spretnostih in odnosih učencev, ki sodelujejo v kliničnih učnih izkušnjah v interdisciplinarni svetovni službi za paliativno oskrbo.	pregled literature	V analizo je bilo vključenih 9 člankov.	Če želimo, da se izobraževanje izvaja kakovostno in enotno, je treba oblikovati orodje, s katerim bi se ocenjevalo znanje, spretnosti in stališča izvajalcev specialistične paliativne oskrbe ter spodbujanje stroke k izvajanju medpoklicnega sodelovanja že v času študija.

4 RAZPRAVA

Zaradi nezadostnega sodelovanja zdravstvenih delavcev različnih ustanov je potrebna vpeljava spremembe procesa dela, ki bi temeljila na spodbujanju interprofesionalnega sodelovanja in razdelitev del v izvajanju zdravstvene nege (Zelko, Pajk, & Škvarč, 2022). Sama vpeljava medpoklicnega sodelovanja v delovno okolje je uspešna, če se znanje in praktično usposabljanje tega področja pridobita že v času študija, saj s tem bodoči zdravstveni delavci pridobijo kompetence in znanja za sodelovanje v zdravstvenih timih. To vpliva tudi na njihovo osebno in profesionalno rast (Head, Furman, Lally, Leake, & Pfeifer, 2018; Middleton, Schampire & Head, 2018). Za namen večje uporabe multidisciplinarnosti, širjenja znanja, višje kakovosti obravnav, zagotavljanje raznolikosti kadra, kontinuiteto obravnave in na koncu nižjih stroškov (Koopmans, Damen & Wagner, 2018; Lovink et al., 2019) se je v zdravstvu začela uporabljati metoda »skill mix«, ki predstavlja deljenje nalog in obveznosti med medicinskimi sestrami (predvsem tistimi s specialnimi znanji) in zdravniki (Lovink et al., 2018). Izzivi te metode so predvsem deljenje odgovornosti, zakonitosti in pravni vidik. Medicinske sestre se srečujejo z nejasnostmi glede njihove odgovornosti, medtem ko zdravniki izražajo skrb glede izgube avtonomije nosilca zdravstvene dejavnosti (Lovink et al., 2019). Medpoklicno sodelovanje vodi v boljšo kvaliteto življenja pacientov/oskrbovancev in pozitivno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe (Kaiser, Conrad, Neugebauer, Pietsch & Pieper, 2022; Gougeon, Johnson & Morse, 2017). Zmanjša se število hospitalizacij, kar vodi v znižanje stroškov javnega zdravstvenega sistema (Piotrowski et al., 2020; Steel, Hopwood, Goodwin & Sampson, 2018). Obvladovanje kompleksnih simptomov, kot je na primer bolečina, je z multidisciplinarnim pristopom bolj učinkovito (Yang et al., 2020). Pomemben je medsebojni odnos članov tima, ki si zaupajo, se spoštujejo in odprto komunicirajo (Pype, Mertens, Helewaut, & Krystallidou, 2018). Priznavajo soodvisnosti drug od drugega, prepoznajo in upoštevajo specialnost znanja vsakega posameznika ter s pomočjo rednih timskih sestankov delajo na izboljšanju medsebojnih odnosov (Piotrowski et al., 2020; Doornebosch, Hanneke, Smaling, Wilco & Achterberg, 2022). O samem procesu izvajanja zdravstvene oskrbe ter vključevanju drugih profesij se odločajo skupno (Fleischmann, Geister, Hoell, Hummers-Pradier & Mueller, 2017; Autelitano, Bertocchi, Artioli, Alquati, & Tanzi, 2021). Osrednji del tima so pacient in njegovi pomembni bližnji, ki so najboljši vir verodostojnih informacij (Khemai et al, 2022). So ključni pri odločanju o tem, kdaj pacienta/oskrbovanca vključiti v paliativno oskrbo, kdaj opustiti reanimacijo in pomagajo pri ostalih težkih odločitvah (Steel, Hopwood, Goodwin, & Sampson, 2018, Khemai et al, 2022). Komunikacija med zdravstvenimi delavci in svojci je odprte narave, informacije se predajajo brez olepševanja in z realno oceno stanja njihovega bližnjega. Ob težkih življenjskih situacijah sta pomembna opora in empatičen pristop ter sposobnost zaznavanja morebitnega patološkega žalovanja (Melin et al., 2020). Raziskave kažejo, da se svojci, ki za bližnjega skrbijo v domačem okolju, v večji meri počutijo del tima kot tisti, katerih bližnji so nastanjeni v socialnovarstvenih zavodih (Khemai et al., 2022). Mnenje zdravstvenih delavcev o medpoklicnem sodelovanju se razlikuje. Medicinske sestre se počutijo manj cenjene kot zdravniki, opažajo manj sodelovanja in skupnega odločanja. Kot glavni vzrok navajajo

nezaupanje v njihovo znanje in pridobljene izkušnje (Reese, Sehlbrade, Bruhmann & Farin-Glattacker, 2021; Tsakitidis et al., 2017). Zdravniki v ospredje postavljajo nezadostno komunikacijo, medtem ko fizioterapevti izpostavljajo, da jih ne vključujejo v redne timske sestanke. Ob tem opozarjajo, da nesodelovanje in monodisciplinaren odnos med zdravstvenimi delavci ne puščata odprte možnosti za integrativnost v zdravstvenem sistemu (Tsakitidis et al., 2017).

5 ZAKLJUČEK

Medpoklicno sodelovanje predstavlja pomemben sestavni del uspešnega delovanja v zdravstvu. Dobro medpoklicno sodelovanje pozitivno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, zmanjšanje števila hospitalizacij in ležalne dobe, kar posledično vodi v znižanje stroškov oskrbe. Na medpoklicno sodelovanje vplivajo različni faktorji, kot so: komunikacija, spoštovanje, skupni pogledi, varno okolje in ohranjanje avtonomije posameznikov. Kljub temu da trenutna zdravstvena oskrba pogosto ne temelji na interdisciplinarnem pristopu, so izvajalci zdravstvenih storitev tisti, ki lahko spodbujajo in spreminjajo potek obravnav. Za zagotavljanje dobrega medpoklicnega sodelovanja med različnimi zdravstvenimi delavci na različnih ravneh zdravstvenega varstva je v prihodnje treba to področje bolj raziskati. Poleg tega bi bila smiselna tudi vpeljava različnih izobraževanj o medpoklicnem sodelovanju že v obveznem delu izobraževanja v času študija, na nivoju vseh zdravstvenih profilov. S tem bi zagotovili boljšo in kvalitetnejšo oskrbo v praksi ter boljše sodelovanje različnih profilov zdravstvenih delavcev.

LITERATURA IN VIRI

1. Autelitano, C., Bertocchi, E., Artioli, G., Alquati, S., & Tanzi, S. (2021). The Specialist Palliative Care Nurses' in an Italian Hospital: role, competences, and activities. *Acta Biomedica*, 92(2). <https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11360>
2. Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *HealthcarePapers*, 7, 26–34. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2013.18669>
3. Doornebosch, A. J., Smaling, H. J. A., & Achterberg, W. P. (2022). Interprofessional Collaboration in Long-Term Care and Rehabilitation: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(5), 764–777.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.028>
4. *Državni program paliativne oskrbe*. (2010). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Retrieved December 20, from <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DOKUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>
5. Ebert Moltara, M., Koritnik, B., & Meglič, A. (2021). Organizacija paliativne oskrbe v našem okolju. In M. Ebert Moltara, S. Malačič & I. Gumilar (Eds.). *Paliativna oskrba: priročnik* (pp. 13–20). Ljubljana: Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo.

6. Fleischmann, N., Geister, C., Hoell, A., Hummers-Pradier, E., & Mueller, C. A. (2017). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits. *Applied nursing research: ANR*, 35, 118–125.
7. Gougeon, L., Johnson, J. & Morse, H. (2017). Interprofessional collaboration in health care teams for the maintenance of community-dwelling seniors; health and well-being in Canada: A systematic review of trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7(1), 29–37. Retrieved December 3, 2022 from <https://www.learntechlib.org/p/205182/>
8. Head, B.A., Furman, C.D., Lally, A.M., Leake, K., & Pfeifer, M., (2018). Medicine as It Should Be: Teaching Team and Teamwork during a Palliative Care Clerkship. *Journal of Palliative Medicine*, 21(5), 638–44. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0589>
9. Imperl, F. (2014). Možne strategije razvoja domov za starejše. *Kakovostna starost*, 17(4), 3 – 22. Retrieved Februar 10, 2023 from <http://www.dlib.si>
10. Kaiser, L., Conrad, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B., & Pieper, D. (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: asystematic review. *Systematic reviews*, 11(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027>
11. Khemai, C., Meijers, J.M., Mujezinovic, I., Bolt, S.R, Pieter, S., et al. (2022). Interprofessional collaboration in palliative dementia care through the eyes of informal caregivers. *Dementia*, 21(6), 1890 – 931. <https://doi.org/10.1177/14713012221098259>
12. Koopmans, L., Damen, N., & Wagner, C. (2018). Does Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study. *BMC health services research* 18(1), 988. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3812-4>
13. Lovink, M. T., van Vught, A. J. A. H., Persoon, A., Koopmans, R, T, M, C., Laurant, M, G, H., & Schoonhoven, L. (2019). Skill mix change between physicians, nurse practitioners, physician assistants, and nurses in nursing homes: A qualitative study. *Nursing & health sciences*. 21(3), 282–290. <https://doi.org/10.1111/nhs.12601>
14. Maier, C. B., Williams, G. A., Budde, H., Pflirter, L. Busse, R., & Wissmar, M. (2022). Skill-mix for primary and chronic care: Definitions, conceptual framework and relevance for policy and practice. In J. Figueras, M. McKee, E. Mossialos, & R. Busse. Eds. *Skill-mix Innovation, Effectiveness and Implementation. Improving Primary and Chronic Care* (pp. 1–20). European Observatory on Health Systems and Policies. Retrived January 1, 2023 from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/skill-mix-innovation-effectiveness-and-implementation-improving-primary-and-chronic-care>
15. Mélin, M., Amieva, H., Frasca, M., Ouvrard, C., Berger, V., et al., (2020). Support practices by an interdisciplinary team in a palliative-care unit for relatives of patients in agonal phase. *BMC Palliative Care*, 19(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00680-4>
16. Middleton, A.A., Schapmire, T.J., & Head, B., (2018). "Sacred Work": Reflections on the Professional and Personal Impact of an Interdisciplinary Palliative Oncology Clinical Experience by Social Work Learners. *Geriatrics* 2018, 3(1), 6. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3010006>
17. Nishiguchi, S., Sugaya, N., Saigusa, Y., & Inamori, M. (2021). Effect of interprofessional collaboration among nursing home professionals on end-of-life care in nursing homes. *Drug discoveries & therapeutics*, 15(2), 93–100. <https://doi.org/10.5582/ddt.2021.01030>
18. Pahor, M (2014). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih. In M. Pahor. Ed. *Zavezniki za zdravje: Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenih timih* (pp. 13–40). Ljubljana, Zdravstvena fakulteta.
19. Piotrowski, A., Meyer, M., Burkholder, I., Renaud, D., Müller, M. A., Lehr, T., Laag, S., Meiser, J., Manderscheid, L., Köberlein-Neu, J. (2020). Effect of an interprofessional care concept on the

- hospitalization of nursing home residents: study protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 411. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04325-y>
20. Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F. & Krystallidou, D., (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Services Research* volume, 18(1), 570. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3>
 21. Reese, C., Sehlbrade, M., Bruhmann, B. A., & Farin-Glattacker, E. (2021). How do nurses and physicians assess inter-professional collaboration in long-term care homes? *A survey study. Nursing open*, 8(6), 3616–3626. <https://doi.org/10.1002/nop2.912>
 22. Šanc, P., & Prosen, M. (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106>
 23. Steel, A., Hopwood, H., Goodwin, E., & Sampson, E.L., (2022). Multidisciplinary residential home intervention to improve outcomes for frail residents. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07407-y>
 24. Štemberger Kolnik, T., Filej, B., & Ljubič, A. (2022). Napredno timsko delo v zdravstvu, kombinacija znanja in spretnosti: pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 9(2), 66 – 85. <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i2.135>
 25. Thiel, M., Harden, K., Brazier L.J., Marks, A.D. & Smith, M.A., (2020). Evaluation Tools for Interdisciplinary Palliative Care Learning Experiences: A Literature Review. *Journal of Palliative Medicine*, 23(5). <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0394>
 26. Tsakitzidis, G., Anthierens, S., Timmermans, O., Truijen, S., Meulemans, H., & Van Royen, P. (2017). Do not confuse multidisciplinary task management in nursing homes with interprofessional care! *Primary health care research & development*, 18(6), 591–602. <https://doi.org/10.1017/S146342361700024X>
 27. Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O., Neill, J., Waters, E., White, H. (2012). PRISMA-Equity 2012 extension: Reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *PLoS med*, 9(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333>
 28. World Health Organization (2010). *Guideline: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Retrieved December 20, 2022 from: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
 29. Yang, B., Cui, Z., Zhu, X., Deng, M., Pan, Y., ... et al. (2020). Clinical pain management by a multidisciplinary palliative care team: Experience from a tertiary cancer center in China. *Medicine*, 99(48). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023312>
 30. Zelko, E., Pajk J.R. & Škvarč, N.K., (2022). An Innovative Approach for Improving Information Exchange between Palliative Care Providers in Slovenian Primary Health-A Qualitative Analysis of Testing a New Tool. *Healthcare*, 10(2). <https://doi.org/10.3390/healthcare10020216>

VKLJUČEVANJE STANOVALCEV SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODOV V PALIATIVNO OSKRBO

INCLUSION OF SOCIAL CARE INSTITUTIONS RESIDENTS IN PALLIATIVE CARE

Mario Šilec, dipl. soc. del. (VS)

doc. dr. Maja Šeruga

Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Katedra za paliativno oskrbo

mariosilec@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Z raziskavo v socialnovarstvenih zavodih smo želeli ugotoviti, kakšen je interes za vključevanje stanovalcev v paliativno oskrbo, ali se ta razlikuje glede na spol anketiranih ali okolje, iz katerega izhajajo. Ugotavljali smo željo po hkratnem informiranju svojcev o paliativni oskrbi ter se ukvarjali z vprašanjem, ali bi anketirani želeli sočutne podpore Slovenskega društva Hospic.

Metode: V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop, metodi deskripcije in analize ter tehniko anketiranja. Podatke smo zbirali z nestandardiziranim anketnim vprašalnikom, ki smo ga razvili na podlagi pregleda literature. V raziskavo smo naključno vključili 114 stanovalcev, ki bivajo v osmih socialnovarstvenih zavodih v Pomurju.

Rezultati: S statistično obdelavo podatkov ugotavljamo, da bi se 60,5 % anketiranih stanovalcev želelo vključiti v paliativno oskrbo, 23,7 % vprašanih se ne more odločiti, 15,8 % si vključitve ne želi. Razlika med spoloma ni očitna, prav tako pa se želja po vključitvi v paliativno oskrbo ne razlikuje glede na domače okolje, iz katerega anketirani prihajajo. 67,5 % anketiranih navaja, da bi o paliativni oskrbi želeli informirati tudi svojce, 21 % pa se ne more odločiti. Nekaj manj, 59,3 % sodelujočih, si želi sočutne podpore Slovenskega društva Hospic, 31 % se ne more odločiti, 9,7 % vprašanih pa si je ne želi.

Diskusija in zaključek: Nekaterim anketiranim stanovalcem vključevanje v paliativno oskrbo in Hospic predstavlja oviro, strah, mogoče stisko. Le malo več kot polovica vprašanih vidi prednost takšne oblike obravnave. Kljub temu da se v slovenskem prostoru na področju paliativne oskrbe veliko piše in dela, pa ustrezne informacije, edukacija, predvsem pa izvajanje verjetno še niso dosegli vse ciljne populacije. Menimo, da je zelo pomembno, da strokovno osebje z ustreznima pristopom in komunikacijo naslavlja teme, da je dan čas za premislek in možnost razumevajočega pogovora. Pomembna sta sodelovanje in dober odnos vseh vključenih strokovnih služb, stanovalcev, svojcev, prostovoljcev in drugih.

Ključne besede: paliativna oskrba, stanovalci, paliativni tim, Hospic.

ABSTRACT

Introduction: Through research in social welfare institutions, we wanted to determine the interest in involving residents in palliative care; we wanted to determine if it differs depending on the gender of the respondents or the environment from which they come. We explored the interest in informing relatives about palliative care, and focused on whether the respondents would like to receive compassionate support from the Slovenian Hospice Society.

Methods: We used a quantitative research approach, methods of description, analysis and the survey technique. We collected data using a non-standardized survey questionnaire, which we developed based on literature review. We included 114 residents from eight social care institutions in Pomurje at random.

Results: Through statistical data processing, we found that 60,5 % of the surveyed residents would like to be included in palliative care, 23,7 % of the respondents cannot decide, and 15,8 % do not want to be included. The difference between the sexes is not obvious, and the desire to be included in palliative care does not differ depending on the home environment. 67,5 % of respondents state that they would also like to inform their relatives about palliative care, while 21 % cannot decide. A little less, 59,3 % of participants, want compassionate support from the Slovenian Hospice Society, 31 % cannot decide and 9,7 % of respondents do not want it.

Discussion and conclusion: For some surveyed residents, inclusion in palliative care and Hospice represents an obstacle, fear, and possibly distress. Only a little more than half of the respondents see the advantage of this form of treatment. Despite the fact that a lot has been written and done in the field of palliative care in Slovenia, the appropriate information, education, and, above all, implementation, have probably not yet reached all of the target population. We believe it is very important that the professional staff properly address the topic, and that enough time is provided for consideration and the possibility of an understanding conversation. The cooperation and attitude of all involved professional services, residents, relatives, volunteers and others is important.

Keywords: palliative care, residents, palliative team, Hospice

1 UVOD

Institucionalno varstvo za starejše poleg bivanja, organizirane prehrane, varstva in zdravstvenega varstva starejšim nadomešča lastno družino, varno okolje in podporno skupnost, ugotavljajo na Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (2023).

Stanovalci v socialno varstvenih zavodih svoje življenje v starosti v veliki meri doživljajo kot smiselno, starost pa je enako ali celo bolj izpolnjena s smislom v primerjavi s preteklimi življenjskimi obdobji (Gazibara, 2018). Kljub optimalno prilagojenemu okolju in potrebam stanovalcev, nastanjenih v domu, je staranje naravni proces, katerega posledica je upad telesnih

in življenjskih funkcij, ki ga ni mogoče zaustaviti. Za starega človeka je zelo pomembno, kako na koncu ocenjuje celo svoje življenje. Če je z njim zadovoljen, se bo veliko lažje poslovil od tega sveta (Klevisar, 2016).

Živimo v času dramatičnih sprememb v obolevnosti in načinu umiranja. Pred stoletji so bile največji problem nalezljive bolezni, danes so to kronične bolezni, ki trajajo več let in desetletij (Pirtošek, 2018). Šeruga (2011) navaja, da so ljudje v preteklosti večinoma umirali doma, hitro in nezapleteno, za razliko od danes, ko se več kot polovica smrti zgodi v bolnišnicah ali v socialnovarstvenih zavodih. Strah pred smrtjo in pomanjkanje informacij predstavljata pri stanovalcih socialno varstvenih zavodov veliko stisko.

Peternej & Lunder (2010) ter Državni program paliativne oskrbe (2010) navajajo, da obstaja velika potreba za vključitev stanovalcev v paliativno oskrbo (PO). Reinhardt, Downes, Cimarolli, & Bomba (2017) še ugotavljajo, da je pomembna ustrezna komunikacija med neozdravljivo bolnim stanovalcem v institucionalnem varstvu in njegovimi družinskimi člani.

Pogosto se nam postavlja vprašanje, kdaj pri stanovalcih začeti izvajati PO. Goršak Lovšinova (2012) meni, da je to odvisno od posameznega stanovalca, naših izkušenj, znanja in intuicije. Stanovalce v institucionalnem varstvu vključimo v PO največkrat zaradi njihovih neozdravljivih kroničnih obolenj, starostne krhkosti, demence in odpovedovanja vitalnih organov. Tudi Prasad, Sarkar, Dubashi, & Adinarayanan (2017) v svoji študiji ugotavljajo, da je treba vključiti in uvesti storitve PO tudi pri drugih boleznih, ne samo rakavih, ter obenem zagotoviti celostno obravnavo. V okviru PO je treba izvajati tudi svetovanje, saj se je pomemben delež bolnikov, vključenih v raziskavo, soočal z duševnimi in čustvenimi težavami. Meier, Lim & Carlson (2010) navajajo, da bi PO poleg lajšanja bolečine in izboljšanja kakovosti življenja kronično bolnih ter bolnikov z življenjsko neogrožajočimi boleznimi morala biti standard prakse tudi za vse stanovalce z demenco v institucionalnem varstvu, in to ne glede na prognozo.

V praksi velja pogosto prepričanje, da je čas za PO šele ob koncu življenja, ko gre samo še za oskrbo pacienta v procesu umiranja. To je glavna ovira pri vpeljavi paliativnega pristopa do pacientov z neozdravljivo kronično boleznijo in njihovih svojcev. Proces umiranja je le manjši del celotne obravnave v PO (Šeruga, 2011).

Svetovna zdravstvena organizacija (2022) definira PO kot pristop, ki izboljša kakovost življenja bolnikov in njihovih družin, ki se soočajo s problemi, povezanimi z življenjem in ogrožajočimi boleznimi. Svetovna zdravstvena organizacija še ocenjuje, da na svetovni ravni prejme PO le 14 % vseh, ki bi je morali biti deležni. PO je sestavni del zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema na vseh ravneh in s tem neodtujljiv element človekove pravice do zdravstvenega in socialnega varstva (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Nemoč svojcev, občutek krivde ali druge skrbi je treba ubesediti. Nemalokrat so ravno občutki krivde svojcev vzrok, da vztrajajo pri neučinkovitem zdravljenju, podaljševanju življenja ter nesmiselnim ukrepom. Potrebujejo tudi podporo v čustvenih stiskah ter ob slabšanju zdravstvenega stanja (Lunder, 2016). Tudi Finn, Roche Green, & Malhotra (2017) navajajo, da je podpora strokovnjakov paliativnega tima ključnega pomena. Vključeni bolniki imajo pogosto višjo stopnjo zadovoljstva z zdravstveno oskrbo ter kakovostjo komunikacije in podpore. Bistvenega pomena je zgodnja vključitev v PO. Menijo tudi, da informiranost olajša družinam soočenje z jezo in zanikanjem pričakovane smrti ljubljene osebe.

Državni program paliativne oskrbe ministrstva za zdravje (2010) navaja, da multidisciplinarni paliativni tim vključuje tudi prostovoljce. Zemljič Radović & Kugonič (2017) se s tem strinjata in navajata, da prostovoljci kot člani tima ter programi Slovenskega društva Hospic s svojo naravnostjo na skupnost zapolnjujejo vrzel, ki jo potrošniška družba ustvarja z individualizmom in oddaljevanjem od vrednot družine in človekovega dostojanstva v starosti. Prostovoljci Slovenskega društva Hospic prinašajo vrednost v smislu izboljšanja medosebnih odnosov v socialni sredini, lastnega odnosa do smrti, umiranja in žalovanja. Usposobljeni so tudi za nudenje podpore svojcem.

2 METODE

2.1 Raziskovalna metoda

V raziskavi smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop ter metodo deskripcije. Podatke smo pridobili z anketnim vprašalnikom in tehniko anketiranja.

2.2 Opis merskega instrumenta

Za izvedbo raziskave smo uporabili strukturirani merski instrument v obliki anketnega vprašalnika, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature: (Macuh, 2017; Pirtošek, 2018; Koštomaj, 2014; Slak, 2018; Reinhard, et al., 2017; Finn et al., 2017; Kmetec et al., 2021; Tratar & Bobnar, 2015; Catania 2015; Paulsen et al., 2017; Meier et al., 2010; Patru, 2017; Bandelj, et al., 2018; Golob, & Ebert Moltara, 2019; Peternelj & Lunder, 2010; Ministrstvo za zdravje, 2010).

2.3 Opis vzorca

Ženskega spola je bila nekoliko več kot polovica anketiranih ($n = 65$; 57,0 %), moškega pa nekaj manj kot polovica ($n = 49$; 43,0 %). Iz vaškega okolja izhaja večina, skoraj tri četrtine stanovalcev ($n = 83$; 72,8 %), iz mestnega pa približno četrtina stanovalcev ($n = 31$; 27,2 %). Povprečna

starost stanovalcev je 76,26 let; SD = 10,223 let. Povprečno število let v domu, ki so jih preživeli oskrbovanci, je relativno nizko, in sicer M = 3,61 let; SD = 3,696 let (tabela 1 in tabela 2).

Približno petina oskrbovancev stanuje v domu Beltinci (n = 26; 22,8 %), nekoliko nižji delež v G. Radgoni (n = 17; 14,9 %), podoben delež v Kuzmi (n = 18; 15,8 %), Lendavi (n = 20; 17,6 %) in Ljutomeru (n = 13; 11,4 %). Manjši delež anketirancev pstanuje v domovih Rakičan (n = 3; 2,6 %), Rogašovci (n = 7; 6,1 %) in V. Polane (n = 10; 8,8 %).

2.4 Opis zbiranja in obdelave

S prošnjo za sodelovanje smo se obrnili na pristojne v izbranih zavodih za institucionalno varstvo in določili termin anketiranja. Kljub anonimnemu vprašalniku smo zadostili potrebam po varstvu osebnih podatkov. Anketirane smo pred začetkom kratko nagovorili in predstavili potek anketiranja. Anketiranje je potekalo med 20. novembrom in 20. decembrom 2022.

Zbrane podatke smo statistično obdelali s statističnim programom SPSS 22.0. Uporabili smo opisno/deskriptivno statistiko, in sicer smo prikazali frekvence, odstotke, povprečja (aritmetično sredino), minimum, maksimum in standardni odklon odgovorov. Normalnost porazdelitve odgovorov smo preverili s pomočjo Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilkovega testa. Statistično značilne razlike v odgovorih (povprečnih rangih) smo preverili s pomočjo neparametričnega Mann-Whintey testa. Statistično značilno povezanost dveh spremenljivk smo preverili s pomočjo neparametričnega Spearmanovega korelacijskega testa. Upoštevali smo stopnjo tveganja $p < 0,05$.

Odgovori na dana vprašanja so bili podani na Likertovi lestvici (1 = Sploh si ne bi želel; 2 = Ne bi si želel; 3 = Ne morem se odločiti; 4 = Bi želel; 5 = Zelo močno bi si želel). V analizo smo vključili demografske podatke o anketirancih: starost, spol, okolje, iz katerega izhajajo, čas bivanja v institucionalnem varstvu. Uporabili smo neslučajnostni priročni vzorec.

2.5 Etični vidik raziskovanja

Pri izvajanju raziskave so bili zagotovljeni vsi etični vidiki raziskovanja: načelo koristnosti, neškodljivosti, zaupnosti, pravičnosti, resnicoljubnosti in varnosti. Vsem anketirancem sta bili zagotovljeni pravica do polne pojasnitve ter pravica do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti. Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

3 REZULTATI

Tabela 1: Sociodemografski podatki oskrbovancev

Demografski podatki	Odgovor	n	%
Spol	Ženski	65	57,0
	Moški	49	43,0
	Skupaj	114	100,0
Iz katerega okolja izhajate?	Vaško	83	72,8
	Mestno	31	27,2
	Skupaj	114	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Tabela 2: Starost in število let bivanja v socialnovarstvenem zavodu (število odgovorov 114)

Spremenljivka	Min	Max	M	SD
Starost	48	92	76,26	10,223
Koliko časa ste že nastanjeni v Domu starejših občanov?	1	21	3,61	3,696

Legenda: M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; zavod za institucionalno varstvo smo zaradi lažjega razumevanja poimenovali Dom starejših občanov.

Preverili smo, kako močno bi se v povprečju stanovalci želeli vključiti v PO ob napredovanju njihove bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja. Ugotovili smo, da bi se stanovalci želeli vključiti v PO (M = 3,61; SD = 1,101).

Kot vidimo iz odgovorov, je največ stanovalcev odgovorilo, da bi se želelo vključiti v PO (n = 44; 38,6 %), manj jih je odgovorilo, da bi si zelo močno želeli (n = 25; 21,9 %), veliko pa se jih o tem ni moglo odločiti (n = 27; 23,7 %). Znatno delež stanovalcev si ne želi biti vključen v PO (n = 6; 5,3 % je odgovorilo sploh si ne bi želel; n = 12; 10,5 % pa je odgovorilo ne bi želel) (tabela 3).

Tabela 3: Želja stanovalcev po vključitvi v PO

Spremenljivka	Odgovor	n	%	M	SD
Kako močno bi se želeli vključiti v paliativno oskrbo ob napredovanju vaše bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja?	Sploh si ne bi želel	6	5,3	3,61	1,101
	Ne bi si želel	12	10,5		
	Ne morem se odločiti (niti si ne bi želel / niti bi si želel)	27	23,7		
	Bi želel	44	38,6		
	Zelo močno bi si želel	25	21,9		
	Skupaj	114	100,0		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon.

Zanimalo nas je, ali se želja po vključitvi stanovalcev v PO razlikuje glede na spol stanovalcev, leta bivanja v domu oziroma okolje, iz katerega prihajajo.

Ugotovili smo, da nam Shapiro-Wilkov in Kolmogorov-Smirnov test zavrmeta normalnost porazdelitve odgovorov spremenljivke znotraj moškega in ženskega vzorca ($p < 0,05$), zato za testiranje uporabimo Mann-Whitney test (tabela 4).

Statistično značilnih razlik v želji po vključitvi v PO med posameznimi skupinami ne zaznamo ($p > 0,05$). V povprečju si stanovalci želijo vključiti v PO ne glede na spol. Vidimo, da za naš vzorec sicer zaznamo nekoliko močnejšo željo ženskih oskrbovank ($M = 3,77$; $SD = 1,012$) kot moških ($M = 3,41$; $SD = 1,189$).

Tabela 4: Želja stanovalcev po vključitvi v PO glede na spol (Mann-Whitney test)

Spremenljivka	Spol	N	M	SD	MR	MW	p
Kako močno bi se želeli vključiti v paliativno oskrbo ob napredovanju vaše bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja?	Ženski	65	3,77	1,012	62,04	1297,500	0,078
	Moški	49	3,41	1,189	51,48		

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; MR = povprečni rang; MW = Mann-Whitney test; p = p-vrednost.

Leta v domu so zbrana v številski obliki. Ugotovimo, da ne moremo potrditi normalnosti odgovorov za nobeno izmed dveh spremenljivk za celoten vzorec ($p < 0,05$) zato za testiranje lahko uporabimo Spearmanov korelacijski test.

Ugotovimo, da želja po vključitvi v PO ni statistično značilno povezana s številom let nastanitve v domu ($p > 0,05$) (tabela 5).

Tabela 5: Želja stanovalcev po vključitvi v PO glede na število let bivanja v domu

Spremenljivka	Statistika	Koliko časa ste že nastanjeni v Domu starejših občanov?
Kako močno bi se želeli vključiti v paliativno oskrbo ob napredovanju vaše bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja?	ρ	-0,032
	p	0,736
	n	114

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = p-vrednost.

Preverimo, ali se želja po vključitvi v PO razlikuje glede na okolje, iz katerega izhajajo stanovalci. Shapiro-Wilkov/Kolmogorov-Smirnov test nam zavrmeta normalnost porazdelitve odgovorov znotraj obeh vzorcev ($p < 0,05$), zato za testiranje uporabimo Mann-Whitney test.

Ugotovimo, da se želja po vključitvi PO statistično značilno ne razlikuje glede na okolje bivanja ($p > 0,05$). V povprečju si stanovalci mejno želijo vključiti v PO ne glede na okolje bivanja (tabela 6).

Tabela 6: Želja stanovalcev po vključitvi v PO glede na okolje bivanja (Mann-Whitney test)

Spremenljivka	Okolje	n	M	SD	MR	MW	P
Kako močno bi se želeli vključiti v paliativno oskrbo ob napredovanju vaše bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja?	Vaško	83	3,64	1,111	58,07	1239,00	0,752
	Mestno	31	3,55	1,091	55,97		

Legenda: n = število odgovorov; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; MR = povprečni rang; MW = Mann-Whitney test; p = p-vrednost.

V tabeli 7 vidimo, da se v povprečju stanovalci strinjajo s tem, da bi si želeli, da bi njihove svojce bolj informirali o PO (M = 3,68; SD = 1,026). Ugotovimo tudi, da stanovalci v povprečju želijo biti deležni opore prostovoljcev Slovenskega društva Hospic (M = 3,60; SD = 0,931) (tabela 7).

Tabela 7: Želja stanovalcev glede informiranja svojcev o PO in pomoči društva Hospic

Spremenljivka	Statistika	Sploh si ne bi želel	Ne bi si želel	Ne morem se odločiti (niti si ne bi želel / niti bi si želel)	Bi želel	Zelo močno bi si želel	Skupaj	M	SD
Kako močno bi si želeli, da bi vaše svojce bolj informirali o paliativni oskrbi?	n	7	6	24	57	20	114	3,68	1,026
	%	6,1%	5,3%	21,1%	50,0%	17,5%	100,0%		
Kako močno bi si želeli biti deležni humane in sočutne opore prostovoljcev Slovenskega društva Hospic?	n	4	7	35	51	16	113	3,60	0,931
	%	3,5%	6,2%	31,0%	45,1%	14,2%	100,0%		

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež; M = povprečna vrednost; SD = standardni odklon;

Preverimo tudi, ali obstaja statistično značilna povezava med vključitvijo v PO in vključitvijo v Hospic. Za testiranje uporabimo Spearmanov korelacijski test.

Ugotovimo, da je želja po vključitvi v PO statistično značilno povezana z željo po vključitvi pomoči Hospica ($\rho = 0,313$; $p = 0,001 < 0,05$). Povezava je šibka in pozitivna, kar pomeni, da si tisti, ki si bolj močno želijo biti vključeni v PO, tudi bolj močno želijo biti deležni pomoči Društva Hospic (tabela 8).

Tabela 8: Povezanost želje po vključitvi v PO in želje po vključitvi v Hospic

Spremenljivka	Statistika	Kako močno bi si želeli biti deležni humane in sočutne opore prostovoljcev Slovenskega društva Hospic?
Kako močno bi se želeli vključiti v paliativno oskrbo ob napredovanju vaše bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja?	ρ	0,313
	p	0,001
	n	113

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov korelacijski test; p = p-vrednost.

4 RAZPRAVA

Rezultati raziskave pričajo v prid želje po vključitvi, ki se ne razlikuje glede na spol, niti ne moremo trditi, da vpliva na odločitev okolje, iz katerega anketirani prihajajo. Kljub temu da Gazibara (2018) navaja, da je starost enako ali celo bolj izpolnjena s smislom v primerjavi s preteklimi življenjskimi obdobji, verjetno to za marsikoga od anketiranih, predvsem tistih, ki niso povsem prostovoljno nameščeni v dom, ne velja.

Namestitev je za marsikoga nujna ali neizbežna. Kljub sprva manj prijetni izkušnji večina novih stanovalcev sprejme dano situacijo in se ji prilagodi. Kljub prilagoditvi in velikokrat izboljšanju kakovosti njihovega življenja se glede na jesen življenja in spremljajoče zdravstvene tegobe zavedajo minljivosti. Za starega človeka, pravi Klevišar (2016), je zelo pomembno, kako na koncu ocenjuje celo svoje življenje. Če je z njim zadovoljen, se bo veliko lažje poslovil od tega sveta.

Zaradi zmanjšane mobilnosti, predvsem pa prostorske omejenosti bivanja v domu, je zelo pomembna vključitev svojcev in/ali prostovoljcev. Tudi Reinhardt et al. (2017) menijo, da je komunikacija med naštetimi zelo pomembna.

Kljub morebitnemu zmanjšanemu interesu za vključevanje Zemlič Radović & Kugonič (2017) navajata, da predvsem prostovoljci Slovenskega društva Hospic pripomorejo k izboljšanju medosebnih odnosov v socialni sredini, lastnega odnosa do smrti, umiranja in žalovanja. Glede na odgovore v vprašalnikih je Slovensko društvo Hospic prepoznavno, smo pa prepričani, da bi se število zainteresiranih še povečalo, če bi okrepili sodelovanje Hospica in odgovornih v domovih za institucionalno varstvo starejših.

Možnost izboljšav bi lahko pripomogla tudi vzpostavitev mreže mobilnih in paliativnih timov v zavodih za institucionalno varstvo.

Kljub mejni vrednosti zainteresiranih za vključitev v Paliativno oskrbo bi nam raziskava širšega prostora prinesla globlji uvid o želji po vključevanju v paliativno oskrbo v širšem, slovenskem prostoru. Že vključitev Podravske regije ali širše bi nam omogočila primerjavo ter dala možne usmeritve za nadaljnja prizadevanja.

5 ZAKLJUČEK

Z raziskavo pridobljeni podatki pričajo o želji po vključitvi v paliativno oskrbo in podpori Slovenskega društva Hospic. Z informiranjem, dobro prakso in prepoznavanjem prednosti vključitve bi verjetno lahko vplivali na to, da bi bil odstotek tistih, ki se želijo vključiti, višji. Z načrtovanjem anketiranja in pogovorom s strokovnim kadrom smo prišli do zaključkov, da je treba več storiti na področju vključevanja stanovalcev domov za institucionalno varstvo v paliativno oskrbo. Zato je raziskava kot apel v tem trenutku zelo dobrodošla.

LITERATURA IN VIRI

1. Bandelj, A., Kaučič, B. M., Filej, B. (2018). Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*. 2018 (5). (61–73). <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/68/69>
2. Catania, G., Beccaro, M., Costantini, M., Ugolini, D., De Silvestri, A., Bagnasco, A., et al. (2015). Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: A systematic review. *Palliative Medicine*. 29(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/0269216314539718>
3. Gazibara, Š. (2018). *Smisel življenja v očeh starostnikov, živečih v domovih za stare ljudi (doktorska disertacija)*. Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici, Nova Gorica. Retrieved March 12, 2023 from <https://revis.openscience.si/lzpisGradiva.php?id=8045>
4. Golob, N. & Ebert Moltara, M. (2019). *Stanje paliativne oskrbe v Sloveniji*. Retrieved March 12, 2023 from https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/isis/golob-nena_stanje-paliativne-oskrbe-v-sloveniji_splet_isis-7-2019.pdf?sfvrsn=63f33136_2
5. Finn, L., Roche Green, A. & Malhotra, S. (2017). Oncology and palliative medicine: Providing comprehensive care for patients with cancer. *Ochsner Journal*, 17(4), 393– 397. <http://www.ochsnerjournal.org/content/17/4/393.full>
6. Goršak Lovšin, V. (2012). Paliativna oskrba starih ljudi. In: Železnik, D., Kaučič, B. M., Železnik, U. et al (Eds.). *Zbornik predavanj z recenzijo 2. znanstvene konference z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved* (pp.360). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.
7. Klevišar, M., (Eds.). (2016). *V dom-zakaj pa ne?*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
8. Kmetec, S., Fekonja, Z., Škrbič, S. & Mlinar, Reljić, N. (2021). Doživljanje umiranja z vidika medicinskih sester: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(4), 264–273. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.4.3090>
9. Koštomaj, S. (2014). *Izvajalci paliativne oskrbe v institucionalnem varstvu: (magistrsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede.

10. Lunder, U. (2016). Komuniciranje s svojci v stiski v paliativni oskrbi. In: A. Simonič, et al, (Eds.). *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj. Golniški simpozij, Golnik 27.oktober 2016* (pp. 20–25). Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
11. Macuh, B. (2017). Življenjski slog starejših v domovih za starejše. *Andragoška spoznanja*, 23(1), 53–71. <http://dx.doi.org/10.4312/as.23.1.53-71>
12. Meier, E. D., Lim. B.& Carlson, D. S. M. (2010). RaisingThe Standard: Palliative Care In Nursing Homes. *Health Affairs*, 29(1), 136–140. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0912>
13. Ministrstvo za zdravje (2010). *Državni program paliativne oskrbe*. Retrieved from <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DOKUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>
14. Patru, S. (2017). *Paliativna oskrba v domovih za starejše v Sloveniji (magistrsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede. Retrieved March 12, 2023 from <https://dk.um.si/Dokument.php?id=119322&lang=slv>
15. Paulsen, B., Johnse, R., & Hadders, H. (2018). Nurses' experience with relatives of patients receiving end-of-life care in nursing homes and at home: A questionnaire-based cross-sectional study. *NursingOpen*. 5(3), 431–441. <https://doi.org/10.1002/nop2.155>
16. Peternejl, A., & Lunder. U. (2010). *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
17. Pirtošek, Z. (2018). Nevrolški bolnik ob koncu življenja: Med praznino, upanjem, trpljenjem in mislijo na smrt. In: Tratnik Volasko, m. (Ed.) *Razmišljanja o vprašanih ob iztekanju življenja: Zbornik referatov in razprav, Državni svet Republike Slovenije, 1*, (pp.81–87). Ljubljana. Retrieved March 12, 2023 from https://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/ds_zbornik_razmisljanja_notranjost_www-ok.pdf
18. Prasad, P., Sarkar. S., Dubashi. B. & Adinarayanan. S. (2017). EstimationofNeedforPalliativeCareamongNoncancerPatientsAttending a Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(4), 403–408. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_90_17
19. Reinhardt, J. P., Downes, D., Cimarolli, V. & Bomba, P. (2017). End-of-Life Conversation sand Hospice Placement: Association with Less Aggressive Care Desired in the Nursing Home. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 13(1), 61–81. <https://doi.org/10.1080/15524256.2017.1282919>
20. Reitinger, E., Schuchter, P., Heimer, K., & Wegleitner, K. (2018). Palliative care culture in nursing homes: the relatives perspective. *Sage journals*, 23(2–3), 239–251. <https://doi.org/10.1177/1744987117753275>
21. Slak, J. (2018). Vloga in pogled medicinske sestre v paliativni oskrbi In: Tratnik Volasko, M. (Ed.) *Razmišljanja o vprašanih ob iztekanju življenja: Zbornik referatov in razprav, Državni svet Republike Slovenije, 1*, (pp. 98–107). Ljubljana. Retrieved March 12, 2023 from https://www.ds-rs.si/sites/default/files/dokumenti/ds_zbornik_razmisljanja_notranjost_www-ok.pdf
22. Šeruga, M. (2011). Paliativa pri kroničnih nerakavih boleznih. In: T. Žontar & A. Kvas, (Eds). *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika: Zbornik prispevkov z recenzijo XXVIX. strokovno srečanje, Šmarješke Toplice, 11.11.2011* (pp. 5–14). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
23. Zemlič Radović, T. & Kugonič, M. (2017). In: B. Kosmina Štefančič, (Eds). *Z znanjem in izkušnjami do kakovostne paliativne oskrbe: Zbornik, 2. slovenski kongres Paliativne oskrbe, Ljubljana, 20. in 21. oktober 2017* (pp. 84–86). Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe.

24. Skupnost socialnih zavodov, (2023, February 21). *Splošno o domovih za starejše*. Retrieved March 12, 2023 from <https://www.ssz-slo.si/wp-content/uploads/Regjster-kapacitet-1.1.2023.pdf>
25. Tratar, P. & Bobnar, A. (2015). Izzivi izvajanja paliativne oskrbe pri bolnikih z demenco. In: Majcen, Dvoršak, S., et al. (Eds.) *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, 11. in 12. maj 2015* (pp. 478–484). Brdo pri Kranju: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic.
26. World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Retrieved February 11, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
27. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (2014). *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Retrieved from <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/12/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije.pdf>

UMIRANJE KOT SESTAVNI DEL ŽIVLJENJA

DYING AS AN INTEGRAL PART OF LIFE

Lea Koroša, dipl. m. s.

viš. pred. Edvard Jakšič, mag. zdr. nege

Alma Mater Europaea – ECM, Oddelek za zdravstveno nego

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskovalnega dela je bil na podlagi preučene strokovne literature in opravljene raziskave predstaviti pomen umiranja kot naraven proces v ciklu življenja, sam pomen paliativne zdravstvene nege in pravi pristop do neozdravljivo bolnega in njegovih svojcev. Prav tako je bil naš namen ugotoviti, kolikšna je seznanjenost pojmov med prebivalci občine Cankova, kjer je bil opravljen naš raziskovalni del, ter podati določene predloge za večjo prosvetljenost le-teh.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja ter metoda deskripcije. Razdeljenih je bilo 100 anketnih vprašalnikov z 18 vprašanji zaprtega in odprtega tipa. V raziskavi je sodelovalo izbranih 100 prebivalcev občine Cankova.

Rezultati: V naši raziskavi smo odkrili, da 52 % sodelujočih pozna pomen paliativne zdravstvene nege, 24 % jih pozna delno, 24 % pa pomena sploh ne pozna. Po lastni oceni ima 43 % anketirancev slabo, 31 % pa dobro znanje o paliativni zdravstveni negi. Izmed sodelujočih v anketi se je 71 % že srečalo z umirajočo osebo, 40 % pa s paliativnim bolnikom. Dve tretjini anketirancev bi se odločili za storitve zdravstvene nege, če bi jo potrebovali v času umiranja.

Diskusija in zaključek: Bilo je ugotovljeno, prav tako je za pričakovati, da bo vedno več starejšega prebivalstva in s tem povezanih kroničnih ter malignih obolenj. Zato je zelo pomembno, da imamo na tem področju dobro znanje, le tako bomo zagotovili kar se da kakovostno oskrbo umirajočih ter njihovih svojcev.

Ključne besede: umiranje, paliativna zdravstvena nega, komunikacija, paliativna oskrba

ABSTRACT

Introduction: The aim of our study was to present the importance of dying as a natural process in the life cycle, the importance of palliative care and the appropriate approach to the terminally ill and their relatives, based on the reviewed relevant literature and available research.

Method: We used quantitative and descriptive methods of research. We prepared a questionnaire with 18 open and closed types of questions. A hundred residents of the municipality of Cankova participated in our survey. The obtained data was statistically processed in Microsoft Excel.

Results: *The first research question was, how much do residents of the municipality of Cankova know about the meaning of palliative care nursing. Fifty-two percent of residents answered that they knew the meaning of palliative care nursing and have heard about it in depth.*

The second research question asked whether the respondents have encountered a dying person. We found out that 71 % of respondents have encountered a dying person.

The third research question was how many participants would opt for palliative care if they needed it. With our survey we discovered that 68 % of participants would undoubtedly opt for palliative care if they needed it.

In our fourth research question, we discovered that level of education was not connected with better knowledge of palliative care nursing.

Deliberation and conclusion: *The first research question was, how much do residents of the municipality of Cankova know about the meaning of palliative care nursing. Fifty-two percent of residents answered that they knew the meaning of palliative care nursing and have heard about it in depth.*

The second research question asked whether the respondents have encountered a dying person. We discovered that 71 % of respondents have encountered a dying person.

The third research question was how many participants would opt for palliative care if they needed it. With our survey we discovered that 68 % of participants would undoubtedly opt for palliative care if they needed it.

In our fourth research question, we discovered that level of education was not connected with better knowledge of palliative care nursing.

Keywords: *dying, palliative care, communication, palliative care*

1 UVOD

Paliativna zdravstvena nega in oskrba je področje, s katerim se zdravstveni delavci srečujemo tako rekoč vsakodnevno. A še vedno o tem področju obstaja veliko neznank (Černivec, 2014, p. 5).

K temu spada celostni sistem obravnave človeka in njegovih potreb, tako telesnih, socialnih in psiholoških (Peternej, 2010, p. 162).

Paliativna oskrba je namenjena pacientom vseh starostnih obdobj in mora biti enakovredno zagotovljena v primeru vseh obolenj (maligna, kronična, psihiatrična, nevrološka, pulmološka, kardiološka, gastroenterološka, ginekološka ter nekatera infekcijska obolenja). Pred vključitvijo v paliativno oskrbo je potrebno pridobiti pacientovo privolitev (Prebil, Mohar & Fink, 2010, p. 127).

Pacient, ki se vključuje v paliativno oskrbo, je obravnavan od vključitve, pa vse do smrti, ne glede na to, v kateri ustanovi in kraju se nahaja (Červek, Ravnjak, Štancar, & Zavratnik, 2011, p. 21).

O tem govori tudi Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), ki zagovarja pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja, kjer ima vsak oboleli pravico do ublažitve bolečin in z njegovo boleznijo povezanega trpljenja (Prebil, Mohar & Fink, 2010, p. 127).

Tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije 4. načelo govori o spoštovanju dostojanstva in zasebnosti pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, IV. načelo, 2002).

Da bi neozdravljivo bolnim zagotovili pravočasno in čim bolj kakovostno obravnavo, moramo kot tim pristopati celostno in pri oskrbi sodelovati na vseh nivojih, od preventive, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe (Moltara et al., 2020, p.13).

Pri oskrbi neozdravljivo bolnega tako sodelujejo zdravniki, medicinske in patronažne medicinske sestre, fizioterapevti in farmacevti, hkrati pa se v oskrbo vključujejo tudi socialni delavci, duhovniki, prostovoljci in negovalci na domu (Lopuh, 2015, p. 23).

Osebna ekipa se lahko razlikuje glede na njihove potrebe in raven oskrbe (National Institute on Aging, 2021).

Zdravstveni tim mora poleg svojega strokovnega znanja imeti tudi primerne osebne lastnosti, kot so npr. empatija in dobre komunikacijske lastnosti. Z empatijo označujemo sposobnost vživljanja v položaj nekoga drugega, kar pomeni, da ga razumemo in z njim sočustvujemo, znamo sprejemati občutke drugih ljudi in primerno komunicirati z drugimi. Empatija nam lahko pomaga tudi pri preprečevanju izgorelosti v našem poklicu (Ule, 2010, p. 21).

Temelj kakovostnega dela vsakega zdravstvenega tima je sporazumevanje med zdravnikom, bolnikom in njegovimi svojci. V primeru bolnikov, ki so neozdravljivo bolni in s tem povezane negotove prihodnosti, gre za še toliko bolj zahtevno in težavno komunikacijo. Zdravniki se v času študija ne naučijo komunikacijskih veščin in spretnosti, ki bi bile zelo zaželeni, še posebej pri sporočanju za bolnika neugodnih novic. Tako so zdravniki na tem področju prepuščeni lastni samoiniciativnosti in privzgojenim ali pridobljenim vzorcem komuniciranja. Zaradi tega se zdravniki izogibajo težavnim pogovorom ali pa v želji, da bi podali kakovostne informacije, govorijo v strogo medicinskem žargonu, kar je bolnikom tuje, saj tega jezika ne poznajo in ga tudi težko razumejo. Lahko se pa zgodi tudi, da nekateri uberejo preveč neposreden pristop komunikacije, tako da ne izkažejo dovolj empatije in povzročijo dodatne nesporazume in komunikacijske šume, kar pa za bolnika ni ugodno (Globočnik Kukovica, 2016, p. 6).

Namen našega diplomskega dela je bil predstaviti pomen in vlogo paliativnega pristopa ter samo paliativno zdravstveno nego in ugotoviti, kolikšna je ozaveščenost le-te med prebivalci občine Cankova.

2 METODE

Uporabili smo kvantitativni pristop ter metodo deskripcije s študijem domače in tuje literature. V teoretičnem delu smo uporabili metodo opisovanja in povzemanja. V empiričnem delu smo uporabili metodo anketiranja. Podatki so bili pridobljeni z anketnim vprašalnikom, ki je vključeval vprašanja odprtega in zaprtega tipa. Po končanem zbiranju podatkov smo uporabili metodo analize, kjer smo podatke statistično obdelali ter jih predstavili s pomočjo grafov in tabel. Na koncu smo zapisali svoje ugotovitve, ki smo jih glede na postavljene hipoteze potrdili ali zavrgli. Anketni vprašalnik je bil oblikovan za potrebe raziskave in je zaobjemal 18 vprašanj odprtega in zaprtega tipa za prebivalce občine Cankova. Z njim smo ugotovili, kolikšen delež anketirancev pozna pomen paliativne zdravstvene nege.

V občini Cankova je skupaj 1.753 občanov (Statistični urad Republike Slovenije, 2021). Od tega je 867 občanov in 886 občank. Raziskava je potekala tako, da smo vprašalnike razdelili izbranim 100 občanom in občankam občine Cankova v fizični obliki. Anketiranci so bili dijaki, študenti, zaposleni, nezaposleni ter upokojniki. Sodelovanje je bilo prostovoljno, anketni vprašalniki so bili anonimni in sestavljeni v lastni režiji. Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu juniju 2022.

3 REZULTATI

RV 1: Ali anketirani poznajo pomen paliativne zdravstvene nege?

Anketirane smo povprašali, ali poznajo pomen paliativne zdravstvene nege. Z raziskavo smo ugotovili, da 52,0 % anketirancev pozna pomen paliativne zdravstvene nege, 24,0 % delno pozna, 24,0 % pa navaja, da ne pozna pomena.

RV 2: Ali so se anketirani v svojem življenju že srečali z umirajočo osebo?

Ugotovili smo, da se je 71,0 % anketirancev v svojem življenju že srečalo z umirajočo osebo, 29 % pa jih je navedlo, da s tem nimajo izkušnje.

RV 3: Koliko anketirancev bi se posluževalo paliativne oskrbe, v kolikor bi jo potrebovali?

Z raziskavo smo ugotovili, da bi se 68 % anketirancev posluževalo paliativne oskrbe, če bi jo potrebovali, le 6 % izprašanih je odgovorilo nikalno, 26 % anketirancev pa je ostalo neopredeljenih.

RV 4: V kolikšni meri je stopnja izobrazbe odvisna od poznavanja paliativne zdravstvene nege?

Ugotovili smo, da stopnja izobrazbe nima bistvenega vpliva na poznavanje paliativne zdravstvene nege.

4 RAZPRAVA

V anketi je sodelovalo 100 anketiranih oseb. Najmlajša anketiranka je stara 16 let, najstarejši anketiranec je star 89 let. Povprečna starost anketirancev je 42,2 let.

Pri pregledu izpolnjenih vprašalnikov smo ugotovili, da so prebivalci občine Cankova zelo slabo seznanjeni o pojmih paliativne nege. Tako le slaba polovica pozna njen pomen.

28,5 % anketirancev je pojem paliativna zdravstvena nega zasledilo preko medijev, ostali preko prijateljev in znancev, preko interneta in skozi prebiranje strokovnih knjig in člankov.

Prav tako nas je zanimalo, ali bi se anketiranci odločili za paliativno zdravstveno nego, v kolikor bi jo sami potrebovali. Kar 68 % anketirancev meni, da bi se je poslužili ob potrebi.

Pri vprašanju, kakšen je njihov odnos do umiranja, je kar 48,3% anketirancev odgovorilo, da gre za naraven proces, 18,3 % jih meni, da se pogovora in teme o umiranju izogne, če je le možnost, 13,3 % se teme ne boji, ostali o tem ne razmišljajo.

V občini Cankova se je 71 % anketirancev že srečalo z umirajočo osebo.

Velika večina anketirancev, kar 91,2 %, ki so na anketno vprašanje potrdili odgovor, da bi se sami poslužili paliativne zdravstvene nege, če bi jo potrebovali, bi želelo preživeti zadnje obdobje preostanka svojega življenja doma.

5 ZAKLJUČEK

Osebe, ki so sodelovale v raziskovalnem delu, so o paliativni oskrbi vedele zelo malo ali o njej še niso slišale. Nasploh je beseda umiranje še vedno velik tabu ali preplah, o katerem ljudje nočejo govoriti. Ugotovili smo, da je paliativni pristop še dokaj nov v zdravstvenem sistemu, kar pa ne pomeni, da je manj pomemben kot ostale veje v zdravstveni dejavnosti. To nas je zanimalo predvsem zato, ker smo bili mnenja, da je pojem paliative zelo slabo razširjen med populacijo, da je o tem premalo znanega, se o tem premalo govori, včasih pa imajo ljudje do te teme zadržan odnos. V raziskovalnem delu smo tako tudi ugotovili, da veliko ljudi o smrti in o umiranju ne želi razmišljati in se pogovoru o tej temi raje izognejo, v kolikor le imajo možnost. Tudi v Sloveniji se v zadnjih letih dogajajo veliki premiki na področju paliative, tako v zdravstvu kot tudi

na področju nevladnih organizacij, na primer Hospic in razna društva, se je pa potrebno na tem področju še dodatno razviti, da se bo moč primerjati z ostalimi državami po svetu.

V procesu umiranja in paliativne oskrbe je najbolj pomembno, da se vključuje multidisciplinarni zdravstveni tim, kar pripomore k temu, da je za bolnikove potrebe poskrbljeno na vseh področjih življenjskih aktivnosti. Tukaj je tudi ključna vloga medicinske sestre, ki je ob bolniku praktično od sprejema do izteka življenja. Medicinska sestra, ki deluje v paliativni zdravstveni negi, mora imeti na tem področju dobro znanje, se nenehno strokovno izobraževati, hkrati pa imeti pozitivne osebnostne lastnosti, predvsem dobre komunikacijske veščine in sposobnost empatije. Delo z umirajočimi ni naporno le za bolnike in svojce, temveč mnogokrat tudi za zdravstvene delavce, ki se v svojem vsakdanu srečujejo z izredno psihično napornimi situacijami. Zato so izrednega pomena tudi dobri medsebojni odnosi znotraj tima, medsebojno zaupanje, pomoč ter podpora.

S pomočjo anketnega vprašalnika smo tudi ugotovili, da bi največ anketirancev v primeru diagnosticirane neozdravljive bolezni skrbelo to, da bi bili v preveliko breme svojim bližnjim. Menimo, da bi bilo smiselno v državi vzpostaviti enote, ki bi izvajale oskrbo bolnikov v terminalni fazi. V teh paliativnih oddelkih bi delovali različni strokovnjaki iz zdravstvenega tima, ki bi bili ustrezno strokovno usposobljeni in imeli primerne komunikacijske in osebnostne lastnosti. V tem primeru ne smemo pozabiti tudi na usposobljenost za nudenje pomoči svojcem.

Usmerjati se moramo tudi na strokovno usposabljanje zdravstvenega tima, ki deluje na drugih področjih zdravstvene dejavnosti in bi prav tako morali dobro poznati vrste paliativne oskrbe, na primer ambulante družinske medicine, patronažna služba, dispanzerske dejavnosti in druge ambulante v sklopu primarne in sekundarne dejavnosti. Na ta način bi zagotovili večjo ozaveščenost lokalnega prebivalstva.

Kot medicinska sestra, kakor tudi na osebnem nivoju, bi si želela, da ima vsak človek enake možnosti, tudi ob izteku svojega življenja, da je za vse poskrbljeno enako kakovostno, ne glede na njihovo starost, spol, raso ali versko usmerjenost. Da nihče tega sveta ne bi zapuščal v trpljenju, bolečini in osami, temveč v miru in spokojnosti.

“Ni v tvoji moči, da bi odpravil smrt, lahko pa jo preobraziš v boljši način življenja” (Prebil, Mohar & Fink, 2010, p. 45).

LITERATURA IN VIRI

1. Černivec, J. (2014). Spoštovane udeleženke in udeleženci seminarja. Predgovor. In J. Hozjan (Ed). *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj, 33. strokovno srečanje*. (pp. 5). Lendava, 15. in 16. april 2014. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih.

2. Červek, J., Ravnjak, T., Štancar, K., & Zavratnik, B. (2011). Organizacija paliativne oskrbe na Onkološkem inštitutu Ljubljana. In U. Lunder (Ed). *Paliativna oskrba: zbornik, 9. Golniški simpozij 2011.* (pp. 21). Ljubljana, 3. oktober 2011. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
3. Moltara, E., Marjana Bernot, M., Benedik, J., Žist, A., Golob, N., Malačič, S., Kolšek-Šušteršič, M., Ivanetič Pantar, M., Koritnik, B., Meglič, A., & Krčevski-Škvarč, N. (2020). *Temeljni pojmi in predlagano izrazoslovje v paliativni oskrbi.* Ljubljana: Slovensko združenje paliativne in hospic oskrbe (13).
4. Golobočnik Kukovica, M. (2016). Sporočanje prognoze bolniku z napredovalo neozdravljivo boleznijo. In A. Simonič (Ed). *Komuniciranje v paliativni oskrbi: zbornik predavanj* (pp. 6). *Golnik, 27. oktober 2016.* Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik.
5. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (18.01.2002).* Uradni list RS, št. 4/02 (18.01.2022). Retrieved from: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NEZN196>
6. Lopuh, M. (2015). Oris načrta državne koordinacije – kje smo, kam gremo? In M. Ebert Moltara (Ed). *Slovenski kongres paliativne oskrbe »V luči dostojanstva življenja«.* (pp. 23). Ljubljana, 9. in 10. oktober 2015. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Slovensko združenje paliativne medicine SZD.
7. National Institute on Aging. (2021, May 14). *Justice served: What Are Palliative Care and Hospice Care? Retrived: Februar 22, 2023* from <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
8. Peternelj, A. (2010). Paliativna oskrba ne sme biti prezrta pravica pacientov z napredovalo kronično boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 2010 (3), 162. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2767>
9. Prebil, A., Mohar, P. Fink, A. (2010). *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega.* Ljubljana: Grafenauer (45, 127).
10. Ule, M. (2010). Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In B. Skela Savič, S. Hvalič Touery & B. M. Kaučič (Eds). *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: interaktivna konferenca z učnimi delavnicami: zbornik prispevkov z recenzijo.* (pp. 21). *Jesenice, 9. - 10. september 2010,* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

ZDRAVSTVENA NEGA STAREJŠIH OSEB S SRČNO-ŽILNIMI BOLENJI

HEALTH CARE OF ELDERLY PEOPLE WITH HEART DISEASES

Lea Jelen Anđelić

Lana Jelen Anđelić

viš. pred. Edvard Jakšič, mag. zdr. nege

Alma Mater Europaea – ECM, Oddelek za zdravstveno nego

lea.jelen@almamater.si

IZVLEČEK

V obdobju starosti pride do mnogih sprememb, predvsem pa starost pogosto zaznamujejo različna obolenja. Izkazalo se je, da so obolenja srca in ožilja pri starejših osebah ena izmed najpogostejših in povzročajo hude preglavice, ne le dotičnemu starostniku, vendar tudi svojcem, ter nazadnje predstavljajo obremenitev za zdravstveni sistem. Najpogostejša obolenja srca in ožilja v starosti predstavljajo: povišan krvni tlak, ateroskleroza, srčni infarkt, angina pectoris, srčno popuščanje, motnje srčnega ritma, endokarditis in bolezni ven. Starejše osebe se pri obolenju srca in ožilja pogosto srečujejo s simptomi, kot so: huda, pekoča bolečina za prsnico, dispneja, ortopneja, palpitacije in edemi. Kot glavni vzrok za mnoge srčno-žilne bolezni pri starejših osebah so aterosklerotične spremembe na žilju. Zdravstvena nega starejših oseb s srčnim obolenjem je primarno usmerjena v poučevanje in preprečevanje poslabšanja bolezni. Kljub temu, da s starostjo pride do sprememb na žilju, je izrednega pomena upoštevanje pravil zdravega načina življenja, saj se na tak način starejšim osebam zagotovi bolj kakovostno življenje v zadnjem življenjskem obdobju.

Ključne besede: starejše osebe, srčno obolenje, zdravstvena nega

ABSTRACT

Many changes occur during old age, and age is often characterised by various diseases. Cardiovascular diseases have been shown to be one of the most common diseases in the elderly, causing serious problems not only for the elderly person, but also for relatives, and ultimately placing a burden on the health care system. The most common cardiovascular diseases in old age are: high blood pressure, atherosclerosis, heart attack, angina pectoris, heart failure, heart rhythm disorders, endocarditis and venous diseases. Older people often experience symptoms of cardiovascular disease such as: severe burning pain behind the sternum, dyspnoea, orthopnoea, palpitations and oedema. Atherosclerotic changes in the blood vessels are the main cause of many cardiovascular diseases in the elderly. The primary focus of cardiac nursing care for older people with heart disease is to educate and prevent deterioration of the disease.

Although changes occur in the vasculature with age, it is of paramount importance to follow the rules of a healthy lifestyle, as this can help the elderly person to have a better quality of life.

Key words: *Elderly, heart disease, health care*

1 UVOD

Bolezni srca in ožilja so glavna zdravstvena težava starajočega se prebivalstva. Poleg že poznanega neodvisnega dejavnika tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni – starosti, sama šibkost, sladkorna bolezen in debelost še dodatno povečujejo rizik nastanka teh bolezni (Rodgers et al., 2019). S starostjo se spremeni struktura in posledično tudi samo delovanje srca in ožilja. Do sprememb pride tako na mikroskopski kot na makroskopski ravni. Tveganje za razvoj srčno-žilnih bolezni skozi leta čedalje bolj narašča (Kane & Howlett, 2018).

Z izvedenimi raziskavami o tem, kako se srce s staranjem spremeni, je bilo ugotovljeno, da na samo krhkost oziroma ranljivost starostnikov za pojav srčnega obolenja ne vpliva le kronološka starost, temveč so strukturne in funkcionalne spremembe srca tiste, ki se kažejo v procesu staranja. Le-te zvišajo nivo tveganja za nastanek teh bolezni (Kane & Howlett, 2018).

WHO (2020) pravi, da so vzrok približno 16 % vseh smrti na svetu srčno-žilna obolenja, število oseb s povišanim krvnim tlakom se je v zadnjih tridesetih letih zvišalo iz 650 milijonov na 1.28 bilijona oseb. Skoraj polovica teh oseb ni vedela, da ima povišan krvni tlak (WHO, 2021).

V članku smo želeli predstaviti glavne srčno-žilne bolezni pri starejših osebah in se osredotočiti na to, kakšna je zdravstvena nega pri posameznem obolenju.

2 SRČNO-ŽILNA OBOLENJA IN STAROSTNIK

Kot pravijo Fink, Jurčič & Kolar (2013), so najpogostejša obolenja v starosti povišan krvni tlak, ateroskleroza, srčni infarkt, angina pektoris, srčno popuščanje, motnje srčnega ritma, endokarditis in bolezni ven, med katere sodijo venska tromboza, tromboflebitis in krčne žile. Dejavnike tveganja, ki povzročijo, da pride do srčno-žilnih bolezni, so opredelili v naslednjem zaporedju:

- nepravilna prehrana, kamor sodi prehrana s premalo vlaknin, premastna in preslana hrana ter hrana s preveč sladkorja,
- premalo fizične aktivnosti,
- debelost,
- prekomerno pitje alkoholnih pijač,

- kajenje,
- povišan holesterol v krvi,
- sedeč način življenja,
- dedni dejavniki,
- duševne obremenitve.

Merzel & Šabovič (2017) menita, da je velika večina starostnikov izpostavljena tveganju za nastanek srčno-žilnih obolenj, to pa pripisujeta starosti. Pravita, da je pri starostnikih bolj pomembno upoštevati biološko starost, kot pa kronološko starost, predvsem pri zdravljenju srčno-žilnih obolenj.

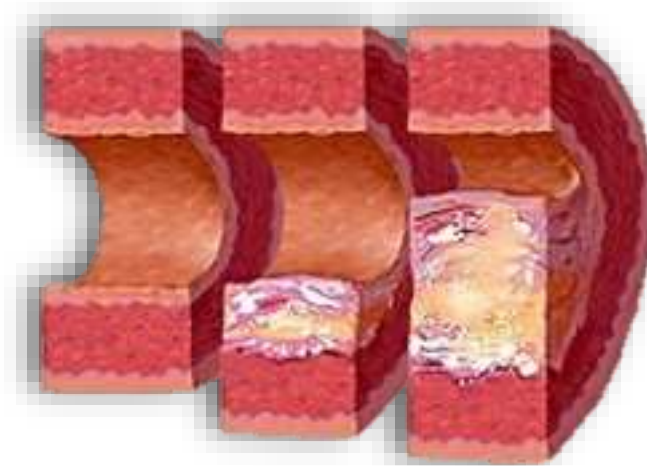
Simptomi bolezn srca in ožilja so (Fink et al., 2013):

- različne vrste bolečine (huda pekoča bolečina za prsnico, ki izvira v levo lopatico in se lahko širi na druge predele),
- dispneja – oteženo dihanje,
- ortopneja – oteženo dihanje, prisotno v ležečem položaju,
- omotica in nezavest,
- palpitacije – občutek preskakovanja srca,
- edemi (otekline) v gležnjih ali v predelu križa v ležečem položaju,
- cianoza – pomodrelost kože ali sluznic.

2.1 Ateroskleroza

Ateroskleroza je bolezen, pri kateri se žile, ki dovažajo svežo kri do srca, zamašijo s plaki, ki so pogosto povzročeni zaradi maščob. Ti arterijo sčasoma zožijo, lahko pa se tudi raztrgajo, kar pa povzroči strjevanje krvi in posledično zaporo arterije (Jug & Farkaš-Lainščak, 2016). Fink et al. (2013, p. 136) pravijo: »Če se zamaši ali zoži koronarna arterija, nastane srčni infarkt, če se zamaši arterija v možganih, nastane možganska kap, če se zamaši arterija, ki prehranjuje nogo ali črevo, nastane gangrena. V primeru, da se krvni strdek (tromb) odtrga in ga kri odnese s seboj na drugo mesto, kjer zamaši žilo, to imenujemo embolija«.

Pri zdravljenju ateroskleroze je izrednega pomena preventiva, kamor sodita tudi opustitev razvad ter redna kontrola vrednosti krvnega tlaka, maščob in glukoze v krvi. V primeru povišanja teh lahko zdravnik predpiše zdravila, kadar pa je prisotna popolna zapora žile, pa se izvede angioplastika, endarteriektomija in bypass – obvoz koronarnih žil. Pri zdravstveni negi bi lahko starejši osebi svetovali, da opusti razvade in se poslužuje hrane, ki vsebuje več sadja in zelenjave, manj maščob oziroma le-te omeji ter je telesno bolj aktiven (Fink et al., 2013).



Slika 1: Proces ateroskleroze (Vir: Zdravstveni.com)

2.2 Arterijska hipertenzija

Ko se posameznik stara, ožilje postane čedalje manj prožno, arterije, predvsem večje, postanejo toge in posledično pride do sprememb v krvnem tlaku (Kane & Howlett, 2018). O hipertenziji govorimo, kadar je sistolični krvni tlak najmanj 140 mmHg in diastolični krvni tlak več kot 90 mmHg. Povišan krvni tlak predstavlja velik javnozdravstveni problem, ki se najpogosteje pojavlja pri starejših osebah (Chobanian et al., 2003; Chaudhry, Krumholz, & Foody, 2004). Cifu & Davis (2017) menita tudi, da je krvni tlak treba opredeliti kot normalen (<120/80 mmHg), povišan (120-129/<80 mmHg), hipertenzijo prve stopnje (130-139/80-89 mmHg) ali hipertenzijo druge stopnje (140/90 mmHg).

Pomembno je, da vemo, da je povišan krvni pritisk lahko tudi rezultat nezdravega načina življenja. NIJZ (2022) trdi, da na arterijsko hipertenzijo vpliva prekomeren vnos natrija, ki negativno vpliva tudi na druge srčno-žilne bolezni in prispeva k nastanku možganske kapi.

Zdravljenje pri bolnikih brez ali z majhnim tveganjem za srčno-žilne bolezni se priporoča pri tlaku 140/90 mmHg ali več.

Pri zniževanju povišanega krvnega pritiska, razen posluževanja antihipertenzivne terapije, smernice močno podpirajo nefarmakološke postopke zaradi njihovega primarnega in dopolnilnega učinka pri zniževanju krvnega tlaka. Ti ukrepi vključujejo zmanjšanje telesne teže pri bolnikih s prekomerno telesno težo, zdravo prehrano za srce, kot je dieta z manj soli, dodajanje kalija, večjo telesno dejavnost in omejitev uživanja alkohola, kar kot zdravstveni delavci svetujemo starostniku (Cifu & Davis, 2017).

2.3 Srčni infarkt in angina pectoris

Do srčnega infarkta pri starejših osebah pride, ko kri preneha pravilno pritekati v del srca, srčna mišica pa je zaradi pomanjkljive oskrbe s kisikom poškodovana. Ena od koronarnih arterij, ki

oskrbuje srce s krvjo, se zamaši zaradi nestabilnega kopičenja oblog, belih krvničk, holesterola in maščob (Lu, Liu, Sun, Zheng & Zhang, 2015).

Glavni znaki srčnega infarkta so (Quah et al., 2014):

- dolgotrajna stiskajoča bolečina v sredini prsnega koša,
- bolečina, ki izžareva v levo stran vratu, roke, ramena ali čeljust,
- dispneja,
- omotica,
- slabost,
- mrzlica in potenje,
- šibek pulz,
- hladna in bleda koža.

Stewart, Chipperfield, Perry, & Hamm (2014) so naredili raziskavo, kjer so starostnike spraševali, zakaj menijo, da je pri njih prišlo do srčnega infarkta. Nekateri, ki so ga preboleli, so menili, da je do njega prišlo izključno zaradi starosti. Ugotovili so, da starostniki s takšnim odgovorom po prebolelem srčnem infarktu niso izvedli nobenih sprememb v življenjskem stilu (bolj zdrava prehrana, več gibanja). Iz tega izhaja sklep, da mnenje o starosti kot glavnem vzroku za srčni infarkt privede do tega, da se starostnik ne trudi izboljšati življenjskega stila, saj »s starostjo pač mora priti do bolezni«.

Pomembno je, da poznamo razliko med srčnim infarktom in angino pektoris. Medtem ko bolečina pri angini pektoris (stabilni) po zaužitju nitroglicerina izzveni, je pri srčnem infarktu drugače. Bolečina ne mine, stanje pa se poslabšuje, zato je potrebno nemudoma poiskati zdravniško pomoč (Mayo Clinic, 2023).

Zdravstvena nega pri angini pektoris je usmerjena v ozaveščanje o bolezenskem stanju in spremembah življenjskega sloga ter zdravljenje spremljajočih bolezni. Pri samem pojavu angine pektoris je potrebno starostnika namestiti v udoben položaj in poklicati nujno medicinsko pomoč (112). Nato je potrebno starostniku dati nitroglicerina, ga pomiriti ter izmeriti vitalne funkcije. Pri sumu na srčni infarkt pa je zelo pomembno pravočasno prepoznavanje znakov, po tem sledi enak postopek kot pri angini pektoris. V nadaljevanju je potreben stalen nadzor vitalnih funkcij ter nadzor aplikacije kisika. Starostnik mora mirovati, zato mu zagotovimo udoben položaj, pri prvem vstajanju pa se noge predhodno povijejo. Izvajanje intervencij po ostalih življenjskih aktivnostih temelji na tem, da čim bolj razbremenimo srce. Hrana bi naj bila lahko prebavljiva, starostnik pa naj bi imel čas posvečen počitku brez hrupa. Pomembno je tudi preprečevanje obstipacije, torej aplikacija odvajal, kadar je to potrebno (Fink et al., 2013).

2.4 Srčno popuščanje

Kasper & Knudson (2010, p. 22) pravita: »Srčno popuščanje je medicinsko poimenovanje za srce, ki je začelo trudoma opravljati svoje delo in ne zmore več zadovoljevati potreb telesa med normalno dejavnostjo«.

Pri starejših bolnikih s srčnim popuščanjem se pogosteje pojavljajo simptomi zmanjšane minutnega volumna srca, kot so utrujenost, šibkost, omotica in sprememba duševnega stanja. Dispneja ob naporu pri starejših ni zgodnji simptom. Pri starejših so atipične oblike kroničnega srčnega popuščanja veliko pogostejše kot pri mlajših bolnikih. Okužbe, ledvična bolezen, preobremenitev s tekočino, anemija in hipertenzija so spremljajoči dejavniki, ki lahko poslabšajo ali pospešijo pojav srčnega popuščanja pri starejših (Bader, Bassam, Brennan, Rola, & Mohammed, 2017).

Kasper & Knudson (2010) trdita, da se srčno popuščanje zdravi z zdravi, pomembno vlogo pa igra tudi zdrav način življenja, kjer posvečamo posebno pozornost prehrani z manj natrija. Za osebe s srčnim popuščanjem je priporočen vnos največ 1500 do 2000 mg natrija na dan. Hkrati bi bilo potrebno uživati več kalija, saj ga skozi urin izločimo do 90 %. Starejši ljudje s srčnim popuščanjem bi se morali izogibati le-tem, predvsem nenasičenim ali trans maščobam. Fink et al. (2013) poudarjajo pomembnost telesne dejavnosti – hitre hoje, rednega tehtanja ter merjenja bilance tekočin. Z merjenjem bilance tekočin ugotovimo zastoj tekočine v telesu. V primeru zastoja tekočine, če se pojavijo edemi, je potrebno omejiti vnos tekočine.

3 RAZPRAVA

Po pregledu literature o srčno-žilnih obolenjih med starostniki smo ugotovili, da le-ta predstavljajo velik zdravstveni problem. Ugotovili smo, da je ateroskleroza skupni imenovalec vsem drugim srčnim obolenjem. Fink et al. (2013) so zamašitev žil kot posledica ateroskleroze v različnih predelih telesa različno poimenovali, na podlagi tega sklepamo, da je ateroskleroza zelo kompleksna in starostniku predstavlja mnogo težav.

Presenetilo nas je, da med različnimi srčno-žilnimi obolenji opažamo dejavnike tveganja, ki so si med seboj v veliki meri podobni. Med najpogostejše dejavnike tveganja je spadala debelost ter povišane vrednosti holesterola. To nam pove, da so srčno-žilne bolezni v veliki meri povezane z življenjskim slogom. Ugotovili smo, da pri vseh bolezenskih stanjih lahko starostniku svetujemo, ostane pa na njemu samemu, če želi kaj spremeniti.

Po ugotovitvah (Rodgers et al., 2019) so srčno-žilne bolezni povezane s starostjo. Iz raziskave o tem, ali starost vpliva na razvoj srčnega infarkta, pa je bilo ugotovljeno, da starejše osebe pogosto pojavnost srčnega infarkta pripisujejo le starosti (Stewart et al., 2014). Takšno mišljenje

je pri starostnikih povzročilo upad volje do spremembe življenjskega sloga. Iz tega sklepamo, da ima dojemanje vzrokov za bolezen velik vpliv na odločitve starejše osebe.

Menimo, da je ozaveščanje o srčno-žilnih boleznih ključnega pomena, saj bi starostniki lahko imeli boljšo kakovost življenja, če bi pravočasno prepoznali težave ter postopali pravilno. Tudi zdravstveni delavci bi ob pravočasni prepoznavi težav lahko bolj učinkovito ukrepali.

4 ZAKLJUČEK

Starejše osebe se v obdobju staranja pogosto srečujejo s srčno-žilnimi obolenji, kot so arterijska hipertenzija, angina pectoris, srčno popuščanje in srčni infarkt. Pri posameznih srčno-žilnih obolenjih pri starostniku se pri zdravstveni negi zaznajo manjše razlike, a pri vseh je skupno ozaveščanje o zdravem načinu življenja in preventivi, da do hujših stanj ne pride. Ugotovili smo, da je bila sprememba v prehrani in gibanju ključnega pomena.

Po statistiki nam je jasno, da so srčno-žilne bolezni zelo razširjene in povzročajo mnogo težav, zato menimo, da je ozaveščanje o njih več kot smiselno. V nadaljnjih člankih ali raziskovalnih nalogah bi bilo zanimivo proučiti, kakšen vpliv imajo srčno-žilne bolezni pri starostnikih na družbo in zdravstveni sistem.

LITERATURA IN VIRI

1. Bader, F., Bassam, A., Brennan, F., L., Rola H., R. & Mohammed E., K. (2017). Heart failure in the elderly: ten peculiar management considerations. *Heart Failure Reviews*, 22(2): 219–228. <https://doi.org/10.1007/s10741-017-9598-3>
2. Chaudhry, S. I., Krumholz, H. M., & Foody, J. M. (2004). Systolic Hypertension in Older Persons. *JAMA*. 292(9): 1074-1080 <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/199333>
3. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., ..., Rocella E. J. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*, 289(19), 2560- 2572. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12748199/>
4. Cifu, A. S., & Davis A. M. (2017). Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA*. 318(21): 2132. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2664350>
5. Fink, A., Jurčič J., J., & Kolar J. (2013). *Zdravstvena nega starostnika: Učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: GRAFENAUER založba, d. o. o. (pp. 132, 133, 136-137, 143-149)
6. Jug, B. in Farkaš-Lainščak J. (2016). *Živeti z aterosklerozo*. Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

7. Kane, A. E., & Howlett S. E. (2018). Sex-Specific Analysis of Cardiovascular Function; Differences in Cardiovascular Aging in Men and Women. *Advances in experimental medicine and biology*, vol. 1065: 389–411. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77932-4_25
8. Kasper, E. K., & Knudson M. (2010). *Kako lahko dobro živimo s srčnim popuščanjem*. ARA založba d. o. o. (p. 22)
9. Lu, L., Min L., RongRong S., Yi Z., & Peiying Z. (2015). Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. *Cell Biochemistry and Biophysics*. 72(3): 865–867. <https://doi.org/10.1007/s12013-015-0553-4>
10. Mayo Clinic. (2023). Angina: Overview. Retrived from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/angina/symptoms-causes/syc-20369373>
11. Merzel, E. K., & Šabovič M. (2017). *Zdravo staranje in preprečevanje srčnožilnih dogodkov pri starostnikih*. In Brunc, M. & Gradecki I. (Eds.), *Starostnik in bolezn srca* (pp. 18–21), 12. Novo Mesto: Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini. https://www.researchgate.net/profile/Gregor-Veninsek/publication/318654725_Stari_ljudje_v_Sloveniji-populacijski_trendi_in_ocena_bioloske_starosti/links/5975e1880f7e9b4016ac62c2/Stari-ljudje-v-Sloveniji-populacijski-trendi-in-ocena-bioloske-starosti.pdf#page=18
12. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). <https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/srcno-zilne-bolezni/>
13. Quah, J. L. J., Yap, S., Cheah, S. O., Ng, Y. Y., Goh E. S., Doctor N., ... Ong, M. E. H., (2014). Knowledge of Signs and Symptoms of Heart Attack and Stroke among Singapore Residents. *BioMed Research International*, vol. 2014: 1–8. <https://doi.org/10.1155/2014/572425>
14. Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K., Karia, K., & Panguluri, S. K., (2019). Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *Journal of Cardiovascular Development and Disease* 6 (2). 10. <https://www.mdpi.com/2308-3425/6/2/19#>
15. Stewart, T. L., Chipperfield J. G., Perry, R. P., & Hamm J. M. (2014). Attributing heart attack and stroke to "Old Age": Implications for subsequent health outcomes among older adults. *Journal of Health Psychology*, 21(1): 40–49. Dostopno na: <https://doi.org/10.1177/1359105314521477>
16. World Health Organisation. (2020). *WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000–2019*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
17. World Health Organisation. (2021). *More than 700 million people with untreated hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>

PRIPRAVA PACIENTA NA GASTROSKOPSKO IN KOLONOSKOPSKO PREISKAVO

PATIENT PREPARATION FOR GASTROSCOPIC AND COLONOSCOPIC EXAMINATION

Ana Omerzel

Mateja Šimec, univ. dipl. org., pred.

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

ana.omerzel@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Za paciente sta gastroskopija in kolonoskopija lahko stresna izkušnja, zato je pomembno, da medicinska sestra odprto komunicira s pacientom, je odzivna, spoštljiva ter mu nameni prijazne in spodbudne besede. Pomembno je, da je pacient dobro informiran o preiskavi in da medicinska sestra poskrbi, da se bo sprostil in mu pomaga zmanjšati strah z dobro fizično in psihično pripravo. Namen raziskave je ugotoviti kakšna je priprava pacienta na gastroskopsko in kolonoskopsko preiskavo.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, raziskovanje je bilo kvalitativne narave, tehnika zbiranja podatkov pa intervjuvanje. V raziskavi je sodelovalo sedem medicinskih sester.

Rezultati: Pacienti pred preiskavo dobijo pisna navodila, na dan preiskave prejmejo tudi ustna navodila o poteku preiskave, razlago o počutju med preiskavo in zakaj je preiskava potrebna. Endoskopske preiskave so različne, zato je tudi za vsako endoskopsko preiskavo potrebna drugačna priprava. Na preiskave prihajajo pacienti fizično dobro pripravljene, psihično pa ne dovolj, kar se tudi najpogosteje kaže s strahom pri pacientih, povišajo se tudi izmerjene vrednosti vitalnih funkcij. Intervjuvanci paciente pomirijo s terapevtskim dotikom, s stiskom roke, s prijetno in spodbudno besedo ter pogovorom.

Diskusija in zaključek: Medicinske sestre, ki pripravljajo paciente na gastroskopske in kolonoskopske preiskave, morajo vedeti, kako pripraviti pacienta na endoskopske preiskave, zaznati, kdaj je paciente strah, jim nameniti spodbudne besede in jih znati pomiriti. Dobro pripravljen pacient pripomore k uspešno opravljeni gastroskopski in kolonoskopski preiskavi.

Ključne besede: gastroskopija, kolonoskopija, priprava pacienta, vloga medicinske sestre

ABSTRACT

Introduction: Colonoscopy and gastroscopy can be a stressful experience for patients, so it is important that the nurse can communicate openly with the patient, be responsive, and respectful, and that they always have kind and heartening words for the patient. It is important

that the patient is well informed about the examination, that the nurse makes sure that they are relaxed, and that the nurse helps them reduce their fear with good physical and mental preparation. The aim of the research is to find out how the patient is prepared for gastroscopic and colonoscopy examination.

Methods: *The descriptive method of work was used in the research, it was qualitative in nature, and interviewing was used as the data-collection technique. Seven nurses took part in the research.*

Results: *Before the examination, patients get written instructions. On the day of the examination, they also receive verbal instructions about the examination, an explanation of how they will be feeling during the course of the examination, and why the examination is necessary. There are many different kinds of endoscopic examinations, and before each kind of examination, a different preparation is necessary. Patients come to the examinations physically well prepared, but not so well prepared mentally, which is often manifested by the fear exhibited by the patients, and increased values of vital functions that are measured in the patients. Interviewees can placate the patient with a therapeutic touch, by holding their hand, with a kind and encouraging word, and by talking with them.*

Discussion and conclusion: *Nurses that prepare patients for gastroscopic and colonoscopic examinations must possess knowledge of how to prepare the patient for endoscopic examination, recognize when the patient is exhibiting fear, and use encouraging words to calm them down. A well-prepared patient contributes to a successful gastroscopic and colonoscopic examination.*

Keywords: *gastroscopy, colonoscopy, patient preparation, nurse's role*

1 UVOD

Endoskopske preiskave se v celoti izvajajo s specializiranimi endoskopskimi instrumenti (Gerganov & Samii, 2013), omogočajo diagnosticiranje in zdravljenje brez invazivnih operacij. Endoskopske preiskave so postopki preventivne narave, kot so pregledi, ali pa se lahko uporabijo kot pomoč pri dejanskem kirurškem posegu s pomočjo žično nadzorovanih priključkov (Mitchell, 2018).

Gastroskopija je postopek, pri katerem se s pomočjo endoskopa pregleda notranjost požiralnika, želodca in prvi del tankega črevesa. Med postopkom se endoskop z majhno kamero uvede skozi usta v želodec. Skozi endoskop je mogoče videti nepravilnosti, ki jih na rentgenskih posnetkih ni bilo mogoče zlahka prepoznati. Poleg ogleda tkiva sluznice je mogoče tudi odvzeti tkivo za analizo. Tkivo se neboleče odstrani s kleščami, ki se jih spusti po endoskopu (Gastroscopy – a guide to the test, b. d.). Kolonoskopija je najpogosteje izvajan endoskopski postopek in je najprimernejša metoda za odkrivanje kolorektalnega raka (Rastogi & Wani, 2017). Za izvedbo kolonoskopije se uporablja kolonoskop, ki prenaša sliko sluznice debelega črevesa.

Postopek preiskave traja približno 30–60 minut (Robinson, 2022). Ključnega pomena za uspešno kolonoskopijo je ustrezna priprava črevesja (Rastogi & Wani, 2017). Pred kolonoskopijo je treba očistiti debelo črevo, ker morebitni ostanki lahko otežijo dober pregled. Dan pred preiskavo se ne uživa trde hrane, pijače so omejene na navadno vodo, čaj in kavo brez mleka ali smetane. Treba se je tudi izogibati rdečim tekočinam, ki se med preiskavami lahko zamenjajo za kri. Večer pred preiskavo se vzame tudi odvajalo, glede terapije se pacient posvetuje z zdravnikom (Colonoscopy, 2022).

Za paciente je endoskopija stresna izkušnja (Balfe et al., 2015). Na preiskave prihajajo ljudje, ki so prestrašeni, predvsem žalostni, ker so se znašli v določenih težkih položajih. Vsi endoskopski posegi predstavljajo tveganje, ker so prisotni nekateri dejavniki, na katere ni mogoče vedno vplivati (Hekič, 2017). Pacienti od medicinskih sester pričakujejo empatijo, pozornost in spoštovanje, da so odzivne, prijazne in spodbudne, si vzamejo čas zanje, jih poslušajo in pokažejo zanimanje ter razumevanje za njihove potrebe (Bundgaard, Delmar, Nielsen & Sorensen, 2014).

Prvi korak, ki ga je treba izvesti, ko prispe pacient v endoskopsko enoto, je identifikacija pacienta (Kang & Hyun, 2013). Pacienta se na endoskopske preiskave pripravi fizično, psihično in administrativno (Hekič, 2014). Za opravljanje endoskopske preiskave mora biti pacient hemodinamsko stabilen (Drobne & Drnovšek, 2016). Pregled anamneze predstavlja osnovni korak pri zdravljenju pacientov (Kilinç & Meriç, 2022). Bistvene komponente fizičnega pregleda so pacientovi vitalni znaki in teža, avskultacija srca in pljuč, osnovna raven zavesti ter ocena dihalnih poti (Kang & Hyun, 2013). Dobra psihološka priprava je koristna za končne rezultate, ki se tudi kažejo pri bolečini (Bruce et al., 2016). Pred preiskavami so pacienti prestrašeni in zaskrbljeni. Bojijo se poteka preiskave, bolečin, težav z dihanjem in kako se bo preiskava končala (Duh et al., 2016). Del psihične priprave so vrste strategij, ki so namenjene vplivu na pacientovo počutje, mišljenje ali čustveno, spoznavno in vedenjsko delovanje (Bruce et al., 2016). K administrativni pripravi spada pisno soglasje pacienta (Hekič, 2014), ki predstavlja pacientovo izjavo svobodne volje (Marinič, 2016).

Za preiskavo zgornjega dela prebavnega trakta ni nujna posebna priprava, le od šest do osem ur pred preiskavo mora biti pacient tešč. Za pregled debelega črevesa ga je treba očistiti, za kar mora uživati odvajala (DerSarkissian, 2021). Če pacient prejme v lekarni zdravilo za čiščenje MOVIPREP, upošteva navodila uporabe, ki so priložena v škatli. Če se pacient čisti s sirupom X-PREP ali s slanico, mora biti pozoren na to, da teden pred preiskavo ne uživa pečkastega sadja, kot sta grozdje in kivi, prav tako ne sme uživati polnozrnatoga kruha. Nekaj dni pred preiskavo opusti še surovo zelenjavo, še posebej sadje in zelenjavo, ki ima rdeč olupek. Dan pred preiskavo je dovoljen lahek zajtrk in opoldne čista juha, kasneje hrane ne sme več uživati. Pacient lahko pije čaj, mineralno vodo in bistre sadne sokove. Opoldne pacient popije steklenico X-PREP sirupa s trikratno količino vode, popoldne v presledkih popije od enega do dva litra odprte mineralne vode. Na dan preiskave čiščenje začne že štiri ure pred predvideno

preiskavo tako, da v litru vode raztopi vrečko predpisanega praška, ki se v količini 2,5 decilitra popije v desetih minutah. Ob pojavu stolice se pitje lahko pospeši, pripravek pije, dokler ne odvajajo bistro, rumenkasto tekočino brez delcev blata (Kolonoskopija, b. d.).

Pomembno je, da se pacienti pred preiskavo sprostijo in se dobro pripravijo že z dobro informiranostjo in predstavo o tem, kako se bodo počutili pri določeni fazi preiskave (Naka, 2014). Pacient potrebuje informacije o namenu preiskave, kako se naj doma pripravi nanjo, kako bo potekala in o morebitnih nevarnostih ter neprijetnostih med preiskavo (Hekič, 2014). Preiskava bo lažje stekla, če se bodo pacienti v okolju počutili bolj domače. Bolj se bodo sprostili v lepem, urejenem okolju, če bo pacientu zagotovljena zasebnost in če bo v prostoru glasba, primerna preiskavi. Če je pacientu ponujena možnost, da ga med preiskavo spremlja svojec, to razumejo kot znak spoštovanja. S tem celotna endoskopska ekipa pridobi na zaupanju pacienta (Naka, 2014).

Hekič (2014) navaja, da je medicinska sestra tista, ki je odgovorna za pacientovo dobro počutje. Je spretna pri prepoznavanju pacientove stiske, hkrati ga zna pomiriti med neprijetnim postopkom. Ima pomembno vlogo pri celotnem posegu, ker pacienta psihično pripravi na postopek. Z dobro pripravo pacienta se postopek posledično lažje in hitreje izvede. Ključna vloga medicinske sestre je tudi, da ostane mirna v negotovih primerih, hitro ukrepa in pomaga pacientu, ki je med posegom prestrašen (Košnik, 2017).

2 METODE

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovanju, uporabljena je bila deskriptivna metoda. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani in analizirani primarni in sekundarni podatki.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature (Hekič, 2016; Naka, 2014; Robinson, 2022.). Predloga za intervju je bila sestavljena iz dveh delov, vsebovala je dvajset vprašanj. V prvem delu smo pridobili demografske podatke intervjuvancev, v drugem delu pa smo pridobili odgovore, ki so se nanašali na pripravo pacienta na gastroskopsko in kolonoskopsko preiskavo.

2.3 Opis vzorca

Vzorec je namenski, nenaključni in je vključeval sedem zdravstvenih delavcev, od tega šest žensk in enega moškega, ki sodelujejo pri pripravi pacientov na endoskopske preiskave. Štirje intervjuvanci imajo doseženo višješolsko izobrazbo, trije pa srednješolsko. Največ delovne dobe ima intervjuvanec z 38 leti delovne dobe, najmanj pa intervjuvanec s tremi leti delovne dobe. Trije intervjuvanci so zaposleni na oddelku, kjer pripravljajo paciente na endoskopske preiskave, in štirje intervjuvanci v gastroscopski in kolonoskopski ambulanti.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

K intervjuju so kandidati pristopili prostovoljno. Kandidatom je bila zagotovljena anonimnost in spoštovanje etičnih načel, ki veljajo za raziskovanje. Raziskava je potekala septembra 2022. Sodelujoči so pred sodelovanjem v raziskavi podpisali soglasje. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli s pomočjo mobilnega aparata. Tonske zapise smo po končanih intervjujih zapisali. Pridobljene podatke smo zbrali in analizirali.

3 REZULTATI

Intervjuvanci so povedali, da se pacienta pripravi na endoskopsko preiskavo s pogovorom (A6, A7) in se mu obrazloži postopek (A1, A7) ter namen preiskave (A1). Pacient prejme ustna (A1, A4, A5) in tudi pisna (A1, A5) navodila o poteku preiskave po pošti (A4). Pacienta se na preiskavo pripravi različno, odvisno, na katero preiskavo je namenjen (A3). Največ intervjuvancev je povedalo, da se pacienti na endoskopske preiskave pripravijo tako, da so tešči (A1, A2, A3, A7). Trije intervjuvanci so poudarili pomembnost čiščenja (A2, A3, A7) za kolonoskopijo. Intervjuvanec A2 je omenil čiščenje s sirupom COLOCLENS, intervjuvanca A2 in A7 pa čiščenje z mešanico MOVIPREP, intervjuvanec A7 še dodaja Donat in PLEN VU. Dan pred preiskavo naj uživajo lažjo hrano (A2, A3), čez dan pa nadaljujejo brez hrane z mineralno vodo ali čisto juho (A2). Intervjuvanec A3 je dodal, da teden pred kolonoskopijo pacient ne sme uživati nič koščičastega ali česarkoli, kar bi se zalepilo na črevo in ga zaprlo. Pacient mora biti vitalno stabilen (A1), dva intervjuvanca sta poudarila pomen ureditve antikoagulantne terapije (A1, A7) ter da morajo pacienti pred endoskopsko preiskavo odstraniti zobno protezo (A1, A2).

Trije intervjuvanci (A1, A3, A7) menijo, da pacienti prihajajo dobro pripravljene na endoskopske preiskave. Intervjuvanca A4 in A5 menita, da so mlajši bolje pripravljene, starejši slabše, intervjuvanec A6 dodaja, da so slabše pripravljene tudi pacienti s tujim državljanstvom. Intervjuvanec A2 je omenil, da so pacienti fizično dobro pripravljene na endoskopske preiskave, psihično pa slabše.

Intervjuvanci so nam povedali, da je paciente pred endoskopskimi preiskavami strah (A2, A3, A4, A5, A6, A7), ki je prisoten zaradi preiskave (A4, A7), bolečine (A2) in diagnoze (A2, A4). Intervjuvanec A1 dodaja, da so občutki pacientov pred endoskopskimi preiskavami različni in odvisni od pacienta. Intervjuvanec A3 omeni napetost in nelagodje, intervjuvanec A7 še tesnobo.

Za pomiritev pacienta pred gastroscopsko in kolonoskopsko preiskavo največ intervjuvancev uporablja pogovor (A2, A3, A4, A7), povedali pa so tudi, da ponovno razložijo potek preiskave (A1, A2), s pomočjo skript (A1) in brošur (A1). Za pomiritev uporabijo tudi sedacijo (A4, A7) in splošno anestezijo (A4, A7). Intervjuvanec A5 meni, da je najpomembnejša psihična priprava, da se pacienta omehča skozi smeh, intervjuvanec A6 dodaja nasmeh, prijetno besedo in spodbudo. Intervjuvanca A5 in A2 poudarjata fizično pomiritev, s stiskom roke, da pacient začuti, da ima oporo.

4 RAZPRAVA

Z raziskavo nas je zanimalo, kako poteka priprava pacientov na gastroscopsko in kolonoskopsko preiskavo. S odgovorov intervjuvancev, ki so sodelovali v raziskavi ugotavljamo, da se pacienta na načrtovano gastroscopsko in kolonoskopsko preiskavo pripravi tako, da se pacientom po pošti pošlje navodila o pripravi. Na dan preiskave se pacienta pripravi s pogovorom, ki najprej poteka z zdravnikom, kasneje pa tudi z medicinsko sestro. S pomočjo odgovorov intervjuvancev, ki so sodelovali pri preiskavi smo ugotovili tudi, da se pacienti mnogokrat obračajo na medicinske sestre, za dodatne informacije. Pacientu je pomembno pojasniti, zakaj je preiskava potrebna, da se sama preiskava izvede pa je tudi pomembno, da je pacient hemodinamsko stabilen.

Gnezda Mugerli (2016) navaja, da je pred načrtovano endoskopsko preiskavo treba poučiti pacienta o začasni prekinitvi prejetanja terapije proti strjevanju krvi. Pacient se o prenehanju prejetanja terapije posvetuje z zdravnikom. Ugotovili smo, da se s terapijo priporoča prenehati 48 ur pred posegom, s ponovnim uživanjem pa začne pacient 48-72 ur po preiskavi.

S pomočjo odgovorov naših intervjuvancev smo ugotovili, da je priprava pacienta na preiskavo odvisna od tega, na katero preiskavo je pacient namenjen. Intervjuvanci so poudarili, da je pri gastroscopiji pomembno, da se pacientom iz ust odstrani zobno protezo, pacienti brez proteze pa dobijo ščitnik za usta, ki zaščiti sobe. Z odgovorov intervjuvancev naše raziskave smo ugotovili, da je pri gastroscopiji pomembno, da je želodec prazen vsaj šest do osem ur pred preiskavo. S pomočjo naše raziskave smo ugotovili, da je za izvedbo kolonoskopije najpomembnejše, da je pacientovo debelo črevo očiščeno. Intervjuvanci so omenili pripomočke za čiščenje, ki se jih uporablja po navodilu proizvajalca. Pomembno je tudi, da so pacienti pozorni na samo prehrano pred preiskavo, ter da teden pred preiskavo ne uživajo

pečkastega sadja, polnozrnatega kruha, ter ostalih živil, ki vsebujejo karkoli bi se lahko prilepilo na črevo in ga zaprlo.

Pri endoskopskih preiskavah je pomembno, da se pacienti pred preiskavo sprostijo, da se pred tem pacienta dobro informira, kako se bo v posamezni fazi preiskave počutil (Naka, 2014). Z raziskavo smo ugotovili, da na preiskave pacienti prihajajo fizično dobro pripravljene, psihično pa slabše. Ugotovili smo tudi, da intervjuvane medicinske sestre hitro opazijo pacientovo nelagodje pred začetkom same preiskave, pacienta pa največkrat potolažijo s toplo besedo, stiskom roke ter tako, da pacientom še enkrat ponovijo kako bo postopek potekal. Z raziskavo smo ugotovili, so pacienti pred samo preiskavo pod vplivom stresa, ter da se pred preiskavo bojijo neznanega. Za nadzor tesnobe med preiskavami so na voljo medicinske in nemedicinske metode. Pri uporabi medicinskih metod je paciente treba obvestiti o možnih stranskih učinkih (Behrouzian et al., 2017). intervjuvanci so omenili, da za pomiritev pacienta občasno uporabijo sedacijo in splošno anestezijo.

5 ZAKLJUČEK

Endoskopija je preiskava, pri kateri se s pomočjo instrumenta opazuje površine votlih organov. Je invazivna preiskava, med katero je mogoče odvzeti vzorce tkiva in jih poslati za nadaljnje preiskave. Gastroskopija je postopek, pri katerem se s pomočjo endoskopa pregleda notranjost požiralnika, želodca in prvi del tankega črevesja. Pri kolonoskopiji se gre za pregled sluznice debelega črevesa. Ključnega pomena pri obeh preiskavah je ustrezna priprava pacienta na izvedbo preiskave.

Pacienta se na endoskopske preiskave pripravi psihično, fizično in administrativno. Če je nujno, pred preiskavo pacient opravi dodatne preiskave, s katerimi se preveri, ali je dovolj hemodinamsko stabilen, da bo lahko prestal endoskopsko preiskavo. Endoskopske preiskave so za paciente stresne, ker so se znašli v težkih situacijah, kjer imajo medicinske sestre ključno vlogo, da pacienta s primerno komunikacijo znajo pomiriti. Pacient dobi vse informacije, ki jih potrebuje za endoskopsko preiskavo, se ga ne zavaja in se mu vedno pove resnico. Če je pacient dobro psihično pripravljen, bo lažje sodeloval, pa tudi preiskava bo manj boleča.

Z našo raziskavo ugotavljamo, da če je pacient dobro pripravljen na endoskopsko preiskavo ter ima ob sebi tim, ki mu zaupa in lahko z njim sodeluje, se vse dobro konča. Že pred endoskopsko preiskavo je pacientom neprijetno, s pomočjo odgovorov intervjuvancev, ki so sodelovali v naši raziskavi smo ugotovili, da med endoskopskimi preiskavami lahko doživljajo napade panike. Medicinske sestre, ki delujejo v endoskopskih ambulantah, se vsakodnevno srečujejo s prestrašenimi pacienti, ki potrebujejo tolažbo pred začetkom preiskave. Pomembno je, da medicinske sestre z leti ne postanejo otopele, temveč se še toliko bolj zavedajo pomembnosti

svoje vloge ter postanejo še bolj empatične in še bolj prepoznajo pacientovo stisko in ga s pogovorom ter stiskom roke potolažijo in pripravijo na endoskopsko preiskavo, ki je pred njimi.

Za boljše rezultate bi bilo potrebno opraviti raziskavo na večjem vzorcu. Izboljšati bi bilo treba psihično preiskavo pacientov, s katero bi se zmanjšal strah pacientov pred preiskavami, endoskopska preiskava pa bi bolje stekla. Ugotovili smo tudi, da na endoskopske preiskave prihajajo starejši pacienti slabše pripravljeni. Menimo, da bi bilo starejšim pacientom treba posvetiti še dodatno pozornost in jih podučiti o pravilni pripravi na endoskopske preiskave. Skozi raziskavo ugotavljamo, da ima medicinska sestra pri pripravi na endoskopske preiskave nepogrešljivo vlogo. Pacienti se nenehno obračajo nanje, ker se zavedajo, da so jim na voljo in jim dajejo vso potrebno podporo. Dodamo lahko tudi, da je medicinska sestra osredotočena na odnos s pacientom, ki je usmerjen k razumevanju pacienta. Tega se obravnava celostno, pomembno je tudi, da začuti, da mu je medicinska sestra na voljo in ga z ustrezno komunikacijo pomiri ter s kakšno šalo sprosti. Morda se premalokrat zavedamo, da so se pacienti znašli v negotovi situaciji in takrat jim vsaka majhna pozornost ter topla beseda pomenita veliko. Medicinske sestre ne smejo pozabiti, da je njihova vloga še kako pomembna pri pacientih, ki so negotovi, in da nikoli ne vedo, kdaj se lahko znajdejo v vlogi pacienta.

LITERATURA IN VIRI

1. Balfe, P., Corrigan, G., Hackett Brennan, M., Nessim, G., Singh, C. & Toomey D. P. (2015). Effective communication enhances the patients' endoscopy experience. *Irish Journal of Medical Science*, 185 (1), 203–214.
2. Behrouzian, F., Nassiryian, M., Nematpour, S., Sadrizadeh, N., Seyedian, S., S., & Zadeh, A., J., F. (2017). The Effect of Psychological Preparation on the Level of Anxiety before Upper Gastrointestinal Endoscopy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(7), 1–4. 10.7860/JCDR/2017/24876.10270
3. Bruce, J., Byrne Davis, L. M., Johnston, M., Manyande, A., Osmer, C., Powell, R. et al. (2016). *Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5. 10.1002/14651858.CD008646.pub2
4. Bundgaard, K., Delmar, C., Nielsen K. B. & Sorensen, E. E. (2014). The best way possible! A fieldwork study outlining expectations and needs for nursing of patients in endoscopy facilities for short-term stay. *Caring Sciences*, 28, 164–172.
5. *Colonoscopy*. (18. 5. 2022). Pridobljeno s <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/colonoscopy/about/pac-20393569>.
6. DerSarkissian, C. (26. 8. 2021). *Digestive diseases and endoscopy*. Pridobljeno s <https://www.webmd.com/digestive-disorders/digestive-diseases-endoscopy>
7. Duh, Š., Košnik, M., Mohorič, S. & Petrinc Primožič, M. (2016). Vpliv sedacije na bolnika po opravljeni bronhoskopiji. In T. Gjergjek (ed.), *Znanje v sodobni endoskopiji* (str. 51–55). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji

8. *Gastroscopy – A Guide to the Test.* (b.s.). Pridobljeno s <https://www.nlg.nhs.uk/resources/gastroscopy-a-guide-to-the-test/>.
9. Gerganov, V. M. & Samii, A. (2013). The Dedicated Endoscopic Operating Room. *World Neurosurgery*, 79 (2), 19–22.
10. Gnezda Mugerli, D. (2016). Bolnik z antikoagulacijskim zdravljenjem in endoskopski posegi. In T. Gjergjek, (ed.), *Znanje v sodobni endoskopiji* (str. 36–40). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji.
11. Hekič, B. (2014). Pomen in vloga navodil pri endoskopskih preiskavah. V T. Gjergjek, (ed.), *Skrb za varnost in dobro počutje pacientov v endoskopiji* (str. 33–35). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji.
12. Hekič, B. (2017). Crohnova bolezen skozi oči endoskopije. In T. Gjergjek (ed.), *Endoskopija in krvavitve* (str. 62–64). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji.
13. Kang, S. H. & Hyun, J. J. (2013). Preparation and patient evaluation for safe gastrointestinal endoscopy. *Clinical Endoscopy*, 46(3), 212–218. 10.5946/ce.2013.46.3.212
14. *Kolonoskopija.* (b. d.). Pridobljeno s https://www.kclj.si/dokumenti/KOLOSKOPIJA_1.pdf
15. Košnik, M. (2017). Krvavitev iz dihal. In T. Gjergjek, (ed.), *Endoskopija in krvavitve* (str. 40–43). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji.
16. Marinič, M. (2016). *Zdravstvena dokumentacija in pravica do zasebnosti*. Ljubljana: Morel tiskovna agencija.
17. Mitchell, E. (8. 6. 2018). *Endoscopy and Infection Risk*. EOSCU. Pridobljeno s <https://blog.eoscu.com/blog/endoscopy-and-infection-risk>.
18. Naka, S. (2014). Vloga medicinske sestre pri zmanjševanju anksioznosti pri pacientu med endoskopsko preiskavo. In T. Gjergjek, (ed.), *Skrb za varnost in dobro počutje pacientov v endoskopiji* (str. 46–48). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v endoskopiji.
19. Rastogi, A. & Wani, S. (2017). Colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 85 (1), str. 59–66.
20. Robinson, J. (26. 1. 2022). *Colonoscopy*. Pridobljeno s <https://www.webmd.com/colorectal-cancer/colonoscopy-what-you-need-to-know>.

USTREZNA UPORABA OBLOG PRI KRONIČNIH RANAH

THE USE OF MODERN WOUND DRESSINGS IN THE TREATMENT OF CHRONIC WOUNDS

Tjaša Šorli

Kristina Rakuša Krašovec, viš. pred.

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

sorli.tjasa@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Rana predstavlja motnjo v kontinuiteti epitelija kože ali sluznice. Razdelimo jih na akutne in kronične rane. Pri kroničnih ranah je celjenje ovirano zaradi prisotnosti okužbe in povečane količine izločka. Namen raziskave je bil raziskati oskrbo kroničnih ran z uporabo sodobnih oblog.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Vzorec je bil priložnosten, v njem je sodelovalo 138 anketirancev. Raziskava je potekala med zdravstvenimi delavci, ki so zaposleni v različnih zdravstvenih ustanovah.

Rezultati: Izsledki raziskave so pokazali, da se 47 % anketirancev s kroničnimi ranami srečuje vsak dan, 25 % pa 1-krat na teden. Kar 48 % anketirancev ocenjuje, da imajo dobro znanje o kroničnih ranah ter 32 %, da je njihovo znanje zadovoljivo. Oskrbo kronične rane najpogosteje izvaja diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik, za kar se je odločilo kar 50 % anketirancev, 30 % pa za tehnika zdravstvene nege. Velika večina naših anketirancev meni, da je potrebno več edukacije na temo kroničnih ran in sodobnih oblog.

Diskusija in zaključek: Ugotavljamo, da imajo izvajalci zdravstvene nege dobro znanje o kroničnih ranah in o sodobnih oblogah, njihovo mnenje je, da so potrebna dodatna izobraževanja glede uporabe oblog pri različnih ranah in da je treba oblogo prilagoditi stanju rane v tistem trenutku glede na videz, izloček in morebitno okužbo.

Ključne besede: medicinska sestra, kronične rane, rane, oskrba, sodobne obloge.

ABSTRACT

Introduction: A wound represents a break in the continuity of the epithelium of the skin or mucosa. We divide them into acute and chronic wounds. In chronic wounds, healing is hindered by the presence of infection and an increased amount of exudate. The aim of this study was to investigate the management of chronic wounds with modern wound dressings.

Methods: The study was based on a quantitative research approach. It was a random sample in which 138 individuals participated. The survey was conducted among healthcare professionals employed in various medical facilities.

Results: Survey results indicate that 47% of respondents deal with chronic wounds on a daily basis and 25% deal with them once a week. As many as 48% of respondents estimate that they have a good knowledge of chronic wounds and 32% estimate that their knowledge is satisfactory. Chronic wound care is most often provided by a registered nurse (50% of respondents), and 30% by a nurse practitioner. The vast majority of respondents believe that more education is needed on the topic of chronic wounds and modern wound dressings.

Discussion and Conclusion: We find that nurses have a good knowledge of chronic wounds and modern wound dressings. They believe that additional education is needed on the use of dressings for different wounds and that the dressing should be adjusted to the condition of the wound at that time, based on appearance, discharge, and possible infection.

Keywords: nurse, chronic wounds, wounds, nursing, modern dressings.

1 UVOD

Rana je definirana kot motnja v kontinuiteti epitelija kože ali sluznice in je posledica fizične ali toplotne poškodbe. Glede na čas celjenja jih delimo na akutne in kronične rane (Dhivya, Padma & Santhini, 2015).

Kronične rane se glede na akutne celijo bistveno daljši čas, saj se med zdravljenjem pojavijo okužbe in povečane količine izločka (Mertelj, 2014). Celijo se po odprti poti (per secundam) s pomočjo granulacijskega tkiva (Alikadič, Pirš & Smrke, 2016). Med tipične kronične rane prištevamo golenjo razjedo (venska, arterijska), rano na diabetičnem stopalu, opeklinsko rano, razjedo zaradi pritiska in maligno rano (Planinšek Ručigaj, 2014).

Pri negi rane igrajo ključno vlogo trije postopki, ki pomagajo izboljšati celjenje kronične rane, in sicer debridement, irigacija ter čiščenje (Wilkins & Unverdorben, 2013). Debridement je v osnovi proces odstranjevanja mrtvega tkiva oziroma nekroz (Huljev, 2014), irigacija pa spiranje rane s tekočino pod pritiskom in čiščenje, ki je opredeljeno kot nežen nanos tekočine na rano (Wilkins & Unverdorben, 2013). Namen raziskave je bil raziskati oskrbo kroničnih ran z uporabo sodobnih oblog.

Z raziskavo smo dobili odgovore na raziskovalna vprašanja:

1. Kako izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo svoje znanje o kroničnih ranah in sodobnih oblogah?
2. Kakšno je znanje izvajalcev zdravstvene nege o oskrbi kroničnih ran?
3. Kakšno je stališče izvajalcev zdravstvene nege glede dodatnih izobraževanj o kroničnih ranah in sodobnih oblogah?
4. S katerimi kroničnimi ranami se izvajalci zdravstvene nege najpogosteje srečujejo?
5. Kakšna je oskrba najpogostejših kroničnih ran?

6. Katere sodobne obloge izvajalci zdravstvene nege najpogosteje uporabljajo pri oskrbi kroničnih ran?
7. Kateri izvajalci zdravstvene nege najpogosteje izvajajo oskrbo kroničnih ran?
8. Kateri so morebitni predlogi izvajalcev zdravstvene nege, ki bi pripomogli k boljši oskrbi kroničnih ran?

2 METODE

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu ter deskriptivni metodi. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Vir podatkov je bil tudi pregled domače in tuje literature ter internetnih baz (bibliografske baze podatkov, PubMed, Cobiss, Cinahl).

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature.

Vzorec je bil priložnostni, vanj pa je bilo vključenih 138 izvajalcev zdravstvene nege, ki so zaposleni v različnih zdravstvenih ustanovah na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Potekalo je po odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje, na domeni www.lka.si. Anketiranje je potekalo julija 2022. Povabilo za raziskavo je bilo objavljeno na družabnem omrežju Facebook. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno. Zagotovljena je bila anonimnost. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 REZULTATI

Skoraj polovica anketirancev, 65 (47 %), je navedla, da se s kroničnimi ranami srečujejo vsak dan. Anketiranci v grobem ocenjujejo, da imajo o kroničnih ranah in sodobnih oblogah dobro znanje, za kar se jih je odločilo 66 (48 %), vendar jih je 44 (32 %) mnenja, da imajo zadovoljivo znanje, sledi 20 (14 %) anketirancev z zelo dobrim znanjem, le 8 (6 %) pa jih meni, da imajo slabo znanje. Nihče izmed anketiranih se ni odločil, da ima zelo slabo znanje o kroničnih ranah in sodobnih oblogah.

Zanimalo nas je, kakšno je znanje zdravstvenih delavcev o kroničnih ranah, zato smo anketirance prosili, naj izberejo trditve, ki opisujejo kronične rane. Velika večina anketirancev, 78,3 %, se je odločila, da je kronična rana tista, pri kateri celjenje traja 3 mesece ali več.

6,5 % se jih je odločilo, da je to rana, ki se celi sekundarno in 50 %, da gre za rano, ki se ne zaceli v šestih do osmih tednih. 7,2 % jih meni, da se kronična rana zaceli v štirih do šestih tednih in 6,5 %, da je to rana, ki se celi primarno.

S pomočjo Likertove lestvice stališč smo ocenili mnenje anketirancev o posameznih trditvah. Likertova lestvica je vsebovala ocene od 1 do 5, pri čemer 1 pomenilo nikakor se ne strinjam, 2 ne strinjam se, 3 ne morem se opredeliti, 4 strinjam se in 5 popolnoma se strinjam. Ob tem je bila izračunana povprečna vrednost (\bar{x}). Anketiranci menijo, da zdravstveni delavci lahko preprečijo razjedo zaradi pritiska ($\bar{x} = 4,2$) in da ima edukacija ključno vlogo pri preprečevanju nastanka rane na diabetičnem stopalu ($\bar{x} = 4,2$), vendar je nižja ocena pri mnenju, da je maligna rana ozdravljiva ($\bar{x} = 3,0$) ter pri tem, da sodobno oblogo predpiše zdravnik ($\bar{x} = 3,5$). Vendar se visok odstotek anketiranih ne strinja glede uporabe vodikovega peroksida pri vsaki kronični rani ($\bar{x} = 2,1$), enakega mnenja so tudi pri tem, da je najboljša primarna obloga gaza ($\bar{x} = 1,8$).

Anketiranci se najpogosteje srečujejo z razjedo zaradi pritiska s 55,8 %, sledi ulcus cruris z 41,3 %, diabetična razjeda z 21,7 % in maligna rana, ki predstavlja le 2,9 %. Nekateri so navedli tudi vnete rane po poškodbah, rane po operacijah, ki se ne celijo, rane, ki se celijo per secundam, okužene rane po operacijah in rane povzročene zaradi hude infekcije.

Anketirance smo prosili, naj napišejo tekočine za čiščenje ran, kjer so imeli sami možnost navesti odgovor. Pri čiščenju ran anketiranci najpogosteje uporabljajo fiziološko raztopino oziroma 0,9 % NaCl, ki prevladuje s 83,3 %. Sledi mu Prontosan z 29 % in vodikov peroksid z 10,9 %. Anketiranci so navedli, da za čiščenje ran uporabljajo tudi jod, vodo in milo, Ringerjevo in Hartmannovo raztopino, Ofenosept, Cutasept, Microdacyn, Granudacyn in antiseptike.

Pri oskrbi kroničnih ran najpogosteje uporabljajo poliuretanske pene z 42 %, sledijo jodove obloge s 23,1 % in alginati z 18,1 %, vendar pa je mogoče zaslediti tudi uporabo medenih oblog, hidrogelov, hidrokolidov, srebrovih oblog, vazelinskih mrežic in poliuretanskih filmov.

S pomočjo Likertove lestvice stališč smo ocenili mnenje anketirancev o posameznih trditvah. Likertova lestvica je vsebovala ocene od 1 do 5, pri čemer 1 pomenilo nikakor se ne strinjam, 2 ne strinjam se, 3 ne morem se opredeliti, 4 strinjam se in 5 popolnoma se strinjam. Ob tem je bila izračunana povprečna vrednost (\bar{x}). Anketiranci menijo, da so za oskrbo kroničnih ran potrebna dodatna izobraževanja ($\bar{x} = 4,5$) in da ima prehrana pomembno vlogo pri celjenju ran ($\bar{x} = 4,3$), nižja ocena pa je pri opredelitvi, da imajo za oskrbo kroničnih ran dovolj znanja ($\bar{x} = 3,2$). Še nižje so ocenili trditve, da imajo vse vrste kroničnih ran enako oskrbo ($\bar{x} = 1,6$), da je pri oskrbi pomembna samo medicinska sestra, zdravnik pa ne igra pomembne vloge ($\bar{x} = 1,8$), pri tem, da lahko vsako sodobno oblogo uporabimo pri vsaki kronični rani ($\bar{x} = 1,6$) ter, da je oskrba kroničnih ran enostavna ($\bar{x} = 1,4$).

V 103 od 207 (50 %) odgovorov je bilo podano mnenje, da kronične rane oskrbuje diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik, 62 (30 %) za tehnika zdravstvene nege, 26 (13 %) pa za tehnika zdravstvene nege s specialnimi znanji. Nekdo izmed anketiranih je zapisal, da pri njih kronične rane oskrbuje koordinator za kronične rane.

Na koncu ankete smo anketirance prosili, naj navedejo predloge, ki bi pripomogli k boljši oskrbi kroničnih ran. Velika večina izvajalcev zdravstvene nege, tj. kar 87, je navedlo, da so potrebna dodatna izobraževanja zdravstvenega osebja o kroničnih ranah in sodobnih oblogah z dodatnimi delavnicami, poudarjajo tudi, da je pomembna edukacija pacientov. Prav tako so navedli, da bi bilo treba izobraziti zdravnike glede uporabe sodobnih oblog, 32 poudarja pomen preventive, da ne bi prišlo do razvoja kroničnih ran. Menijo tudi, da sta pomembni pravilna uporaba in dostopnost sodobnih oblog.

4 RAZPRAVA

Izvajalci zdravstvene nege ocenjujejo, da imajo o kroničnih ranah v glavnem dobro znanje, saj je svoje znanje kot zelo dobro ali dobro ocenilo 86 (62 %) anketiranih, kot slabo pa le 8 (6 %). Dobro je tudi, da so kritični, saj kar 44 (32 %) anketirancev meni, da imajo le zadovoljivo znanje. Vendar pa je ocena lastnega znanja subjektivna, saj izvajalci zdravstvene nege sami po svoji presoji ocenijo, kakšno je njihovo znanje. Za ugotavljanje dejanskega znanja pa je potrebno preverjanje le-tega. King (2000) navaja, da so že v preteklosti različni raziskovalci poskušali meriti znanje medicinskih sester o ranah, njihovem celjenju in izbiri oblog, vendar so bile te raziskave šibko oblikovane in ni bilo dovolj informacij o strategiji vzorčenja.

Dobro znanje anketiranih so pokazali odgovori na vprašanje o tem, kdaj govorimo o kronični rani ter o razliki med kronično in akutno rano. Definicijo kronične rane pozna več kot 90 % vprašanih in le nekaj odstotkov je napačno potrdilo, da se kronična rana zaceli v štirih do šestih tednih in da se celi primarno.

Anketiranci so predlagali, da bi bila smiselna izobraževanja o najnovejših sodobnih oblogah, in sicer katere obloge sodijo na določeno rano, kakšna je njihova pravilna uporaba in kako dolgo lahko ostanejo na rani. Lahko zaključimo, da je njihovo stališče glede dodatnih izobraževanj pozitivno. Širjenju novih znanj na tem področju je namenjeno tudi Društvo za oskrbo ran, ki stremi k poenotenju smernic o oskrbi ran (O Društvo, 2022). Glavna prednost društva je, da organizira strokovna izobraževanja s področja zdravljenja in oskrbe ran ter tudi širi znanje med izvajalce zdravstvene nege.

Izvajalci zdravstvene nege so enotnega mnenja, da med najpogostejše kronične rane sodijo razjeda zaradi pritiska, rane na diabetičnem stopalu in golenje razjede. Planinšek Ručigaj (2014)

navaja, da med tipične kronične rane spadajo golenja razjeda (arterijska in venska), rana na diabetičnem stopalu, opeklinska rana, razjeda zaradi pritiska in maligna rana.

Ugotovili smo, da izvajalci zdravstvene nege pri oskrbi kroničnih ran najpogosteje uporabljajo poliuretanske pene, jodove obloge in alginate, vendar pa menijo, da je treba uporabo obloge prilagoditi tipu rane in njeni stopnji. Prav tako je treba upoštevati tudi navodila zdravnika. Shi et al. (2020) navajajo, da se pri ranah na diabetičnem stopalu najpogosteje uporabljajo srebrove obloge, obloge iz hidrofiber, mepilex, UrgoStart kontaktne obloge in hialuronska kislina. Pri razjedah zaradi pritiska svetujejo uporabo oblog iz pene, hidrokoloidov, poliuretanskih filmov, mepilex ag in poliuretanskih pen. V primeru kroničnih venskih golenjih razjed so najbolj primerni alginati, aquacell ag, srebrove obloge in mepilex. Powers, Morton & Phillips (2013) navajajo, da izbira obloge predstavlja enega izmed najzahtevnejših vidikov oskrbe ran, ker ni univerzalne, ki bi bila primerna za vse tipe kroničnih ran.

Oskrbo kroničnih ran v visokem odstotku (več kot 50 %) izvajajo diplomirane medicinske sestre in magistri zdravstvene nege, sicer pa smo tudi že nakazali možnost, da tehniki zdravstvene nege pridobijo dodatna znanja in strokovno pooblastilo. Smiselno se nam zdi omeniti tudi, da je nekdo izmed anketiranih navedel, da pri njih oskrbo kronične rane izvaja koordinator za kronične rane. Prestor et al. (2021) navajajo, da poklicne kompetence narekujejo, da ima diplomirana medicinska sestra pomembno vlogo pri oceni in prevezi kronične rane, saj njene kompetence zajemajo ocenjevanje, pripravo, asistenco, izvedbo in vrednotenje aktivnosti ter ciljev zdravstvene nege pri diagnostično-terapevtskem posegu. V kompetencah je zapisano, da tehnik zdravstvene nege le asistira pri prevezi in izbiri sodobnih oblog.

5 ZAKLJUČEK

Oskrba kronične rane je zahtevno področje, ki zahteva multidisciplinarni pristop. Ključnega pomena je sodelovanje izvajalcev zdravstvene nege z zdravnikom, ki predpiše sodobno oblogo, v primeru pojava zapletov in morebitne nekroze, ko je potrebno narediti debridement, pa tudi s kirurgom. K ustrezni obravnavi kroničnih ran ima pomemben doprinos tudi sodelovanje z dietetiki, ki poudarjajo pomen ustreznega vnosa hranil za optimalno celjenje ran.

Glede na to, da se v kliničnem okolju poleg sodobnih oblog uporabljajo tudi druge metode zdravljenja, kamor uvrščamo terapijo ran z negativnim tlakom in fototerapijo, bi lahko raziskovali njune učinke na zdravljenje kroničnih ran.

Raziskavo bi lahko razširili tudi na paciente, ki se srečujejo s kroničnimi ranami. Na podlagi intervjujev s pacienti bi izvedeli, kako se spopadajo s svojimi ranami. Predvsem bi nas zanimalo, ali obiskujejo ambulanto za kronične rane, ali jim rane oskrbuje patronažna medicinska sestra, ali pa morda odidejo v zdravstveni dom in jim tam oskrbijo kronične rane. Zanimivo bi bilo videti

oziroma izvedeti, ali izvajajo nego kronične rane sami in kako v tem primeru čistijo rano, kakšno oblogo uporabijo in ali imajo pri tem nadzor usposobljene osebe, pa naj bo to patronažna medicinska sestra ali pa osebje v zdravstvenih domovih. Polje raziskovanja je torej široko in odprto za mnoge znanja željne medicinske sestre.

LITERATURA IN VIRI

1. Alikadič, N., Pirš, B. & Smrke, D. M. (2016). *Kako doseči hitrejšo epitelizacijo in zacelitev kronične rane. Novosti pri zdravljenju kroničnih ran: dvodnevno strokovno srečanje z mednarodno udeležbo, Portorož, februar 2016* (pp. 7–19). Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS.
2. Dhivya, S., Padma, V. V. & Santhini, E. (2015). Wound dressings – a review. *BioMedicine*, 5(4), 24–28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26615539/>.
3. Huljev, D. (2014). Debridement – krucijalni postopek u liječenju kroničnih rana. *Acta Medica Croatica*, 67(1), 63–69.
4. King, B. M. (2000). Assessing nurses knowledge of wound management. *Journal of Wound Care*, 9(7), 343–346. doi:10.12968/jowc.2000.9.7.26005.
5. Mertelj, O. (2014). Pomen ocenjevanja rane. In V. Vilar (Ed.) in T. Planinšek Ručigaj (Ed.), *Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014* (pp. 36–44). Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS.
6. O društvu. (2022). Društvo za oskrbo ran Slovenije. Retrieved from <https://www.dors.si/o-drustvu/>.
7. Planinšek Ručigaj, T. (2014). Atipične rane. In V. Vilar (Ed.) & T. Planinšek Ručigaj (Ed.), *Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014* (pp. 22–35). Portorož: Društvo za oskrbo ran Slovenije DORS.
8. Powers, J. G., Morton, L. M. & Phillips, T. J. (2013). Dressings for chronic wounds. *Dermatologic Therapy*, 26(3), 197–206. <https://doi.org/10.1111/dth.12055>.
9. Prestor, J., Ažman, M., Prelec, A., Buček Hajdarevič, I., Babič, D., Benkovič, R. et al. (2021). *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege z razlago*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
10. Shi, C., Wang, C., Liu, H., Li, Q., Li, R., Zhang, Y. et al. (2020). Selection of Appropriate Wound Dressing for Various Wounds. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 8, 1–17. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2020.00182>.
11. Wilkins, R. G., & Unverdorben, M. (2013). Wound Cleaning and Wound Healing: A Concise Review. *Advances & Skin & Wound Care*, 26(4), 160–163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23507692/>.

MOŽNOSTI UPORABE ELASTIČNIH LEPILNIH TRAKOV PO KIRURŠKIH POSEGIH

POSSIBILITIES OF USING ELASTIC ADHESIVE TAPES AFTER SURGERY

Jan Lotrič, dipl. fiziot.
dr. Maja Frangež, pred.
Mateja Bahun, viš. pred.

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Katedra za fizioterapijo
Lotric.jan@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bil ugotoviti kaj o uporabi in učinkih elastičnih lepilnih trakov (ELT) pri pacientih po operativnih posegih menijo slovenski fizioterapevti.

Metode: Uporabili smo ne-eksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, podatke smo zbrali s spletno anketo. V vzorec smo zajeli 72 fizioterapevtov UKC Ljubljana in samozaposlenih fizioterapevtov v Sloveniji, ki smo jih dosegli z metodo snežene kepe. Za analizo podatkov smo uporabili opisno in bivariatno statistiko. Za statistično pomembne smo upoštevali razlike na stopnji 5 % tveganja in manj.

Rezultati: Anketiranci najpogosteje uporabljajo limfno (88 %) in mišično (86 %) tehniko aplikacije ELT. Po mnenju anketirancev so ELT najbolj učinkoviti pri zmanjševanju otekline ($PV = 4,5$; $SO = 0,53$), povečanju limfnega obtoka ($PV = 4,3$; $SO = 0,54$) in zmanjševanju bolečine ($PV = 4,1$; $SO = 0,61$). Najpogostejši indikaciji za uporabo terapije z ELT sta otekanje (96 %) in bolečina (85 %). Glede na vrsto izobraževanja anketirancev o terapiji z ELT so razlike v mnenju o učinkovitosti terapije z ELT pri odpravljanju bolečine ($p = 0,004$) in izboljšanju elastičnosti in premičnosti brazgotine ($p = 0,002$).

Diskusija in zaključek: Po mnenju anketirancev ima najboljše rezultate terapija z ELT pri zmanjševanju otekline in bolečine pri pacientih v akutni fazi rehabilitacije po operativnem posegu. Je varna, zanesljiva in ekonomična oblika terapije. Potrebne so nadaljnje raziskave, ki bi preučile druge učinke in tehnike aplikacije, saj so rezultati raziskav o učinkih terapije z ELT med seboj pogosto nasprotujoči.

Ključne besede: fizioterapija, fizioterapevtske tehnike, rehabilitacijske tehnike

ABSTRACT

Aims: The purpose of the research was to explore what Slovenian physiotherapists think about the use and effects of elastic adhesive tapes in patients after surgery.

Methods: We used a non-experimental quantitative method and collected data with an online questionnaire. The sample included 72 physiotherapists in University Medical Centre Ljubljana

and self-employed physiotherapists in Slovenia, who were reached using the »snowball« method. For data analysis we used descriptive and bivariate statistics. Statistical significance threshold was set at 5 % or less.

Results: The most frequently used application techniques are lymphatic application (88%) and muscle tone (86%) regulation technique. According to respondents, therapy with elastic adhesive tape is most effective in reducing swelling ($M = 4.5$; $SD = 0.53$), improving lymphatic circulation ($M = 4.3$; $SD = 0.54$) and reducing pain ($M = 4.1$; $SD = 0.61$). Most common indications for use of therapy with elastic adhesive tapes are swelling (96 %) and pain (85 %). According to the education the responders received about the therapy with elastic adhesive tapes there are differences amongst groups in their opinion about tape's effects on pain and scar elasticity and flexibility.

Discussion: Elastic adhesive tape has the best results in reducing swelling and pain in patients in the acute phase of rehabilitation after surgery. It is safe, reliable and economical form of therapy. Its effect on reducing swelling and pain is well-researched. Further research is needed to examine other application techniques and their effects on patient rehabilitation after surgery, as the results of current researches are often contradictory.

Key words: physiotherapy, physiotherapy techniques, rehabilitation techniques

1 UVOD

Terapevtski postopek lepljenja z elastičnimi lepilnimi trakovi (ELT) predstavlja nov pristop v obravnavi pacientov po operativnem posegu. Metoda se je prvič pojavila na Japonskem, njen začetnik je bil dr. Kenzo Kase (Jančar, 2013). V primerjavi z ostalimi lepilnimi trakovi ELT omogočajo boljši obseg giba pacientov in jih lahko nosijo dalj časa, brez potrebe po menjavi (Williams, Whatman, Hume, & Sheerin, 2012). Narejeni so iz visokega odstotka bombažnih vlaken, ki koži omogočajo dihanje in potenje (Jančar, 2013). S pravnimi tehnikami nameščanja ELT lahko različno vplivamo na stanje pacienta. V Evropi je ena izmed najbolj priznanih šola Brigit Kumbrink, ki opredeljuje štiri glavne tehnike aplikacije ELT: mišično, ligamentno, korektivno in limfno tehniko. Izmed naštetih sta najbolj uporabljeni limfna in mišična tehnika, ki sta tudi najbolj podprti z dokazi. Mišična tehnika se uporablja za povečanje ali zmanjšanje mišičnega tonusa v mirovanju in zmanjšanje bolečine. Korektivno tehniko delimo na aplikacijo za funkcionalno korekcijo in aplikacijo za korekcijo fascije. Limfno tehniko uporabljamo pri motnjah limfnega obtoka in oteklinah. Trakovi lahko vplivajo na dvig kože od podkožja in s tem ustvarijo prostor med kožo ter podkožnim tkivom. Pogosto se uporablja pri poškodbenih stanjih, kot so na primer zvini, udarci in izpahi. Ligamentna tehnika se uporablja pri akutnih poškodbah ligamentov in tetiv in pri poškodbah zaradi preobremenitve (Kumbrink, 2014). Terapija z ELT se v klinični praksi pogosteje uporablja šele zadnjih nekaj let, zato njihova učinkovitost še ni v celoti raziskana. V rehabilitaciji po operativnih posegih se uporabljajo predvsem s ciljem zmanjšanja oteklina in bolečine. Pogosto se uporabljajo po vstavitvi kolenske

endoproteze (Donec & Kriščiūnas, 2014; Oktas & Vergili, 2018) ter operacijah in rekonstrukcijah sprednje križne vezi (Balki, Göktaş, & Öztemur 2016; Chan, Wee, & Lim, 2017; Balki & Göktaş, 2019). Da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje bolečine v akutnem stanju rehabilitacije po operaciji so ugotovili tudi Genc, Çelik, Genç, Gökmen, & Tur, (2019), ki so raziskovali učinek terapije z ELT na obseg gibljivosti in stopnjo bolečine v vratu po odstranitvi ščitnice ter Brockmann & Klein (2018), ki sta raziskovala učinek terapije z ELT na bolečino po prerezu prsnice. Terapijo z ELT lahko uporabljamo tudi pri terapiji brazgotin. V raziskavi, ki jo je opravil Zupanc (2015), je preiskoval učinek nameščanja ELT na zmanjšanje hipertrofične brazgotine pri pacientu po vstavitvi endoproteze levega kolena. Sedemnajst dni po uporabi trakov je brazgotina postala ploska, bolj prožna in manj trda. Nas je zanimalo, kaj o uporabi ELT oz. njihovih učinkih pri pacientih v rehabilitaciji po operativnih posegih menijo slovenski fizioterapevti, ki ELT uporabljajo.

2 METODE

V raziskavi smo si postavili dve raziskovalni vprašanji: (1) Kako pogosto fizioterapevti uporabljajo terapijo z ELT v rehabilitaciji pacientov po operativnem posegu? In (2) Kakšne učinke terapije z ELT fizioterapevti opažajo pri pacientih v rehabilitaciji po operativnem posegu?

Uporabili smo ne-eksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, kjer smo podatke zbrali s pomočjo spletne ankete, pripravljene na podlagi literature (Brockmann & Klein, 2018; Buček & Filej, 2018; Kijak, Kijak, Krajczyk, Bogacz, & Łuniewski, 2018; Torres, Trinidad, & Gonçalves, 2018; Drole, Erjavec, & Burger, 2019; Genç et al., 2019; Gholami, Kamali, Mirzeai, & Motelleh, 2020). Pri treh vprašanjih smo uporabili 5 stopenjsko Likertovo lestvico, kjer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 - »se ne strinjam«, 3 - »niti se ne strinjam, niti se strinjam«, 4 - »se strinjam« in 5 - »popolnoma se strinjam s trditvijo«. Zanesljivost je bila dobra, s Cronbach alfa koeficientom 0,795.

Uporabili smo neslučajnostni vzorec, ki smo ga pridobili s pomočjo vzorčenja po metodi snežne kepe. Vključili smo fizioterapevte zaposlene v UKC Ljubljana in samozaposlene fizioterapevte, ki pri svojem delu uporabljajo terapijo z ELT. Pridobili smo 150 stikov posameznikov katerim smo poslali povezavo na anketo, izpolnjenih smo dobili 72 anket (48 % realizacija). En anketiranec je naknadno zapisal, da tehnike ELT ne izvaja nikoli, zato smo njegove podatke izločili iz analiz. Po pridobitvi stikov smo fizioterapevte obvestili o namenu anketiranja ter o njihovem prostovoljnem sodelovanju in zagotavljanju anonimnosti podatkov. Pridobili smo soglasje za sodelovanje iz UKC Ljubljana, samozaposleni fizioterapevti pa so bili seznanjeni, da soglasje oddajajo z izpolnjeno anketo. Za statistično analizo podatkov smo uporabili program SPSS, verzija 22. Uporabili smo mere opisne in bivariatne statistike (ANOVA). Upoštevali smo statistično pomembno značilnost pri 5 % tveganju.

3 REZULTATI

Povprečna starost anketirancev je bila 35,9 let ($SO = 9,241$). Večina anketiranih fizioterapevtov se je udeležila formalnega izobraževanja o terapiji z ELT (58 %) ali pa so se jih naučili uporabljati s pomočjo sodelavcev (29 %), 13 % anketirancev se ni udeležilo nobenega izobraževanja o terapiji z ELT.

Anketirani fizioterapevti se najpogosteje poslužujejo limfne tehnike (88 %). Pogosto uporabljajo tudi mišično tehniko (68 %). Manj pogosto se uporabljata ligamentna in korektivna tehnika (31%).

Kot najpogostejši indikaciji za uporabo ELT po operacijah so anketiranci navajali otekanje (96 %) in bolečino (85 %). Manj pogosto se odločijo za uporabo terapije z ELT pri zmanjšanem obsegu giba (26 %) in nestabilnosti sklepov (21 %), v 13 % pa pri nepravilni drži in kineziofobiji pacientov.

Terapijo z ELT vsaj enkrat na mesec izvaja več kot polovica (52,8 %) anketiranih fizioterapevtov. 32 % anketirancev terapijo z ELT izvaja vsaj enkrat na teden in 4 % vsak dan. Sedem (9,7 %) anketirancev je označilo, da terapijo z ELT izvajajo nekajkrat na leto.

Skoraj vsi anketiranci se strinjajo ali popolnoma strinjajo, da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje otekline (99 %) ($PV = 4,5$; $SO = 0,53$) in povečanje oz. izboljšanje limfnega obtoka (94 %) ($PV = 4,3$; $SO = 0,54$). Prav tako se večina udeležencev strinja ali popolnoma strinja, da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje bolečine (83 %), povečanje motivacije za sodelovanje pacienta (83 %), splošno boljše počutje pacienta (92 %), povečanje krvnega obtoka (75 %), zmanjšanje pritiska med kožo in mišicami (74 %), sprostitvev mio-fascialnih adhezij (74 %), povečanje stabilnosti sklepov (67 %), povečanje obsega giba (66 %), zmanjšanje kineziofobije pacientov (64 %), zmanjšanje oz. povečanje mišičnega tonusa (59 %), krajši čas rehabilitacije (58 %), zmanjšanje zdravstvenih težav in zapletov po operaciji (53 %) in povečanje elastičnosti ter premičnosti brazgotin (51 %). Nasprotno pa se večina anketiranih fizioterapevtov ne strinja da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje vnetja (55 %) in korekcijo kostne strukture (51 %).

Skoraj vsi anketiranci se strinjajo ali popolnoma strinjajo, da je terapija z ELT varna (96 %) ($PV = 4,4$, $SO = 0,55$) in učinkovita (87 %) ($PV = 4$, $SO = 0,67$). Večina anketirancev se strinja ali popolnoma strinja, da je terapija z ELT ekonomična (82 %), zanesljiva (75 %), enostavna za uporabo (64 %) in primerna alternativa drugim oblikam terapije (58 %). Nasprotno pa se večina anketirancev ne strinja, da je terapija z ELT boleča ob nameščanju (65 %) in moteča za paciente (50 %).

Tabela 1: Mnenje glede učinkov in lastnosti terapije z ELT glede na vrsto izobraževanja - terapija z ELT

UČINKI	Da, formalno izobraževanje		Da, naučil/a sem se od sodelavcev		Ne, nobeno izobraževanje		P
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Zmanjšanje bolečine	4,19	0,594	4,05	0,591	3,44	0,527	0,004
Izboljšanje elastičnosti in premičnosti brazgotin	3,86	0,718	3,33	0,483	3,22	0,441	0,002
LASTNOSTI	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Moteči za paciente	2,21	0,871	3,14	0,854	3,01	0,501	0,002
Boleči ob nameščanju	1,83	0,762	2,38	0,74	2,67	0,707	0,001
Boleči ob odstranjevanju	3,1	0,958	3,67	0,5077	3,33	0,707	0,044

Kot je videti v tabeli 1 smo ugotovili, da se formalno izobraženi fizioterapevti statistično bolj strinjajo (PV = 4,19; p = 0,004) s trditvijo, da s primerno aplikacijo ELT lahko vplivamo na zmanjšanje bolečine kot ostali dve skupini fizioterapevtov. Tudi pri trditvi da ELT vodi do izboljšanja elastičnosti in premičnosti brazgotin se formalno izobraženi fizioterapevti statistično bolj strinjajo s trditvijo (PV= 3,86; p = 0,002). Pri ostalih trditvah statistično pomembnih razlik glede na izobraževanje nismo mogli dokazati. S trditvijo, da so moteči za paciente, se statistično pomembno najbolj strinjajo tisti fizioterapevti, ki so navedli, da so se uporabe ELT naučili pri sodelavcih (PV=3,14; p = 0,002). Ti se tudi statistično najbolj strinjajo s trditvijo, da so trakovi boleči ob odstranjevanju (PV = 3,67; p = 0,044). Z trditvijo, da so trakovi boleči ob nameščanju, se statistično najbolj (PV = 2,67; p = 0,001) strinjajo tisti, ki se niso udeležili nobenega izobraževanja. Ob ugotavljanju razlik v mnenjih anketirancev glede učinkov in lastnosti ELT glede na njihovo frekvenco uporabe terapije z ELT, smo ugotovili le eno statistično pomembno razliko pri mnenjih o učinkih (Tabela 2), pri lastnostih pa statistično pomembnih razlik med skupinami nismo mogli dokazati.

Tabela 2: Mnenje glede učinkov terapije z ELT glede na frekvenco izvajanja terapije z ELT

UČINKI	Nekajkrat na leto		Vsak mesec		Vsak teden		Vsak dan		p
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO	
Zmanjšanje vnetja	2,14	0,69	3,03	0,885	3,57	0,507	3,33	0,577	0,002

Anketiranci, ki terapijo z ELT izvajajo bolj pogosto (vsak dan ali vsak teden), menijo, da ima terapija z ELT večji učinek na zmanjšanje vnetja pri pacientih, kot anketiranci, ki terapijo z ELT izvajajo manj pogosto (nekajkrat na leto ali vsak mesec) (p = 0,002).

4 RAZPRAVA

To je prva tovrstna raziskava v Sloveniji, ki preučuje tako razširjenost uporabe različnih tehnik aplikacije ELT kot mnenja fizioterapevtov v Sloveniji o učinkih terapije z ELT. Večina anketiranih fizioterapevtov se s terapijo z ELT srečuje pogosto (enkrat na mesec do enkrat na teden). Formalnega izobraževanja o terapiji z ELT se je udeležilo nekaj več kot polovica anketirancev. Med tehnikami aplikacije je sta najbolj raziskani mišična in limfna tehnika. Tudi v svoji raziskavi smo ugotovili, da se skoraj vsi anketirani fizioterapevti poslužujejo mišične in limfne tehnike. V naši raziskavi anketirani fizioterapevti menijo, da ima terapija z ELT najboljši učinek na zmanjšanje otekline in zmanjšanje bolečine. Anketiranci se v povprečju strinjajo, da terapija z ELT pomembno vpliva na zmanjšanje pritiska med kožo in mišicami in povečanje limfnega obtoka, kar posledično vpliva na zmanjšanje otekline in bolečine pri pacientih.

Terapija z ELT se uporablja tudi s ciljem vplivati na mišični tonus. V svoji raziskavi smo ugotovili, da velik delež anketiranih fizioterapevtov meni, da terapija z ELT vpliva na mišični tonus. Tudi Zupanc (2013) je ugotovil, da ELT pomembno vplivajo na mišični tonus in aktivacijo medialne glave štiri-glave stegenske mišice pri pacientih po vstavitvi kolenske endoproteze po resekciji tumorja. Tudi pri raziskavah učinkov ELT na mišični tonus in obseg gibljivosti sklepov so si izsledki raziskav nasprotujoči. Soriano, Vicén, García, Lázaro, & Martínez, (2014) so v svoji raziskavi ugotovili, da ELT nimajo klinično pomembnih učinkov na mišični tonus, obseg gibljivosti in moč pri zdravih ljudeh.

V naši raziskavi smo ugotovili, da anketirani fizioterapevti, menijo, da ELT pripomorejo k povečanju pacientove motivacije za sodelovanje, zmanjšajo nivo kineziofobije in izboljšajo splošno počutje pacienta. Tudi Gholami et al. (2020) so ugotovili, da ELT pomembno vplivajo na zmanjšanje kineziofobije atletov. Po nameščanju ELT se jim je zmanjšal strah pred ponovno poškodbo. Večina anketiranih fizioterapevtov se strinja, da so ELT varni, nemoteči za paciente in neboleči ob nameščanju, vendar veliko fizioterapevtov meni, da so boleči pri odstranjevanju. V svoji raziskavi smo ugotovili, da se večina anketiranih fizioterapevtov strinja, da so ELT učinkoviti, zanesljivi in so primerna alternativa nekaterim drugim oblikam terapije. Z svojo raziskavo smo ugotovili tudi, da se fizioterapevti strinjajo, da so ELT ekonomični.

Primerjali smo odgovore na trditve o učinkovitosti terapije z ELT in lastnosti ELT, glede na frekvenco uporabe terapije z ELT in vrsto izobraževanja o terapiji z ELT anketirancev. Anketiranci, ki so se udeležili formalnega izobraževanja o terapiji z ELT, se v povprečju močnejše strinjajo, da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje bolečine in izboljšanje elastičnosti in premičnosti brazgotin od preostalih skupin, ki se formalnega izobraževanja o terapiji z ELT nista udeležili. Prav tako se anketiranci, ki so se formalnega izobraževanja o terapiji z ELT udeležili močnejše strinjajo, da ELT niso moteči za pacienta in niso boleči ob aplikaciji in odstranjevanju. Ugotovili smo tudi, da se anketiranci, ki bolj pogosto izvajajo terapijo z ELT (vsak dan ali vsak teden), močnejše strinjajo, da terapija z ELT vpliva na zmanjšanje vnetja.

Glede na razlike med skupinami v svoji raziskavi lahko sklepamo, da z dobro izobrazbo in več izkušnjami pri izvajanju terapije z ELT lahko pomembno izboljšamo rezultate terapije z ELT v prihodnosti. Prav tako fizioterapevti, ki so se udeležili formalnega izobraževanja, menijo, da so trakovi ELT manj moteči in boleči ob nameščanju ter odstranjevanju. Ugotovitve so pomembne, saj je terapija z ELT ena izmed novejših metod in naša raziskava potrjuje pomen primerne izobrazbe in zadostnih izkušenj v praksi. Slabša mnenja o učinkih in lastnostih ELT so lahko posledica nepravilne aplikacije in nezadostnega znanja o terapiji z ELT in njegovi pravilni uporabi.

5 ZAKLJUČEK

Terapija z ELT je relativno nova metoda v fizioterapiji in rehabilitaciji. Rezultati raziskav o učinkovitosti ELT v rehabilitaciji po operativnih posegih so si pogosto nasprotujoči. Najpogosteje se uporablja pri obvladovanju otekline in bolečine. Najbolj učinkovita je v akutnem stanju poškodbe oz. v akutni fazi rehabilitacije po operaciji. Je varna, zanesljiva in ekonomična oblika terapije, ki ima malo absolutnih kontraindikacij. Vendar pa ima kljub pogosti uporabi le nekaj več kot polovica anketiranih fizioterapevtov opravljeno formalno izobraževanje za izvajanje terapije z ELT.

V Sloveniji in v tujini bi bilo treba izvesti več raziskav, s katerimi bi ugotavljali, katere tehnike aplikacije ELT dajejo najboljše rezultate v klinični praksi. Prav tako je potrebno boljše sledenje, ocenjevanje in dokumentiranje učinkov terapije z ELT, kar bi znanstvenikom in raziskovalcem omogočalo boljši pregled nad učinki terapije ter izdelavo smernic za njeno nadaljnjo uporabo.

LITERATURA IN VIRI

1. Balki, S., Göktaş, E. H., & Öztemur, Z. (2016). Kinesio taping as a treatment method in the acute phase of ACL reconstruction: A double-blind, placebo-controlled study. *Acta orthopaedica et traumatologica turcica*, 50(6), 628–634. <https://doi.org/10.1016/j.aott.2016.03.005>
2. Balki, S., & Göktaş, E. H. (2019). Short-Term Effects of the Kinesio Taping® on Early Postoperative Hip Muscle Weakness in Male Patients With Hamstring Autograft or Allograft Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of sport rehabilitation*, 28(4), 311–317. <https://doi.org/10.1123/jsr.2017-0219>
3. Brockmann, R., & Klein, M. H. (2018). Pain-diminishing effects of Kinesio® taping after median sternotomy. *Physiotherapy theory and practice*, 34(6), 433–441. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1422205>
4. Buček, E. A., & Filej, B. (2018). Uporabnost in učinkovitost elastičnega lepilnega traku v fizioterapiji za preprečevanje bolečine. *Revija za zdravstvene vede*, 5(2), 34–50.
5. Chan, C. M., Wee, W. J., & Lim H. M. (2017). Does Kinesiology Taping Improve the Early Postoperative Outcomes in Anterior Cruciate Ligament Reconstruction? A Randomized Controlled Study. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 27(3), 260–265. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000345>

6. Donec, V., & Kriščiūnas, A. (2014). The effectiveness of Kinesio Taping® after total knee replacement in early postoperative rehabilitation period. A randomized controlled trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 50(4), 363–371.
7. Drole, S., Erjavec, T., & Burger, H. (2019). Vpliv elastičnih lepilnih trakov na izboljšanje prekrvavitve preostalega uda pri bolnikih po amputaciji spodnjega uda zaradi žilnega vzroka. In: T. Kovačič & M. Zadnikar, (Eds.). *18. Kongres fizioterapevtov Slovenije – Fizioterapija v koraku s časom. Laško, 27.-28. september 2019* (pp. 25–26). Ljubljana: Združenje fizioterapevtov Slovenije.
8. Genç, A., Çelik, U. S., Genç, V., Gökmen, D., & Tur, S. B. (2019). The effects of cervical kinesiotaping on neck pain, range of motion, and disability in patients following thyroidectomy: a randomized, double-blind, sham-controlled clinical trial. *Turkish journal of medical sciences*, 49(4), 1185–1191. <https://doi.org/10.3906/sag-1812-55>
9. Gholami, M., Kamali, F., Mirzeai, M., & Motealleh, A. (2020). Effects of kinesio tape on kinesiphobia, balance and functional performance of athletes with post anterior cruciate ligament reconstruction: a pilot clinical trial. *BMC Sports Science Medicine and Rehabilitation*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13102-020-00203-x>
10. Jančar, V. (2013). Novi trendi na področju fizioterapije, rehabilitacije in zdraviliškega zdravljenja. In: E. Zelko, (Ed.). *Fizikalna medicina, rehabilitacija in zdraviliško zdravljenje v ambulantni družinske medicine. Moravske Toplice, 13.-14. september 2013* (pp. 23–34). Moravske Toplice: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
11. Kijak, L. D., Kijak, E., Krajczyk, M., Bogacz, K., Łuniewski, J., & Szczegielniak, J. (2018). The Impact of the Use of Kinesio Taping Method on the Reduction of Swelling in Patients After Orthognathic Surgery: A Pilot Study. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 4(24), 3736–3743. <https://doi.org/10.12659/MSM.909915>
12. Kumbrink, B. (2014). *K-Taping* (2nd ed.). Dortmund: Springer-Verlag Berlin and Heidelberg GmbH & Co. KG.
13. Oktas, B., & Vergili, O. (2018). The effect of intensive exercise program and kinesiotaping following total knee arthroplasty on functional recovery of patients. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 13(1), 233–240. <https://doi.org/10.1186/s13018-018-0924-9>
14. Soriano, J. G., Vicén, J. A., García, C. A., Lázaro, P. R. ... Esteban, B. E. & Rodríguez, F.M.J. (2014). The effects of Kinesio taping on muscle tone in healthy subjects: a double-blind, placebo-controlled crossover trial. *Manual Therapy*, 19(2), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.math.2013.09.002>
15. Torres, R., Trindade, R., & Gonçalves, R. S. (2016). The effect of kinesiology tape on knee proprioception in healthy subject. *Journal of bodywork and movement therapies*, 20(4), 857–862. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.02.009>
16. Williams, S., Whatman, C., Hume, A. P., & Sheerin, K. (2012). Kinesio taping in treatment and prevention for sports injuries: a meta-analysis of the evidence for its effectiveness. *Sports medicine*, 42(2), 153–164. <https://doi.org/10.2165/11594960-000000000-00000>
17. Zupanc, A. (2013). Učinki elastičnega lepilnega traku na aktivnost mišice vastus medialis oblikus po vstavitvi kolenske endoproteze po resekciji tumorja. *Fizioterapija*, 21(2), 50–54.
18. Zupanc, A. (2015). Uporaba elastičnega lepilnega traku pri brazgotini – poročilo o primeru. *Fizioterapija*, 23(1), 17–18.

SPREJEMANJE ETIČNIH ODLOČITEV V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU – PREGLED LITERATURE

ETHICAL DECISION MAKING IN PRIMARY HEALTH CARE – LITERATURE REVIEW

Darja Lasič, dipl. m. s.

doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Katedra za zdravstveno nego

ldarja@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Ko govorimo o sprejemanju etičnih odločitev v primarnem zdravstvenem varstvu, je potrebno osredotočanje na pacientovo zdravje, počutje in udobje. Namen prispevka je raziskati pomen sprejemanja etičnih odločitev v klinični praksi primarnega zdravstvenega varstva.

Metode: Izveden je bil pregled literature v PubMed, CINAHL, COBISS in v Google Učenjaku s pomočjo ključnih besednih zvez v slovenskem jeziku: »etika v primarnem zdravstvenem varstvu«, »klinična praksa«, »etične odločitve« ter v angleškem jeziku: »ethics in primary health care«, »clinical practice« in »ethical decisions«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje 2012 do 2022, operator AND, prost dostop do člankov, slovenski in angleški jezik. Iz iskalnega nabora 102 je bilo v končno analizo vključenih 10 zadetkov.

Rezultati: Z analizo spoznanj smo opredelili 39 kod, ki smo jih združili v 3 kategorije: razsežnost sprejemanja etičnih odločitev, ovire pri sprejemanju etičnih odločitev in učinkovite rešitve pri sprejemanju etičnih odločitev.

Diskusija in zaključek: Zdravstveni delavci potrebujejo spremembo poklicnega vedenja, boljšo organizacijo zagotavljanja storitev in prostor za razpravo o možnostih pri sprejemanju etičnih odločitev v klinični praksi primarnega zdravstvenega varstva. Prihodnje raziskave se morajo osredotočiti na medpoklicne pristope k skupnemu sprejemanju odločitev in na vključenost pacientov in njihov svojcev.

Ključne besede: etika, odločanje, zdravstveni delavci

ABSTRACT

Introduction: When we talk about ethical decision making in primary care, the focus should be on the health, well-being, and comfort of the patient. The purpose of this article was to examine the importance of ethical decision making in primary care clinical practice.

Methods: A literature search was performed in PubMed, CINAHL, COBISS, and Google Scholar using the keywords »ethics in primary health care«, »clinical practice« and »ethical decisions« in Slovenian and »ethics in primary health care«, »clinical practise« and »ethical decisions« in

English. The search criteria were: period 2012 to 2022, operator AND, open access to articles, and Slovenian and English language. Of the 102 search results, 10 hits were included in the final analysis.

Results: Based on the analysis of findings, we defined 39 codes, which we grouped into 3 categories: dimension of ethical decision-making, barriers to ethical decision and effective solutions in making ethical decisions.

Discussion and conclusion: Health professionals need a change in professional behaviour, a better organisation of service delivery and a space to discuss options for ethical decision-making in primary care clinical practice. Future research should focus on interprofessional approaches to shared decision-making and on the involvement of patients and their families.

Key words: ethics, decision-making, health workers

1 UVOD

Primarno zdravstveno varstvo pomembno vpliva na delovanje zdravstvenega sistema, zagotavlja mora celovitost in dostopnost zdravstvene oskrbe, kar vključuje korporativno upravljanje in kompetentne kadre (Schäfer et al., 2013). Primarna zdravstvena dejavnost je prva raven dostopa do zdravstvene oskrbe, vključuje pa preventivo z zdravstveno vzgojo in kurativo. Pacientom mora zagotavljati kontinuirano in dostopno zdravstveno oskrbo (Šuklar, 2018). Zdravstveni delavci v primarnem zdravstvenem varstvu sodelujejo pri zdravstvenih obravnavah pacientov, zato morajo imeti dobro komunikacijo, medsebojno spoštovanje, upoštevati morajo avtonomijo poklicev in sproti reševati probleme (Strauss, Goriup, Križmarić, & Koželj, 2018; Šanc & Prosen, 2022). Akrami et al. (2018) navajajo, da je etika javnega zdravja podveja bioetike in predstavlja pomoč zdravstvenim delavcem pri sprejemanju etičnih okvirjev in kompromisov za uresničitev ciljev javnega zdravja. Sprejemanje etičnih odločitev je opredeljeno kot proces, skozi katerega zdravstveni delavci in pacienti skupaj sprejemajo odločitve, kar predstavlja bistvo na pacienta osredotočene oskrbe. Stacey et al. (2017) navaja, da je etično odločanje lahko težko in da ljudje uporabljajo pomoč pri etičnem odločanju, kadar obstaja več kot ena možnost in nobena očitno ni boljša ali ko lahko nastane korist in škoda. Edwards, Delany, Townsend, & Swisher (2011) poudarjajo, da so pristopi v klinični praksi, ki odražajo etično kulturo in zagotavljanje temeljnih etičnih načel zelo pomembni pri sprejemanju etičnih odločitev. Sprejemanje etičnih odločitev lahko privede do pomembnega konflikta pri etičnem odločanju ali občutka osebne negotovosti glede tega, katere možnosti so najboljše za določenega posameznika, ki se sooča s specifično situacijo. V večini realnih scenarijev je težko določiti eno jasno najboljšo možnost, zato so številne odločitve odvisne od osebnih preferenc (Ali, Holyoke, Plourde, Décary, & Légaré, 2020). Sitienei, Manderson, & Nangami (2021) navajajo, da se etično odločanje nanaša na medosebni, soodvisen proces, pri katerem se pacienti in izvajalci zdravstvenega varstva povezujejo in imajo medsebojni vpliv pri sodelovanju znotraj skupnega sprejemanja etičnih odločitev.

Namen prispevka je raziskati pomen sprejemanja etičnih odločitev v klinični praksi primarnega zdravstvenega varstva.

2 METODE

Izvedli smo pregled literature v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, COBISS in v spletnem brskalniku Google Učenjaku. Uporabili smo ključne besedne zveze v slovenskem jeziku z Boolovim logičnim operatorjem AND: »etika v primarnem zdravstvenem varstvu«, »klinična praksa«, »etične odločitve« ter v angleškem jeziku: »ethics in primary health care«, »clinical practice« in »ethical decisions«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili časovno obdobje (2012-2022), prost dostop in jezik (slovenščina in angleščina). Iz iskalnega nabora 102 zadetkov smo v končno analizo vključili 10 zadetkov. Rezultate smo sintetizirali z uporabo tematske analize (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013).

3 REZULTATI

V Tabeli 1 smo predstavili rezultate vključenih 10 virov, v Tabeli 2 pa razporeditev kod po kategorijah.

Tabela 1: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor (ji / leto objave)	Namen raziskave	Vzorec	Ključna spoznanja
Bunn et al. / 2018	Raziskati pomen sodelovanja med zdravstvenimi, socialnimi delavci, pacienti in svojci.	88 člankov	Sprejemanje etičnih odločitev je lahko zelo zapleteno zaradi potrebe po posvetovanjih in razpravljanjih. Potrebni so pristopi, kjer se obravnava vzpostavljanje odnosov med različnimi izvajalci in prejemniki pomoči in kjer je prisotna smiselna razprava o kompleksnih potrebah po zdravstveni oskrbi.
Daar / 2020	Prepoznati pomen spoštovanja pacientove avtonomije, zaupnosti in razlage o	Vzorec ni opredeljen	Če zahtevano zdravljenje negativno vpliva na pacientovo zdravje ali pa je zdravstvena oskrba v nasprotju s splošno sprejetimi standardi zdravstvenega

Avtor (ji / leto objave)	Namen raziskave	Vzorec	Ključna spoznanja
	možnostih zavrnitve zdravljenja.		varstva, lahko zdravstveni delavec zavrne zahteve pacienta.
Goggin et al. / 2017	Poudariti pomen izmenjave informacij med zdravstvenimi delavci in starši otrok.	47 pediatrov, medicinskih sester, 1600 dvojic starš - otrok	Učinkovita komunikacija med staršem in zdravstvenim delavcem olajša vzpostavljanje odnosa, izmenjavo informacij in izboljša skupno sprejemanje etičnih odločitev.
Lafata et al. / 2019	Izboljšati etične odločitve s prilagojenim presejalnim programom.	138 pacientov	Presejalni program se uporablja kot iztočnica za ukrepanje pri etičnih odločitvah v zdravstveni obravnavi pacienta. Programska vsebina krepi prednosti presejanja in obravnava tipična vprašanja in dileme pacientov ter osebne in strukturne ovire.
Marrin et al. / 2014	Oceniti učinkovitost tradicionalnih pripomočkov za etično odločanje v klinični praksi.	6 fizioterapevtov, 72 pacientov	V klinični praksi postaja etično odločanje počasno zaradi ovir, kot so kultura, stališča in vrednote zdravstvenih delavcev, različni viri informacij in časovni pritiski. Orodja za podporo pri etičnem odločanju pacientov pogosto zahtevajo visoko raven zdravstvene in računalniške pismenosti.
Montesanti et al. / 2018	Ugotoviti izboljševanje klinične prakse pri sprejemanju etičnih odločitev.	25 člankov	Sistemi primarnega zdravstvenega varstva so še vedno neenotni in neusklajeni. Zdravstveni delavci pri sprejemanju etičnih odločitev potrebujejo razvijanje raziskovalnih prednostnih nalog in načrtov.
Sinnot et al. / 2017	Poudariti pomen odgovornosti zdravstvenih delavcev pri	8 člankov	Raziskave o kliničnem etičnem odločanju predstavljajo dodatne izzive, saj je potrebno veliko vprašanj

Avtor (ji / leto objave)	Namen raziskave	Vzorec	Ključna spoznanja
	pridobivanju informacij.		obravnavati v enem samem kliničnem srečanju, vodenje evidenc je pogosto kratko ali nepopolno, diagnoza ali potek ukrepanja pa ni vedno jasno.
Stacey et al. / 2017	Prepoznati kulturo varnosti pacientov.	105 člankov	Pri sprejemanju etičnih odločitev je pomembna skladnost med odločitvami in osebnimi vrednotami. Skupno sprejemanje odločitev izboljšuje medsebojno komunikacijo in zviša zadovoljstvo.
Thompson et al. / 2017	Zagotoviti pacientom sprejemljive metode reševanja zdravstvenih težav.	n = 130 pacientov	Etično odločanje je proces, v katerem si zdravstveni delavci in pacienti izmenjujejo informacije in ugotavljajo moralne probleme, skupaj premišlujejo o razpoložljivih možnostih in se dogovarjajo o možnostih izvajanja najboljše rešitve.
Turner et al. / 2017	Preučiti, kako procesi na strokovni, organizacijski in lokalni ravni vplivajo na uporabo dokazov pri sprejemanju inovativnih etičnih odločitev.	24 člankov	Zdravstveni delavci poudarjajo klinično in izkustveno poznavanje potreb pacientov. Lokalni sistemi lahko prilagodijo ali oblikujejo dokaze, da vplivajo na boljše rezultate. Vodje organizacij morajo razmisliti, ali okolje, v katerem se sprejemajo etične odločitve ceni različne dokaze in poglede vseh deležnikov.

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode
<i>Razsežnost sprejemanja etičnih odločitev</i>	etične odločitve - informacije - klinična praksa - možnosti - odnosi - orodja - pacienti - primarno zdravstveno varstvo - procesi - sprejemanje - vrednote

Kategorija	Kode
<i>Ovire pri sprejemanju etičnih odločitev</i>	etična vprašljivost - interesi - intervencije - komunikacija - pismenost - pomoč - pravičnost - problem - razprave - situacije - sposobnost - zaščita - zdravstveni delavci
<i>Učinkovite rešitve pri sprejemanju etičnih odločitev</i>	dokazi - izboljšave - izkušnje - korist - kompromisi - modeli - poklicno vedenje - pripomočki - pristopi - raziskave - rezultati - skupno sodelovanje - standardi - zagotavljanje - zdravstvena oskrba

4 RAZPRAVA

Sprejemanje etičnih odločitev v primarnem zdravstvenem varstvu je zahtevna naloga za vse vključene v procesu odločanja. Kot navajajo Montesanti, Robinson-Vollman, & Green (2018), je primarna zdravstvena oskrba temelj sistema zdravstvenega varstva, zato je sprejemanje učinkovitih etičnih odločitev prvotnega pomena za kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov. V pomoč pri etičnem odločanju so lahko razvita orodja za podporo pacientom. Kot navaja Marrin et al. (2014), se le ta razlikujejo od tradicionalnih informacijskih virov, saj dajejo možnosti podrobne izbire, namesto nakazovanja prioritete izbire; uporabljajo najboljše razpoložljive dokaze; so jasni glede koristi in škode; so interaktivni in uporabljajo različne medije. Dokazi kažejo, da so pacienti, ki sodelujejo pri sprejemanju etičnih odločitev, s pomočjo orodij bolje obveščeni o možnostih zdravljenja in da sprejemajo etične odločitve, ki so bolj skladne z njihovim lastnim odnosom do koristi in škode ter imajo bolj informirane razprave z zdravstvenimi delavci. Kot poudarjajo Thompson et al. (2017) in Lafata et al. (2018), pomoč zdravstvenih delavcev pri etičnem odločanju poskrbi, da je odločitev realistična, s podrobnim, specifičnim in osebnim osredotočanjem na možnosti in rezultate z namenom priprave pacientov na odločanje. Zagotavljanje pomoči pacientom pri etičnem odločanju med pripravo na posvetovanje jim omogoča več časa za razpravo.

Ugotovili smo tudi, da se pojavljajo ovire pri sprejemanju etičnih odločitev. Medtem ko je vse več raziskav o pravičnosti v zdravju in socialnih determinantah zdravja, so potrebne raziskave za ocenjevanje delovanja primarnega zdravstvenega varstva glede enakosti v zdravju (Montesanti et al., 2018). Kot navajajo Sinnott, Kelly, & Bradley (2017) etično odločanje predstavlja kompleksen proces, ki vključuje tako počasno premišljeno kot hitro intuitivno spoznanje. Zahteva sintezo zavestnih in podzavestnih informacij o znakih in simptomih bolezni, vrednotah pacientov, možnostih zdravljenja in razpoložljivih virih zdravstvenega varstva. Pojavlja se tveganje, da bi zdravstveni delavci pri zbiranju informacij o pacientu vnesli poklicne pristranskosti pri opazovanju in ukrepe, ki bi negativno vplivali pri sprejemanju etičnih odločitev. Marrin et al. (2014) in Bunn et al. (2018) pa kot ovire pri uvajanju tradicionalnih pripomočkov za etično odločanje vidijo slabo jezikovno ali zdravstveno pismenost ter tudi v zmanjšani sposobnosti odločanja (npr. starejši pacienti).

Na področju iskanja učinkovitih rešitev pri sprejemanju etičnih odločitev se morajo prihodnje raziskave osredotočiti na prepoznavanje indikatorjev uspešnega sodelovanja ter merjenje procesa in rezultatov sodelovanja (Marrin et al., 2014; Montesanti et al., 2018). Pomoč pri odločitvah lahko pomaga zdravstvenim delavcem in pacientom pri sprejemanju kakovostnih etičnih odločitev, ki temeljijo na vrednotah pacientov in upoštevajo potencialne kompromise v koristih in tveganjih različnih možnosti (Sinnot et al., 2017). Prihodnje raziskave bi morale biti jasne glede sprejetega pristopa k etičnem odločanju, kako naj bodo vključene zainteresirane strani ter kako procesi vplivajo na sprejemanje etičnih odločitev v klinični praksi (Turner et al., 2017). Za implementacijo sprejemanja etičnih odločitev v prakso je potreben radikalen premik od biomedicinskega fokusa k etosu, ki je bolj osredotočen na osebo. Zdravstveni delavci bodo potrebovali podporo, da bodo spremenili svoje poklicno vedenje ter bolje organizirali in zagotavljali storitve. Interakcije iz oči v oči, privolitveno dovoljenje in prostor za razpravo o možnostih ter kontinuiteta odnosov med pacientom in zdravstvenimi delavci so ključni pri podpori skupnega sprejemanja etičnih odločitev. Prihodnje raziskave se morajo osredotočiti na medpoklicne pristope k skupnemu sprejemanju odločitev in na to, kako so pacienti in njihovi svojci vključeni (Bunn et al., 2018).

Omejitve pregleda literature predstavlja dejstvo, da nismo pridobili veliko raziskav, ki bi obravnavale omenjeno tematiko. Pri naboru in pregledu literature smo ugotovili, da je veliko napisanega o odločitvah, malo pa o etičnem odločanju. Dodatna omejitev je vključenost v izbranih podatkovnih bazah, do katerih je bilo mogoče dostopati. Opažamo pa tudi malo raziskav na našo temo v slovenskem prostoru.

5 ZAKLJUČEK

Proces etičnega odločanja zahteva pregled razpoložljivih možnosti za najboljšo zdravstveno oskrbo pacienta. Etične odločitve morajo vzbujati zaupanje, pravičnost in odgovornost kot element skrbi. Učinkovite etične odločitve so učinkovite takrat, ko dosežejo, za kar so bile sprejete. Bistvo sprejemanja dobrih etičnih odločitev je razmišljanje o različnih odločitvah, v zdravstvenem varstvu pa to pomeni tudi timsko sodelovanje in razpravljanje o različnih možnostih.

LITERATURA IN VIRI

1. Akrami, F., Zali, A., Abbasi, M., Majdzadeh, R., Karimi, A., Fadavi, M., & Mehrabi Bahar, A. (2018). An ethical framework for evaluation of public health plans: a systematic process for legitimate and fair decision-making. *Public Health*, 164, 30–38. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.018>
2. Ali, C., Holyoke, P., Plourde, K.V., Décarry, S., & Légaré, F. (2020). What older adults and their caregivers need for making better health-related decisions at home: a participatory mixed methods protocol. *BMJ Open*, 10(11), Article e039102. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039102>

3. Bunn, F., Goodman, C., Russell, B., Wilson, P., Manthorpe, J., Rait, G., ... I., Durand, M. A. (2018). Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. *BMC Geriatrics*, 18(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0853-9>
4. Daar, J. (2020). Physician autonomy or discrimination: the risks and limits of saying "no". *Elsevier*, 115(2), 263–267. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.11.028>
5. Edwards, I., Delany, C.M., Townsend, A. F., & Swisher, L. L. (2011). New Perspectives on the Theory of Justice: Implications for Physical Therapy Ethics and Clinical Practice. *Physical Therapy*, 91(11), 1642–1652. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100351.10>
6. Goggin, K., Bradley-Ewing, A., Myers, A. L., Lee, B. R., Hurley, E. A., Delay, K. B., ... Newland, J. G. (2018). Protocol for a randomised trial of higher versus lower intensity patient-provider communication interventions to reduce antibiotic misuse in two paediatric ambulatory clinics in the USA. *BMJ Open*, 8(5), Article e020981. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020981>
7. Lafata, J. E., Shin, Y., Flocke, S. A., Hawley, S. T., Jones, R. M., Resnicow, K., ... Tu, S. P. (2019). Randomised trial to evaluate the effectiveness and impact of offering postvisit decision support and assistance in obtaining physician-recommended colorectal cancer screening: the e-assist: Colon Health study—a protocol study. *BMJ Open*, 9(1), Article e023986. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023986>
8. Marrin, K., Wood, F., Firth, J., Kinsey, K., Edwards, A., Brain, K. E., ... Elwyn, G. (2014). Option Grids to facilitate shared decision making for patients with Osteoarthritis of the knee: protocol for a single site, efficacy trial. *BMC Health Services Research*, 14, 160. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-160>
9. Montesanti, S., Robinson-Vollman, A., & Green, L.A. (2018). Designing a framework for primary health care research in Canada: a scoping literature review. *BMC Family Practice*, 19(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0839-x>
10. Schäfer, W. L. A., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., De Ryck, E., Greß, S., Murante, A. M., ... Groenewegen, P. P. (2013). Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries. *Quality in Primary Care*, 21(2), 67–79. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23735688>
11. Sinnott, C., Kelly, M. A., & Bradley, C. P. (2017). A scoping review of the potential for chart stimulated recall as a clinical research method. *BMC Health Service Research*, 17(1), 583. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2539-y>
12. Sitienei, J., Manderson, L., & Nangami, M. (2021). Community participation in the collaborative governance of primary health care facilities, Uasin Gishu County, Kenya. *PLoS One*, 16(3), Article e0248914. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248914>
13. Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., ... Trevena, L. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), Article e001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>
14. Strauss, M., Goriup, J., Križmaric, M., & Koželj, A. (2018). Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki: ocene študentov zdravstvene nege in medicine. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 225–232. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.170>
15. Šanc, P., & Prosen, M. (2022). Medpoklicno sodelovanje v interdisciplinarnih zdravstvenih timih: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 9–21. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106>
16. Šuklar, S. (2018). Sistemi vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti. *Izzivi prihodnosti*, 3(1), 21–53.

17. Thompson, R., Manski, R., Donnelly, K. Z., Stevens, G., Agusti, D., Banach, M., ... Elwyn, G. (2017). Right For Me: protocol for a cluster randomised trial of two interventions for facilitating shared decision-making about contraceptive methods. *BMJ Open*, 7(10), Article e017830. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017830>
18. Turner, S., D'Lima, D., Hudson, E., Morris, S., Sheringham, J., Swart, N., & Fulop, N. J. (2017). Evidence use in decision-making on introducing innovations: a systematic scoping review with stakeholder feedback. *Implement Science*, 12(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0669-6>
19. Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

ETIČNE DILEME PRI SPREMENJENI TELESNI PODOBI

ETHICAL DILEMMAS IN BODY IMAGE MODIFICATION

Sara Šabjan

viš. pred. Edvard Jakšič, mag. zdr. nege

Alma Mater Europaea – ECM, Oddelek za zdravstveno nego

sara.sabjan02@gmail.com

IZVLEČEK

V prispevku bi se želela dotakniti etičnih dilem, s katerimi se soočamo zdravstveni delavci – medicinske sestre, pacienti s spremenjeno telesno podobo in njihovi svojci. Dilem, ki se pojavljajo, ne moremo opredeliti s številkami, saj sta prizadetost in bolečina ob tem vedno individualni in subjektivni.

V ta namen sem pregledala literaturo o spremenjeni telesni podobi pri pacientih, ki imajo stomo, rekonstrukcijo dojke in multiplo sklerozo.

Pacienti s spremenjeno telesno podobo doživljajo različne faze dojetanja in sprejemanja svoje nove podobe. Strokovna pomoč, ki jo nudijo zdravstveni delavci, jim pomaga razumeti, sprejeti in kakovostno živeti življenje, kljub omejitvam, ki jim jih prinašajo nova telesna podoba, potrebna diagnostika, terapija in socialno življenje. Pri tem se zdravstveni delavci soočamo z etičnimi dilemami, ki se nanašajo na čas in vrsto komunikacije, izbiro primerne časa edukacije, koga in na kakšen način vključevati v edukacijo in proces odločanja o potrebah pacienta.

Ključne besede: etična dilema, spremenjena telesna podoba, medicinska sestra

ABSTRACT

In this paper, I would like to address the ethical dilemmas facing health professionals - nurses and patients with body image changes and their relatives. The dilemmas that arise cannot be quantified in numbers, as the disability and pain involved are always individual and subjective. To this end, I reviewed the literature on altered body image in patients with stoma, breast reconstruction and multiple sclerosis.

Patients with body image changes experience different phases of perception and acceptance of their new image. The professional support provided by health professionals helps them to understand, accept and have a great quality of life, despite the limitations of their new body image, the necessary diagnostics, therapies and social life. Health professionals face ethical dilemmas relating to the timing and type of communication, the choice of appropriate timing of education, who and how to involve in education and the decision-making process about the needs of the patient.

Keywords: *ethical dilemma, altered body image, nurse*

1 UVOD

Etična načela nas usmerjajo v individualno obravnavo pacienta. Vsak medicinsko-tehnični poseg in postopek v zdravstveni negi mora biti skrbno premišljen in izbran na osnovi tega, kar je za bolnika najboljše, prednosti in slabosti naše izbire in kaj je za bolnika najbolj ustrezna, najboljša oziroma najmanj škodljiva izbira. Postopki in posegi nikoli ne smejo biti rutinski, saj s tem pristop izgubi namen cilja in varnosti bolnika, ki je individuum z lastnimi potrebami, občutki, odzivanji, pravicami, vrednotami in vlogami. Etičnega in neetičnega ravnanja ne moremo izraziti s statističnimi podatki. Škoda, ki jo bolnik pretrpi, je vedno individualna (Šmitek, 2004).

Zdravstvena nega in oskrba ljudi s telesno okvaro je zelo specifično področje zdravstvene nege. Operacija pomeni poseg v telo in v življenje posameznika, katere cilj je odstraniti vzroke in posledice bolezni, mnogokrat pa je posledica le-te spremenjena telesna podoba. Samospoštovanje je človekova lastna sodba njegove lastne vrednosti, ki jo izraža s stališči do samega sebe, k njej pa spada tudi vrednotenje oz. samospoštovanje naše zunanosti. Večje možnosti po veljavnosti so takrat, kadar se človekova zunanost približuje idealom, ki vladajo v nekem kulturnem okolju. »Njegov odziv na spremenjeno samopodobo ima več obdobj: zanikanje, jeza, obdobje pogajanj, depresija, sprejemanje spremembe.« (Ziherl, 2004).

Zdravstveni delavci ljudem s stomo s strokovnimi nasveti pomagajo sprejeti prilagojen način življenja, bolezen samo, invalidnost in obnovo samospoštovanja, saj bolezen prekine ustaljeni način življenja. Potrebne so mnoge preiskave, posegi, zdravljenje in dodatno zdravljenje. Rehabilitacija se nadaljuje doma, s pomočjo patronažnega varstva. Tako ljudje s stomo niso izolirani od družbe, ampak so zadovoljni, ker obvladujejo svoje življenje, kar pa je njihov in naš največji cilj (Tomc Šalamun, 2009).

2 TEORETIČNO IZHODIŠČE

Spremenjena telesna podoba zaradi stome

Pacienti s stomo (stomist) se srečujejo z različnimi težavami, ki bi jih lahko razdelili na tiste, ki se pojavijo doma po odpustitvi iz bolnišnice, ko še niso sposobni samooskrbe, in na tiste, ki se pojavijo, ko postanejo popolnoma samostojni. V začetni fazi, ko sta prisotni perioperativna bolečina in huda psihična prizadetost pacienta, slednji onemogočata začetek edukacije in vplivata na samostojno izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti, zato so potrebe stomista po fizični in psihični podpori enterostomalne terapije še posebej izrazite. V tej fazi dajemo fizičnemu stanju večji poudarek – lajšanje bolečine, oskrba stome, kasneje pa se posvetimo psihičnemu vidiku, ki je usmerjen v učenje samooskrbe stome (Petek, 2011).

Zdravstvena nega samooskrbe in sposobnost samooskrbe stomista sta povezani in odvisni od vsakega posameznika. V edukacijo so vključeni tudi svojci. Ko stomista začnejo zanimati druga področja življenja (odnos s partnerjem, prosti čas) in ne samo fiziološke potrebe, je čas, ko začnemo z intenzivnim pojasnjevanjem vrst in značilnosti pripomočkov ter ga počasi navajamo na rokovanje z njimi. To je čas, ko stomist in svojci potrebujejo veliko spodbudnih besed, podpore, pogovora, svetovanja in občutka, da jim je enterostomalna terapija vedno dosegljiva. Dana telefonska številka enterostomalne terapije predstavlja stomistu varnost, ker mu omogoča pogovor v vsakem trenutku in mu s tem prihrani marsikatero stisko (Petek, 2011).

Svetovanje se nanaša na to, kako se vrniti v socialno življenje brez občutka sramu in drugačnosti, prenašati simptome in poiskati pomoč. Smisel pa svetovanje dobi takrat, kadar je pacient pripravljen sodelovati, je motiviran in zaupa strokovnjakom ter je pripravljen sprejeti pomoč, ko jo potrebuje (Latkovič, 2002). Največ informacij dobi pacient s stomo od zdravnika operaterja in enterostomalnih terapevtov v bolnišnici ter patronažnih medicinskih sester oz. enterostomalnih terapevtk na terenu. Na informiranje pacientov vplivajo tako kognitivne sposobnosti kot tudi psihološke potrebe pacienta, kar od strokovnega osebja zahteva dodatna specifična znanja, katera vplivajo tako na našo kakovost dela kot tudi na kakovost življenja pacientov s stomo (Štemberger Kolnik et al., 2009).

Zdravstvena nega otroka in mladostnika s spremenjeno telesno podobo predstavlja za vsako medicinsko sestro strokovni izziv, tudi za usposobljeno medicinsko sestro, imenovano enterostomalna terapija. Poznavanje zakonskih in drugih predpisov je pri njihovem delu s to populacijo pacientov izjemnega pomena, saj se pri obravnavi srečujejo z različnimi predpisi, dokumenti, povezanimi z etičnimi in moralnimi načeli, dilemami, kot so npr. varovanje zasebnosti, varovanje otrokovih pravic, pravica do avtonomnega odločanja, varovanje zasebnosti in podatkov, informirani pristanek ... Dokončna stoma predstavlja otroku/mladostniku veliko prelomnico v njegovem življenju in razvoju, saj predstavlja telesno spremembo, ki občutljivo vpliva na telesno, psihološko, socialno in intimno področje otroka (Klemenc, 2008).

Pomembna je individualna obravnava stomista z več vidikov. Stomist živi v domačem okolju, ki je specifično, prav tako je specifično njegovo doživetje. Informacije posredujemo na učinkovit in individualen način, tako da mu pomagamo in ne, da mu vzbujamo strah, krivdo ali občutek manjvrednosti (Štemberger Kolnik et al., 2009).

Stoma ne prizanese nobeni starostni skupini. Nekateri stomisti se bodo vrnili v normalno življenje z le nekaj težavami, drugi bodo mogoče potrebovali pomoč na začetku, kasneje pa le ob določenih življenjskih mejnikih. Pomembno je, da je pomoč dosegljiva. Patronažna služba in bolnišnica morata pri oskrbi stomista sodelovati. Če normalen način življenja ni možen, naj zgodba o mladi materi pove vse: »Imam kolostomijo, zato da imam s tem pred seboj še nekaj

mesecev življenja. In če lahko preživim le nekaj mesecev z možem in otroci – je mar pomembno, da imam odprtino v trebuhu?» (Wilson, 1977).

Spremenjena telesna podoba zaradi amputacije dojk

Avtonomna izbira pacientke je odvisna od njenih želja, telesnih lastnosti in onkološkega zdravljenja. Rekonstrukcijo lahko opravimo takoj po odstranitvi dojke (takojšnja rekonstrukcija) ali pa kasneje (odložena rekonstrukcija). Odločitev o rekonstrukciji sprejme pacientka sama. Za najboljšo odločitev pa potrebuje dobre informacije o poteku zdravljenja, možnih zapletih in rezultatih, ki jih lahko pričakuje (Zorman, 2013).

Kirurški poseg na dojki povzroči spremembo telesnega videza pacientk. Dojke so organ, ki je globoko in intimno povezan z občutki ženstvenosti in seksualnosti, materinstva, samospoštovanja, ki so pomembni tako za zdrave kot tudi za bolne ženske. Posledice mastektomije na ženski puščajo različne občutke, kot so občutek pohabljenosti, spremenjena samopodoba, zmanjšana samopodoba, izguba občutka ženstvenosti, zmanjšanje občutka vrednosti, upad seksualne privlačnosti in funkcioniranja, depresija, anksioznost, občutja brezupnosti, krivde, strahu pred ponovitvijo, zapuščenostjo in smrtjo. Pacientke žalujejo nad izgubljenim delom telesa, počutijo se življenjsko ogrožene, kar lahko vodi v depresijo (Snoj, 2009).

Vloga medicinske sestre specialiste je informiranje, svetovanje, posredovanje praktičnih nasvetov, usklajevanje individualne obravnave pacientov, vodenje šole predoperativne priprave na operacijo raka dojke in njenimi posledicami ter vodenje izobraževanj z drugimi tematskimi sklopi, omogočanje čustvene podpore pacientom in njihovim družinam, tesno sodelovanje z interdisciplinarno ekipo (onkologi internisti, kirurgi, radioterapevti), pomoč pri premišljenih odločitvah informiranega pacienta glede zdravljenja in zdravstvene nege, pomoč pri oblikovanju načrtov za zdravljenje in rehabilitacijo (Wrightington & Saint Thomas Health, 2013).

Spremenjena telesna podoba zaradi multiple skleroze

V raziskavi pacientk z multiplo sklerozo so bila izpostavljena tri glavna področja, to so negotovost, spremembe v spolnem življenju ter občutek manjvrednosti, ki se pojavljajo kot posledica zaskrbljenosti, utrujenosti in napredovanja bolezni ter vpliva na njihovo telesno zdravje, ki jo v spolnosti občutijo kot pomanjkanje spolne sle, nezmožnost doseči orgazem ter zmanjšanje spolnega zadovoljstva, nekatere pa poročajo tudi o urinski inkontinenci med spolnim odnosom. Pacientke se zaradi vseh teh občutkov in težav v zakonskem življenju počutijo nesposobne kot ženske. Avtorji so ugotovili tudi zmanjšano spolno aktivnost zaradi pomanjkanja energije pri moških, kot tudi zmanjšanje libida in težje vzpostavitve erekcije in ejakulacije (Yilmaz et al., 2017).

Spolnost je najbolj intimno področje človeka, zato je o njej tudi težje govoriti. Da te težave lahko omilimo, je o njih potrebno spregovoriti čim prej in izbrati primeren trenutek. Najprimernejši trenutek je, ko težave z uriniranjem in defekacijo povežemo s spolnostjo. Potreben je holističen pristop in vključevanje različnih strokovnjakov zdravnikov (urologov, ginekologov, psihiatrov, nevrologov, zdravnikov družinske medicine), medicinskih sester, psihologov, socialnih delavcev, fizioterapevtov, delovnih terapevtov ter zakonskih in družinskih psihoterapevtov. Oseba z multipla sklerozo mora v partnerskem in spolnem življenju zaradi težav, ki jih ima, spremeniti vlogo iz odvisne v podrejeno, kar spremeni pravila in vloge med partnerjema (Pirečnik Noč, 2020).

Medicinska sestra ima povezovalno vlogo med zdravnikom in pacientom. Pomembna je individualna obravnava pacienta v času postavitve diagnoze, uvedbe zdravljenja in obdobjih poslabšanja. Pomembna vloga medicinske sestre je edukacija pacienta o pravilnem shranjevanju, pripravi, aplikaciji, časovni razporeditvi zdravil in opazovanju stranskih učinkov (Kokol, 2014).

»Multipla skleroza je bolezen tisočerih obrazov, pri kateri se težko opiramo samo na merila in smernice, ki pa nam kljub vsemu morajo predstavljati okvir, ki bo zagotavljal etično in pravično obravnavo za vse. Pri etičnosti in pravičnosti nas lahko omejujejo preozko znanje, zahteve in odločitve nadrejenih in zavarovalnice. Zdravljenje oseb z multipla sklerozo mora biti individualizirano, kar pomeni, da mora oseba aktivno sodelovati z zdravnikom pri postavljanju ciljev rehabilitacije in tako tudi prevzeti določeno odgovornost, kar ustvarja etične dileme pri pacientu in zdravniku.« (Udovčić Pertot, 2017)

»Pojavljajo se vprašanja, kot so:

- Kdo bo določil potrebe osebe z multipla sklerozo?
- Kako naj uravnotežimo obravnavo med pacientovimi željami in diagnosticiranimi problemi, ki smo jih ugotovili v rehabilitacijskem timu?
- Kateri pacient je bolj upravičen do terciarne obravnave?
- Do katere meje podpreti pacienta v iskanju alternativnih rešitev za njegove težave?
- Ali pacientom z multipla sklerozo res zagotavljamo kakovostno obravnavo?« (Udovčić Pertot, 2017).

3 RAZPRAVA

Telesna podoba ima pomemben delež pri razumevanju samega sebe. Kako se človek počuti, je močno povezano s tem, kaj misli o svojem telesu. Telo je najbolj vidni del človeka in zajema osrednji del njegovih zaznav. Telesna podoba je vsota zavestnih in podzavestnih stališč, ki jih ima posameznik glede svojega telesa.

Zdravstvena nega pacienta s spremenjeno telesno podobo je dandanes vedno bolj pomembno področje v zdravstveni negi. Za medicinske sestre je pomembno poznavanje konceptov

posameznikove samopodobe in kako je le-ta popolnoma spremenjena in pacienta privede do globokih fizičnih in čustvenih težav.

Vsi pacienti, ki imajo spremenjeno telesno podobo, so nekaj izgubili, zato je za medicinsko sestro pomembno, da pozna faze doživljanja in s poglobljenim izobraževanjem pridobi znanje za kompetentno obravnavo specifičnih pacientov.

LITERATURA IN VIRI

1. Klemenc, D. (2008). Etika v zdravstveni negi otroka in mladostnika – v odnosu na spremenjeno telesno podobo (stomo). In D. Ščepanović (Ed.), *Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika*, (pp. 143-144). Portorož: Zbornica zdravstvene in babiške nege slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/smsztp_zbornik_portoroz_2008_web.pdf#page=145 (6.2.2022)
2. Kokol, M. (2014). Pomen pravilne aplikacije zdravil pri bolnikih z multiplo sklerozo. In H. Tušar (Ed.) *Teorija in praksa v zdravstveni negi nevrološkega bolnika*, (pp. 53-56). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nevrologiji. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Teorija-in-praksa-v-zdravstveni-negi-nevrolo%C5%A1kega-bolnika.pdf> (9.2.2022)
3. Latkovič, B. (2002). *Bolnik in zdravnik – partnerja v komuniciranju*. Ljubljana: Društvo pljučnih bolnikov Slovenije.
4. Petek, A. (2011). Obravnavo pacienta s črevesno stomo v domačem okolju. In S. Majcen Dvoršak (Ed.). *Stoma, rane, inkontinenca – aktivnosti zdravstvene nege* (103-109). Ankaran: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Slovenije sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/stome_rane_inkontinenca_aktivnosti_v_zdravstveni_negi_celota.pdf (7.2.2022)
5. Pirečnik Noč, A, Šega Jazbec, S., Gostečnik, C. (2020) . Spolna disfunkcija pri slovenskih pacientih z multiplo sklerozo: presečna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(3), pp. 223–229. Dostopno na: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3012/2943> (9.2.2022)
6. Snoj, Z. (2009). Duševna stiska ob soočanju z rakom dojke. In A. Janežič (Ed.). *Rak dojke. Zbornik predavanj* (113–115). Ljubljana.
7. Šmitek, J. (2004). Etika v praksi – izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. *Obzornik zdravstvene nege*; 38: 319–24. Dostopno na: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2520/2453> (6.2.2022)
8. Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., Goričan, A.. (2009). Informiranost kot ključno vodilo do kakovosti življenja pacientov s stomo. *Obzornik zdravstvene nege*; 43(4):253–60. Dostopno na: <https://obzornik.zbornicazveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2732/2664> (6.2.2022)

9. Štemberger Kolnik, T., Majcen Dvoršak, S., Hribar, B. (2009). Pacienti s stomo v okviru primarnega zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege*; 43 (4): 285–290. Dostopno: <https://obzornik.zborniczveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2737/2669> (7.2.2022)
10. Tomc Šalamun, D. (2009). Ali smo ljudi s stomo usposobili za kakovostno življenje? *Obzornik zdravstvene nege*: 43(4):261–7. Dostopno na: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2733/2665> (7.2.2022)
11. Udovčić Pertot, A. (2017). *Etične dileme v rehabilitaciji pacientov z multiplo sklerozo*. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana. Dostopno na: https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2017_SI_p132-135.pdf (9.2.2022)
12. Wilson, C. A. (1977). *I am an Oostomate*. Chicago: International Ostomy Association Bulletin
13. Wrightington, W. & Leigh, N. H. S. (2013). *Foundation Trust. Breast Care Nursing Service. Patient Information*.
14. Sema D. Yılmaz, Haluk Gumus, Faruk O. Odabas, Halil E. Akkurt & Halim Yılmaz (2017). Sexual Life of Women with Multiple Sclerosis: A Qualitative Study, *International Journal of Sexual Health*, 29:2, 147-154, DOI: [10.1080/19317611.2016.1259705](https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1259705)
15. Ziherl, S. (2004). Odziv bolnikov na invalidnost in spremembe. In: Tomc Šalamun D, ed. *Celostna obravnava stomista: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Škofja Loka, 19. in 20. april 2004* (26–9). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom; 2004:
16. Zorman, P. (2013). Rekonstrukcija dojk po mastektomiji. In Matković M. (Ed.). *Pacientke z rakom dojk – trendi in novosti* (52–60). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji. Dostopno na: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/10/Pacientke-z-rakom-dojk-trendi-in-novosti.pdf> (9.2.2022)

UPORABA SVINČENE ZAŠČITE ZA PACIENTE: ANKETA MED SLOVENSKIMI RADIOLOŠKIMI INŽENIRJI

USE OF LEAD SHIELDING FOR PATIENTS: SURVEY OF SLOVENIAN RADIOLOGICAL ENGINEERS

Katarina Hren, dipl. inž. rad. tehnol.

doc. dr. Nejc Mekiš, mag. inž. rad. tehnol.

asist. Laura Dolenc, mag. inž. rad. tehnol.

Zdravstvena fakulteta, Katedra za radiološko tehnologijo

laura.dolenc@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Na področju uporabe stične svinčene zaščite za paciente med radiološkimi posegi se pojavljajo nove smernice, ki priporočajo njeno opustitev. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kaj o njih menijo slovenski radiološki inženirji.

Metode: Najprej je bila uporabljena deskriptivna metoda - pregled literature. Sledila je kvantitativna tehnika raziskovanja s pomočjo anketnega vprašalnika. Naš vzorec so bili radiološki inženirji, ki so včlanjeni v ZDRI. Zbrane podatke smo obdelali s programom Microsoft Office Excel.

Rezultati: Ugotovili smo, da anketiranci na vseh diagnostikah večinoma ustrezno ščitijo vse preiskovance, prav tako pa bi pri naključno izbranih preiskavah uporabili ustrezno zaščito. Pri poznavanju najbolj radiosenzitivnih organov je pri dobri polovici še vedno prisotno zmotno prepričanje, da gonade spadajo mednje, ostale pa pozna večina. Več kot polovica anketirancev bi se strinjala z opustitvijo zaščite in bi se v primeru sprejetja teh priporočil tega tudi držali.

Diskusija in zaključek: Ugotovili smo, da anketiranci glede na trenutno prakso ustrezno ščitijo paciente in uporabljajo ustrezne zaščite. Večinoma dobro poznajo radiosenzitivne organe, pri ščititvi katerih je potrebno biti posebno pozoren. Več kot polovici se uporaba svinčene zaščite ne zdi smiselna in bi se strinjali z uvedbo novejših smernic. Za nadaljnje raziskovanje tematike priporočamo širši pregled literature.

Ključne besede: svinčena zaščita, ščitenje pacientov v radiologiji, uporaba svinčenih zaščit.

ABSTRACT

Introduction: New guidelines are emerging on the use of lead contact shielding for patients during radiological procedures, recommending its discontinuation. Our survey was aimed at finding out what Slovenian radiological engineers think about them.

Methods: First, a descriptive method was used - a literature review. This was followed by a quantitative research technique using a survey questionnaire. Our sample were radiological

engineers who are members of the NDRA. The collected data were processed using Microsoft Office Excel.

Results: We found that respondents mostly use adequate protection for all subjects in all diagnostic tests and would use adequate protection in randomly selected tests. When it comes to knowledge of the most radiosensitive organs, a good half still have the misconception that the gonads are one of them, while most people know the others. More than half of the respondents would agree to drop the use of lead protection and, if these recommendations were adopted, would stick to them.

Discussion and conclusion: We found that respondents' current practice is to adequately protect patients and use appropriate safeguards. They are mostly familiar with radiosensitive organs, which require special attention to protect. More than half do not consider the use of lead protection sensible and would be in favour of newer guidelines. A wider literature review is recommended to further explore the topic.

Keywords: lead shielding, patient protection in radiology, use of lead shielding.

1 UVOD

Leta 1895 je nemški fizik Röntgen odkril rentgensko sevanje in ga poimenoval x-žarki. S tem so se za medicino odprle možnosti razvoja novih diagnostičnih in terapevtskih metod (Medič et al., 2017). Hitro po tem odkritju pa so se začeli zavedati, da ima rentgensko sevanje tudi škodljive vplive na človekovo zdravje, zato so začeli z razvijanjem zaščite pred sevanjem (Zdešar, 2002). Okoli leta 1976 je bilo v Združenih državah Amerike prvič predstavljeno in uvedeno ščitenje pacientov pred rentgenskim sevanjem med preiskavami. Vedeli so, da je izpostavljenost sevanju pri diagnostičnih pregledih prenizka, da bi lahko vplivala na plodnost, vendar so izrazili skrb glede možnih dednih učinkov. Zato je bila v omenjenih predpisih izpostavljena le zaščita gonad pred rentgenskim sevanjem. Dolgotrajna praksa ščitenja pacientov je privedla do tega, da so predvsem pacienti uporabe zaščite navajeni, vendar pa čedalje več raziskav vzbuja pomisleke glede njene učinkovitosti. Posledično je prišlo do naraščanja trenja med pacienti, ki še vedno pričakujejo njeno uporabo, in strokovnjaki, ki predlagajo, da se opusti. Po letu 1959 pa so se tudi učinki zaradi sevanja močno zmanjšali, predvsem zaradi tehničnega in tehnološkega napredka (Marsh & Silosky, 2019).

Trenutno soglasno stališče glavnih organov, ki se ukvarjajo z zaščito pred sevanjem in z medicinskim slikanjem v Evropi, so povzeli Hiles in sodelavci (2022). To je, da se stična svinčena zaščita za preiskovance opusti, saj nepravilna postavitev zaščite v vidnem polju (Field of View – FOV) in premikanje pacienta privedeta do ponavljanja slikanja. Visok atenuacijski koeficient zaščite lahko vpliva na delovanje avtomatske kontrole ekspozicije, kar vodi v povečanje doze za pacienta. Prav tako z zaščito ne moremo odstraniti večine sipanega sevanja, ki se zgodi v telesu.

2 METODE

V prvem delu raziskave smo uporabili deskriptivno oz. opisno metodo, ki je obsegala pregled literature.

V drugem delu raziskave smo si zastavili sledeča raziskovalna vprašanja:

- Ali radiološki inženirji pri preiskavah ščitijo paciente v skladu z dobro radiološko prakso?
- Katere zaščite uporabljajo radiološki inženirji za ščitenje pacientov?
- Kaj radiološki inženirji menijo o priporočilih iz tujine, da se svinčene zaščite ne uporabljajo več?

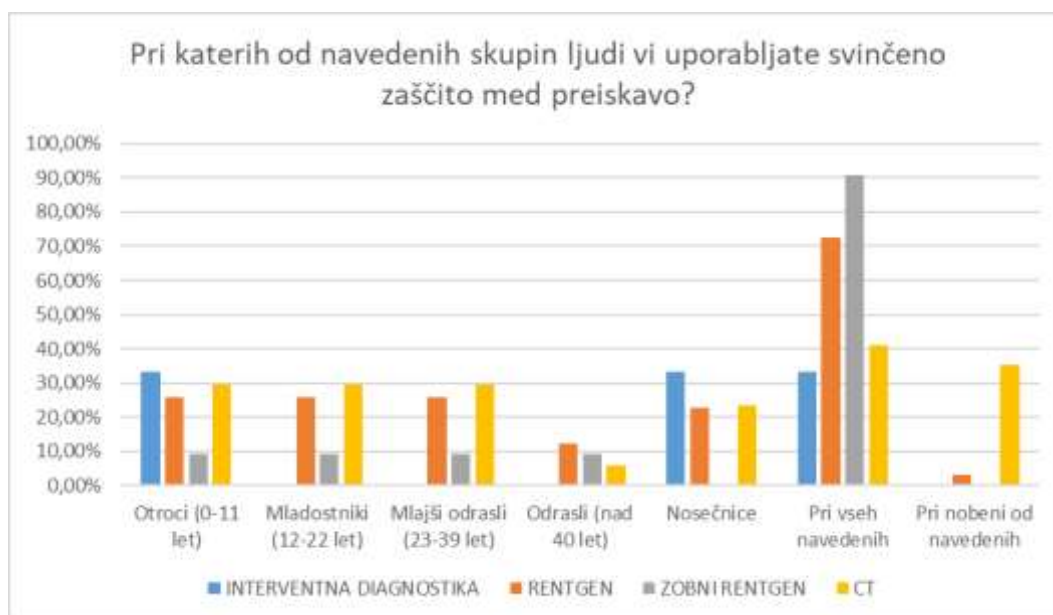
Uporabili smo kvantitativno metodo zbiranja podatkov, in sicer s pomočjo anketnega vprašalnika. Naša populacija so bili vsi radiološki inženirji v Sloveniji, vzorec v raziskavi pa radiološki inženirji, ki so člani Strokovnega združenja radioloških inženirjev Slovenije (ZDRI) in so rešili naš anketni vprašalnik. Velikost vzorca je bila 107 ljudi. Anketni vprašalnik je bil narejen na platformi Google Forms, prek katere je anketiranje potekalo med 7. 3. 2022 in 8. 4. 2022. Pred začetkom anketiranja smo pridobili dovoljenje s strani predsedstva ZDRI, nato pa izvedli testiranje anketnega vprašalnika s pomočjo osmih radioloških inženirjev. Za obdelavo pridobljenih podatkov smo uporabili računalniški statistični program Microsoft Office Excel. Rezultate smo nato grafično predstavili s tortnimi in stolpčnimi grafi.

3 REZULTATI

Anketni vprašalnik je bil poslan vsem članom ZDRI, natančneje 620 članom, do konca pa ga je rešilo 107 članov oziroma 17,26 %.

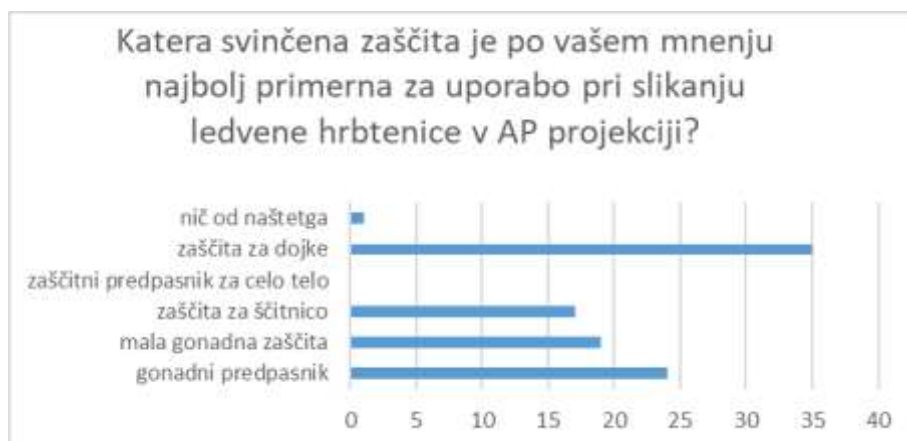
V anketni vprašalnik smo vključili tri demografska vprašanja. Na podlagi tretjega, na katerem oddelku so zaposleni, so anketiranci mogli rešiti različne sklope vprašanj.

Z našim prvim raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti, pri katerih starostnih skupinah pacientov radiološki inženirji uporabljajo stično svinčeno zaščito, torej ali jo uporabljajo pri vseh ali le pri določenih skupinah ljudi. Odgovore smo nato analizirali po diagnostikah. Rezultati so prikazani spodaj na Slika. Odgovori treh anketirancev, ki so označili, da so zaposleni na interventni diagnostiki, so bili popolnoma različni. Zaposleni na zobnem rentgenu in rentgenu so večinoma, v 90 % in 72,7 %, odgovorili, da pri svojem delu ščitijo vse navedene starostne skupine ljudi. 41,2 % tistih, ki delajo na CT diagnostiki, je odgovorilo, da ščitijo vse navedene skupine ljudi, medtem ko jih je 35,3 % odgovorilo, da pacientov med preiskavo ne ščitijo.

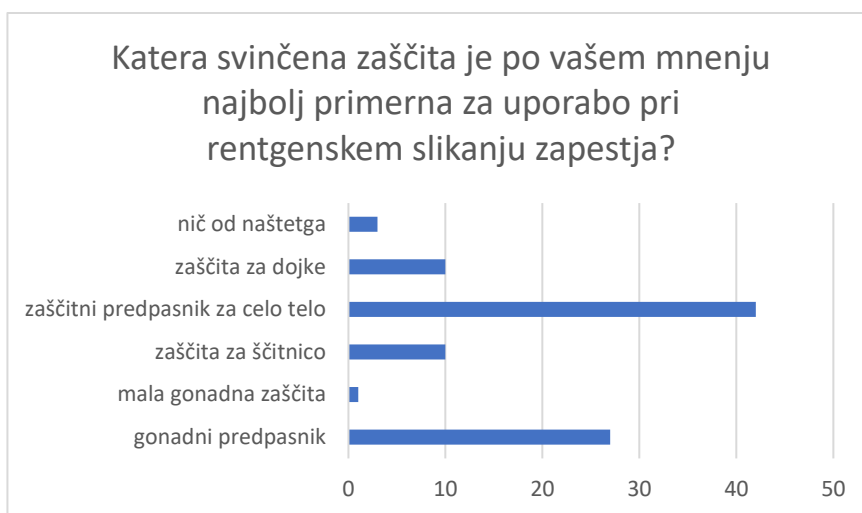


Slika 1: Uporaba stične svinčene zaščite za paciente glede na njihovo starost, razporejeno po različnih diagnostikah

Pri drugem raziskovalnem vprašanju, katere svinčene zaščite uporabljajo inženirji pri svojem delu, nas je zanimalo, katere uporabljajo pri nekaterih naključno izbranih preiskavah oziroma slikovnih projekcijah. Radiološkim inženirjem, zaposlenim na rentgenski diagnostiki, študentom in pripravnikom smo zastavili vprašanje, katere svinčene zaščite se jim zdijo najbolj primerne pri rentgenskem slikanju ledvene hrbtenice in zapestja v anteroposteriorni (AP) projekciji.

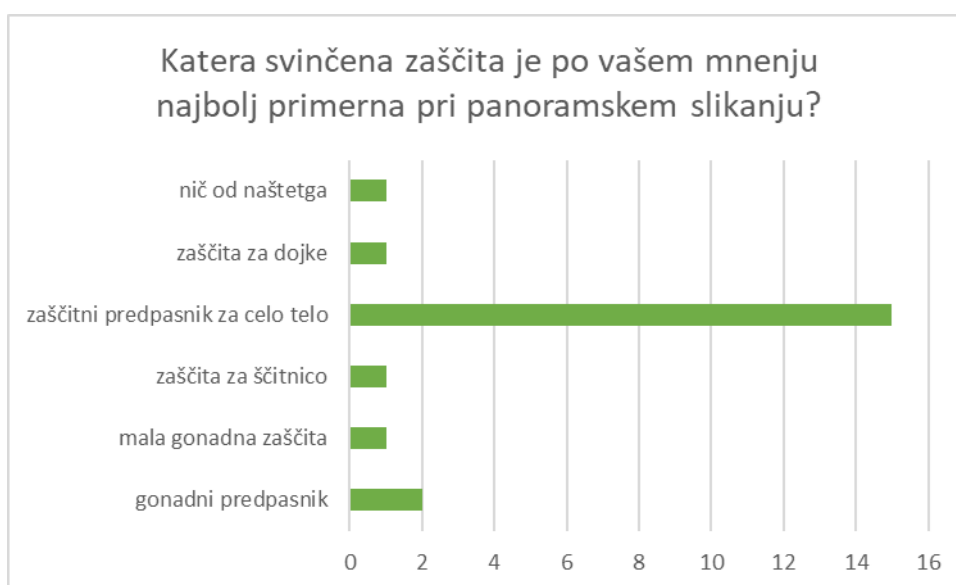


Slika 2: Po mnenju anketirancev najbolj primerne stične svinčene zaščite pri slikanju ledvene hrbtenice v AP projekciji



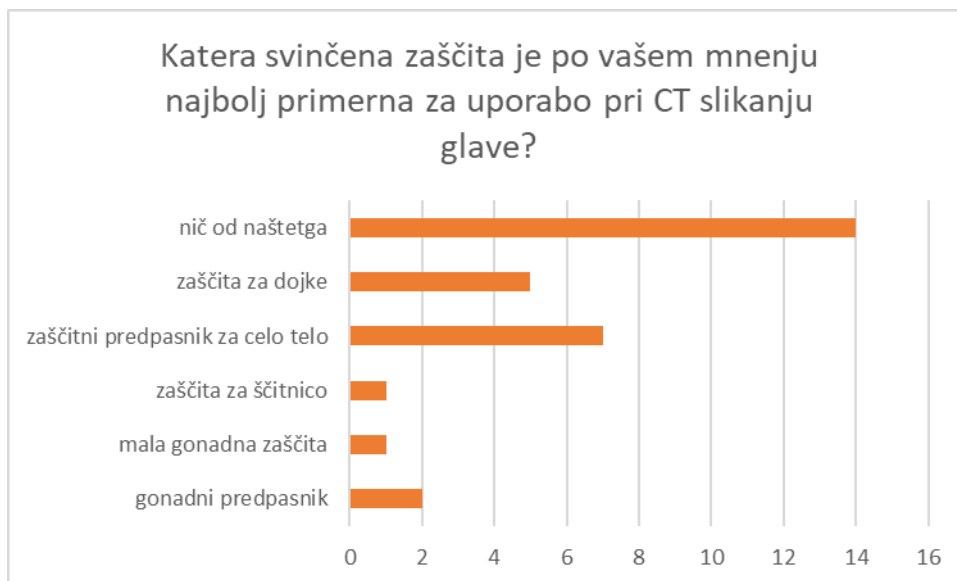
Slika 3: Po mnenju anketirancev najbolj primerne stične svinčene zaščite pri rentgenskem slikanju zapestja v AP projekciji

Za slikanje ledvene hrbtenice v AP projekciji bi največ, 53 % vprašanih, uporabilo zaščito za dojke. S 36 % sledi gonadni predpasnik in z 28 % mala gonadna zaščita, kot je prikazano na Slika. Pri vprašanju o najbolj primerni stični svinčeni zaščiti pri slikanju zapestja v AP projekciji je 63,6 % anketirancev odgovorilo, da je to predpasnik za celo telo. Druga najbolj primerna zaščita je po njihovem mnenju gonadni predpasnik z 41 %. Rezultati so prikazani zgoraj na Slika .



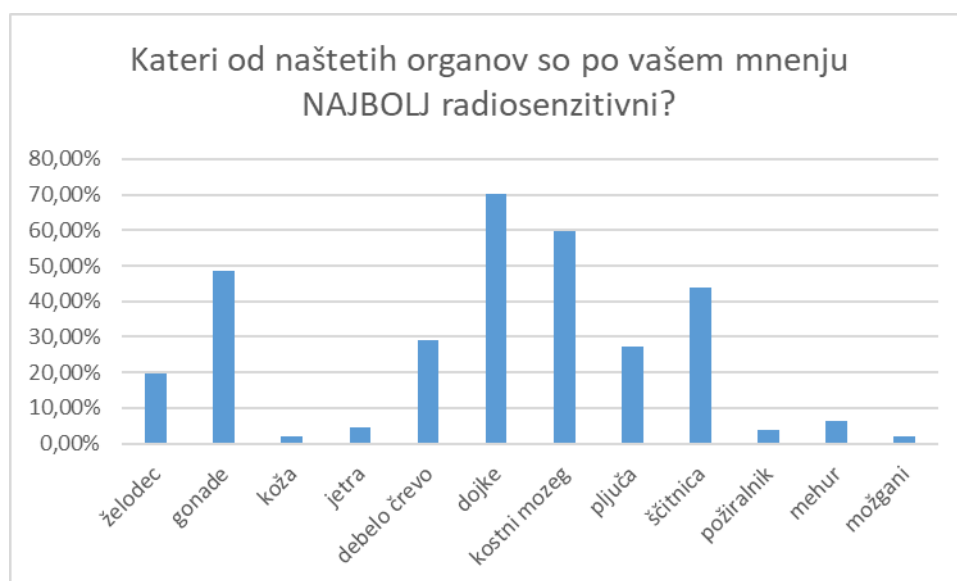
Slika 4: Najbolj primerna svinčena zaščita pri panoramskem slikanju zob

71,4 % anketirancev, ki so dobili vprašanje o najbolj primerni zaščiti pri panoramskem slikanju zob, je odgovorilo, da bi pri tej preiskavi uporabili zaščitni predpasnik za celo telo. Odgovore na to vprašanje lahko vidite zgoraj na Slika 4.



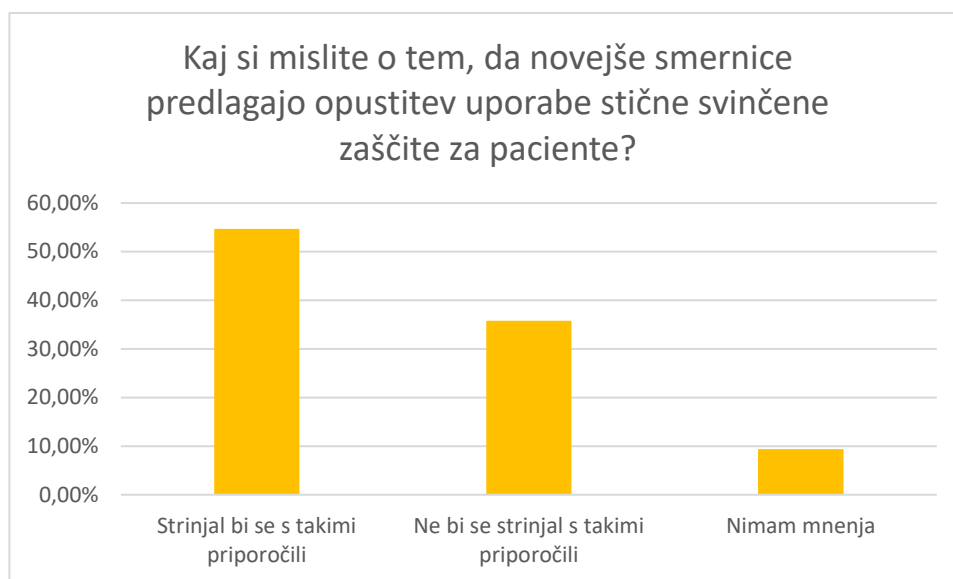
Slika 5: Najbolj primerna svinčena zaščita pri CT slikanju glave

Pri CT slikanju glave 58 % vprašanih ne bi uporabilo nobene od navedenih svinčenih zaščit, kot je razvidno iz grafa na Slika .



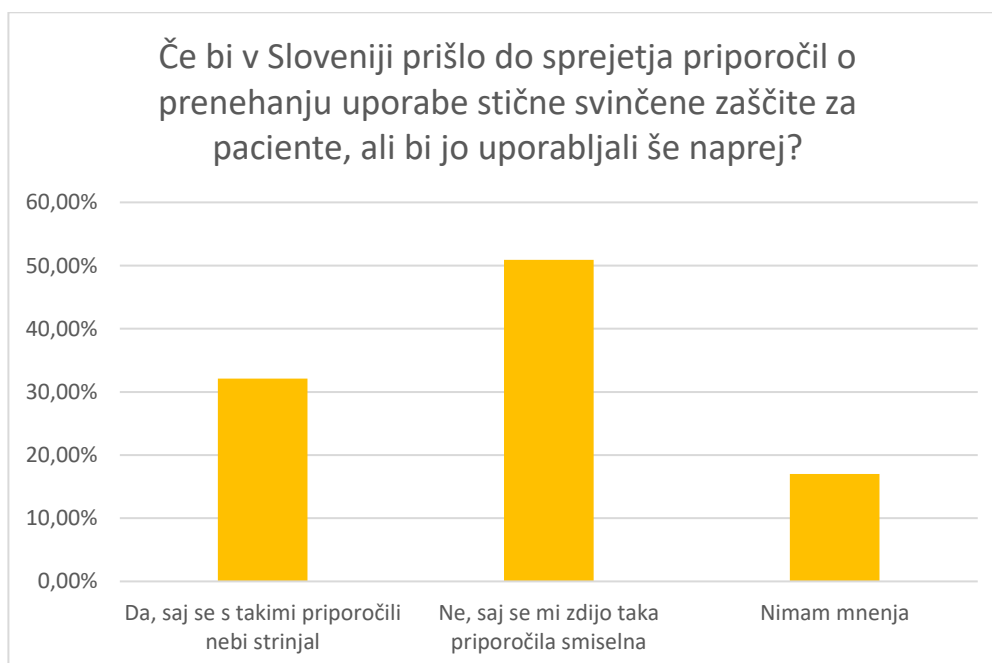
Slika 6: Najbolj radiosenzitivni organi po mnenju anketirancev

Vprašanje »Kateri organi so najbolj radiosenzitivni?« smo zastavili vsem anketirancem. Odgovore na to vprašanje lahko vidite na Slika . Najbolj radiosenzitivni organi so tisti, ki imajo najvišji utežni faktor. Po najnovejših raziskavah v to skupino spadajo rdeči kostni mozeg, pljuča, dojke, želodec in debelo črevo. Anketiranci se dobro zavedajo tega, da sta rdeči kostni mozeg in dojke med najbolj občutljivimi (60 % in 70 % odgovorov), skoraj 50 % pa jih zmotno misli, da v to skupino še vedno spadajo tudi gonade.



Slika 7: Strinjanje oz. nestrinjanje anketirancev s smernicami o opustitvi svinčene zaščite

Iz Slika 7 lahko razberemo, da bi se več kot polovica vseh anketirancev strinjala s priporočili, ki predlagajo opustitev zaščite za paciente, sledi okoli 36 % anketirancev, ki se z omenjenimi smernicami ne bi strinjali, desetina anketirancev pa o tej temi nima mnenja. Za konec nas je zanimalo, ali bi po morebitnem sprejetju takih priporočil anketiranci še naprej uporabljali zaščito. Odgovore na to vprašanje lahko vidite spodaj na Slika . Okoli 51 % bi se držalo teh smernic, okoli 32 % pa ne in bi jo uporabljali še naprej.



Slika 8: Ravnanje anketirancev v primeru, da bi bile v Sloveniji sprejete smernice o opustitvi zaščite

4 RAZPRAVA

Na prvo raziskovalno vprašanje, ali radiološki inženirji pri preiskavah ščitijo vse paciente v skladu z dobro radiološko prakso, smo dobili pritrdilen odgovor, saj bi anketiranci na vseh diagnostikah ščitili vse starostne skupine pacientov. To narekuje tudi trenutna zakonodaja.

Z vprašanjem, katere zaščite uporabljajo anketiranci, smo želeli ugotoviti, ali tudi v praksi uporabljajo vrste zaščit za preiskovance, ki jih trenutno narekuje teorija. Za slikanje ledvene hrbtenice v AP projekciji bi 36 % anketirancev, ki so zaposleni na rentgenski diagnostiki, študentov in pripravnikov uporabilo gonadni predpasnik, 28 % malo gonadno zaščito in 53 % zaščito za dojke. Z uporabo slednje so Mekiš in sodelavci (2018) ugotovili, da se doza na dojke zmanjša za 80 %. Vendar pa uporabe svinčene zaščite za ščitnico Hiles in sodelavci (2022) ne priporočajo več pri CT slikanju, mamografiji ali diaskopiji, tudi ko se ščitnica ne nahaja v FOV. V naši raziskavi je 58 % anketirancev odgovorilo, da zaščite pri CT slikanju glave ne bi uporabili.

Nato nas je zanimalo, kaj menijo anketiranci o smiselnosti uporabe stične svinčene zaščite. Več kot polovica je odgovorila, da se jim njena uporaba ne zdi smiselna in bi se jih zato 54,7 % strinjalo z novejšimi priporočili, ki predlagajo njeno opustitev. Vseeno jih 35,8 % meni, da ta priporočila niso smiselna, kar pokaže tudi podatek, da 30 % anketirancev ne bi upoštevalo novejših smernic, tudi če bi bila uradno sprejeta v Sloveniji. Eden od anketirancev nam je pri tem odgovoru pojasnil, da bi bil v tem primeru njegov razlog za nadaljnjo uporabo zaščite ta, da so pacienti zaščite navajeni in se ob njeni uporabi počutijo bolj varne. Meni, da bi jim bilo težko in zamudno pojasnjevati, zakaj se zaščita ne uporablja več. Veliko anketirancev bi po sprejetju takšnih smernic vseeno ščitilo določene skupine ljudi kot so otroci, mlajše ženske in nosečnice, kar pa je v nasprotju z priporočili, ki so jih objavili Hiles in sodelavci (2022).

Ugotovili smo, da anketiranci dobro poznajo radiosenzitivne organe, vendar jih skoraj polovica še vedno misli, da so gonade med najbolj radiosenzitivnimi, kar pa se je nedavno spremenilo. Njihov utežni faktor je bil prej 0,25, sedaj pa je 0,08. Hiles in sodelavci (2022) ne priporočajo ščitenja gonad pri rentgenskih slikanjih moških in žensk, ne glede na to, ali se nahajajo v FOV. Če se v njem nahajajo, se z zaščito lahko zelo hitro pokrije pomembne anatomske strukture, zaščita lahko vpliva tudi na avtomatsko kontrolo ekspozicije. Ko se gonade ne nahajajo v FOV, je zmanjšanje tveganja zaradi izpostavljenosti sevanju zanemarljivo pri obeh spolih, ne glede na starost. Podobna stališča so izrazili tudi Frantzen in sodelavci (2011), saj se zaradi uporabe moderne tehnologije in optimiziranih protokolov slikanja doze na paciente zmanjšujejo, zato zaščita gonad ni več potrebna. Razlog je tudi to, da lahko pride pri nepravilni postavitvi zaščite do izgube diagnostično pomembnih informacij in posledično ponavljanja slikanja. Tudi ko zaščita ni bila uporabljena, je bila efektivna doza na gonade zelo majhna, in sicer med 0,008 in 0,098 mSv.

5 ZAKLJUČEK

Z našo raziskavo smo ugotovili, da radiološki inženirji večinoma uporabljajo stično svinčeno zaščito ustrezno, v skladu s trenutno dobro radiološko prakso in pri vseh starostnih skupinah ljudi, ne glede na vrsto diagnostike. Prav tako smo ugotovili, da anketiranci dobro poznajo radiosenzitivne organe, vendar pa skoraj polovica anketirancev še vedno misli, da so gonade najbolj radiosenzitiven organ, kljub temu da temu ni več tako. Nadalje smo ugotovili, da se več kot polovici anketirancev, natančneje 54,7 %, ne zdi smiselna uporaba stične svinčene zaščite, saj bi se strinjali z novejšimi priporočili, ki predlagajo, da se njena uporaba opusti. Vseeno ni zanemarljiv delež anketirancev, 35,8 %, ki pa se jim te smernice ne zdijo smiselne. Nazadnje smo ugotovili, da se po sprejetju takih smernic pri nas 30 % anketirancev ne bi držalo teh priporočil in bi svinčeno zaščito še naprej uporabljali. Veliko jih je odgovorilo podobno, da bi tudi po sprejetju teh smernic še naprej ščitilo otroke, mlajše ženske in nosečnice.

Za nadaljnje raziskovanje te tematike predlagamo širši pregled literature, anketiranje večjega vzorca ali pa opazovanje med preiskavami.

LITERATURA IN VIRI

1. Frantzen, M. J., Robben, S., Postma, A. A., Zoetelief, J., Wildberger, J. E., & Kemerink, G. J. (2011). Gonad shielding in paediatric pelvic radiography: disadvantages prevail over benefit. *Insights Imaging* (2012) 3:23-32. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292647/pdf/13244_2011_Article_130.pdf
2. Hiles, P., Gilligan P., Damilakis J., Briers, E., Candela-Juan, C., Faj, D. et al. (2022). European consensus on patient contact shielding. *Physica Medica*, 1 (96), 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.ejmp.2021.12.006>
3. Marsh, M. R., Silosky, M. (2019). Patient Shielding in Diagnostic Imaging: Discontinuing a Legacy Practice. *American Roentgen Ray Society* 212:755-757. <https://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/AJR.18.20508>
4. Medič, M., Žibert J. & Mekiš N. (2017). *Radiološka tehnologija 1: Učbenik za študente radiološke tehnologije*. Univerza v Ljubljani: Zdravstvena fakulteta, pp. 1-2.
5. Zdešar, U. (2002). *Določanje obsevanosti pacientov zaradi rentgenskih preiskav v Republiki Sloveniji*. ZVD Zavod za varstvo pri delu d. d. <https://www.zvd.si/media/medialibrary/2010/11/zvzs-kd.pdf>

NAČRTOVANJE TURISTIČNEGA OBJEKTA TERME ČATEŽ PO NAČELIH UNIVERZALNEGA OBLIKOVANJA

DESIGNING TERME ČATEŽ TOURIST FACILITY ACCORDING TO THE PRINCIPLES OF UNIVERSAL DESIGN

Tina Štrasner, dipl. del. ter.

viš. pred. mag. Alenka Plemelj Mohorič

izr. prof. dr. Mateja Dovjak,

UL, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za delovno terapijo

alenka.plemelj@zf.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Težnja po oblikovanju in načrtovanju okolja, ki bi bilo uporabno vsem ljudem, ne glede na njihove sposobnosti in zmožnosti, je vedno bolj prepoznana potreba in je domena tudi delovnega terapevta. Pri načrtovanju turističnih produktov v dostopnem turizmu ima pomembno vlogo univerzalno oblikovanje. Preverjali smo univerzalno dostopnost mobilne hiške v Termah Čatež in prikazali predlog univerzalnega načrtovanja objekta, ki bo dostopen vsem.

Metode: Študija primera načrtovanja izbranega turističnega objekta po pristopu šestih korakov univerzalnega oblikovanja.

Rezultati: Objekt ni skladen z zahtevami in s priporočili za univerzalno dostopni objekt, zato osebe z zmanjšano zmožnostjo v takem objektu ne bi funkcionirale. Podan je predlog prilagoditev, ki bi naredile objekt dostopnejši. Ključne prilagoditve bi zahtevale večje posege v konstrukcijo samega objekta.

Diskusija in zaključek: V Sloveniji je univerzalno dostopna turistična ponudba še vedno zelo okrnjena. Ponudba je velikokrat bolj prilagojena gibalno oviranim, medtem ko so druge skupine oseb z zmanjšano zmožnostjo pozabljene. Pri načrtovanju in oblikovanju tovrstnih objektov lahko delovni terapevt s svojim znanjem veliko prispeva, vendar še ni vključen v multidisciplinarni pristop.

Ključne besede: univerzalno oblikovanje, dostopni turizem, osebe z zmanjšano zmožnostjo, mobilna hiška, prilagoditev

ABSTRACT

Introduction: The tendency to design and plan an environment that would be useful to all people regardless of their abilities and capabilities is an increasingly recognized need and is also the domain of the occupational therapist. Universal design plays an important role in the planning of tourist products in accessible tourism. We checked the universal accessibility of the mobile home

in Terme Čatež and presented a proposal for universal planning of the facility which will be accessible to everyone.

Methods: A case study of the planning of a selected tourist facility according to the approach of six steps of universal design.

Results: The facility does not comply with the requirements and recommendations for a universally accessible facility. Therefore, persons with reduced abilities would not function in such a facility. A proposal for adjustments that would make the facility more accessible is given. Key adjustments would require major interventions in the construction of the building.

Discussion and conclusion: In Slovenia, the universally accessible tourist offer is still very limited. The offer is often more adapted to the physically challenged while other groups of people with reduced abilities are forgotten. In the planning and design of such facilities, the occupational therapist can contribute a lot with his knowledge. However, he is not yet involved in a multidisciplinary approach.

Keywords: universal design, accessible tourism, person with reduced abilities, mobile home, adaption

1 UVOD

Skoraj vsak izmed nas se v nekem obdobju življenja sreča s poškodbo in izkusi začasno oviranost zaradi zmanjšane zmožnosti. Svetovna zdravstvena organizacija navaja, da se približno 16 % svetovnega prebivalstva srečuje z zmanjšano zmožnostjo, število pa z leti zaradi staranja prebivalstva in povečanja razširjenosti nenalezljivih bolezni krepko narašča (World Health Organization, 2023). Pod izrazom zmanjšana zmožnost uvrščamo osebe s telesnimi, z duševnimi, intelektualnimi in s senzoričnimi okvarami oziroma osebe, ki so na kakršen koli način ovirane za polno in učinkovito sodelovanje v družbi (World Health Organization, 2001).

Na izkušnje in obseg zmanjšane zmožnosti močno vpliva človekovo okolje. Nedostopna okolja ustvarjajo ovire, ki pogosto onemogočajo polno in učinkovito sodelovanje ter vključevanje oseb z zmanjšano zmožnostjo kot enakopravnih članov družbe. Grajeno okolje namreč velikokrat vsebuje arhitekturno – komunikacijske ovire in dostopnost do informacij (Urbanistični inštitut Republike Slovenije, 2010). Izboljšanje vključenosti oseb lahko dosežemo z dostopnostjo okolja in s prilagajanjem zahtev osebam z zmanjšano zmožnostjo za njihovo vsakodnevno delovanje, to pa lahko storimo z upoštevanjem načel univerzalnega oblikovanja (Cassi, Kajita, & Popovic - Larsen, 2021).

Univerzalno oblikovanje je pristop projektiranja stavb in produktov, uporabnih celotnemu krogu uporabnikov ne glede na njihove potrebe in sposobnosti (Mace, 1985; Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov ..., 2008). Cilj univerzalnega oblikovanja je enakovredno

vključevanje celotne populacije v družbo (Albreth et al., 2017). Načel in strategij univerzalnega oblikovanja se pri svojem delu poslužujemo tudi delovni terapevti.

Delovni terapevti smo zdravstveni delavci, ki promoviramo zdravje in dobro počutje skozi vključevanje v dejavnosti ali aktivnosti, ki dajejo osebi smisel in namen (AOTA, 2008). Poleg različnih poslanstev ima delovni terapevt vlogo v procesih prilagajanja okolja, v katerih sodeluje pri oblikovanju grajenega okolja na način, da omogoči obogateno kontekstualno izkušnjo in izkušnjo dejavnosti v naravnem kontekstu življenja ter tako izboljša kakovost življenja oseb z zmanjšano zmožnostjo (AOTA, 2014). Zahteve za univerzalno graditev najdemo v Gradbenem zakonu (Ur. l. RS, št. 61/17, 72/17 – popr., 65/20, 15/21 – ZDUOP in 199/21 – GZ-1) in standardih v Pravilniku o univerzalni graditvi: SIST ISO 21542: 2012, SIST 1186 in SIST EN 60118-4 (Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov, 2018).

Zmanjšana zmožnost človeka omeji na različnih področjih njegovega delovanja, med drugim tudi na področju prostega časa. Turizem spada pod pomembno pristočasno dejavnost, ki ne le da osebi predstavlja užitek in sprostitvev, ampak ji pomaga pridobiti ponovno zaupanje ter nadzor nad okoljem in oviranostjo (Chen & Chippendale, 2018). Po načelih univerzalnega oblikovanja bi se bilo smiselno ravnati pri oblikovanju turistične ponudbe, saj je ta po raziskavah velikokrat neprilagojena in nedostopna osebam z zmanjšano zmožnostjo (Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov ..., 2008).

Univerzalno oblikovanje je del dostopnega turizma. To je turizem, ki omogoča uporabo turističnih produktov, storitev in okolja ljudem z motoričnimi, s slušnimi, z vidnimi in s kognitivnimi težavami (Darcy & Dickson, 2009). Dostopni turizem se torej osredinja na načrtovanje turističnih destinacij, izdelkov in storitev na način, da bodo ti dostopni celotnemu naboru uporabnikov, vključno z invalidnimi osebami, starejšim in medgeneracijskim družbam. Vključuje odpravo stališč in institucionalnih ovir v družbi ter zajema dostopnost v fizičnem okolju, prometu, informacijsko-komunikacijskih in drugih objektih in storitvah (European network for accessible tourism, 2010). Delovni terapevt je s svojim znanjem in specifičnim ocenjevanjem analize aktivnosti ter sposobnostjo prilagajanja izvajanja dejavnosti (Plemelj & Dovjak, 2019) pomemben član pri ustvarjanju ponudbe dostopnega turizma. Žal v to ni ni vedno vključen (Young et al., 2019). Namen raziskave univerzalnega načrtovanja turističnega objekta v Terme Čatež je bi bil zasnova mobilne hiške, uporabne za osebe z zmanjšanimi zmožnostmi in brez njih.

2 METODE

Raziskava je potekala v dveh delih. V prvem smo poiskali ponudnika nastanitve v kompleksu Terme Čatež, s katerim smo se dogovorili za sodelovanje in ogled ter analizo dejanskega stanja turističnega objekta. Analiza je temeljila na ocenjevalnem obrazcu za oceno univerzalne

dostopnosti okolja, ki smo ga za namen raziskave pripravili na podlagi veljavnih zakonskih zahtev in priporočil. V drugem delu smo na podlagi zbranih ugotovitev izdelali predlog potencialnih prilagoditev mobilne hiške po vzorcu univerzalnega načrtovanja po šestih korakih: določitev ciljne populacijske skupine, opredelitev namembnosti stavbe, nabor zakonskih zahtev in priporočil, ogled in ocena dejanskega stanja, izdelava zasnove (načrtovanje), verifikacija izvedbenega dela strokovnjakov (Razinger, 2018; Plemelj, Dovjak, 2019).

3 REZULTATI

Pri izdelavi predloge prilagoditve mobilne hiške Terme Čatež smo se osredinili na populacijske skupine, ki sodijo v skupino oseb z zmanjšano zmožnostjo. To so gibalno ovirane osebe, slepi in slabovidni, gluhi in naglušni, osebe z gluhoslepoto, osebe z motnjami duševnega zdravja ter osebe z drugimi ovirami: starejši, osebe s kronično nenalezljivimi boleznimi. Objekt se nahaja v kampu in je namenjen začasni namestitvi oseb ter ga po klasifikaciji CC-SI uvrščamo pod številko 12120 – »Druge gostinske stavbe za kratkotrajno nastanitev« (Uredba o razvrščanju objektov, 2022; Majcen, 2018).

Konkretnih in jasno opredeljenih zahtev za načrtovanje in oblikovanje univerzalno dostopnega objekta ni. Nanašajo se tudi predvsem na osebe z zmanjšano zmožnostjo in predvsem na gibalno ovirane, druge skupine oviranih pa so zapostavljene (Albreht & Zapušek Černe, 2018). Zakonske zahteve smo črpali iz standardov Pravilnika o univerzalni graditvi in uporabi objektov (Uradni list RS, št. 41/18 in 199/21 – GZ-1). Črpali smo tudi nekatera priporočila iz naslednjih priročnikov: Priročnik za načrtovanje brez ovir v zunanjem prostoru (Albreth et al., 2010), Z belo palico po mestu (Albreth, Zapušek - Černe, Krištof & Černe, 2016), Priročnik o dostopnosti objektov v javni rabi (Sendi et al., 2015) in Univerzalna stanovanjska graditev (Albreth et al., 2017). V ocenjevalnem obrazcu smo zahteve in priporočila razdelili na področja posebej za dostop do objekta, vstop v objekt in notranjost mobilne hiške.

Na podlagi ogleda in ocene mobilne hiške Terme Čatež smo ugotovili, da ta ni prilagojena za osebe z zmanjšano zmožnostjo in da zanje ni primerna. Neprilagojenost se kaže v dostopu, vhodu, oblikovanju notranjosti in v opremljenosti objekta samega. Najmanjša odstopanja od univerzalne dostopnosti so se pokazala pri vhodu v objekt, sledi dostop do objekta, največja odstopanja pa so bila v notranjosti mobilne hiške. Na poti do objekta so ponekod prisotne ovire, na nekaterih odsekih pa je pot tudi poškodovana. Za orientacijo za osebe z zmanjšano zmožnostjo ni poskrbljeno (odsotnost usmerjevalnih tipnih tabel, zvočnih oznak, talnih taktilnih oznak). Pri dostopu do mobilne hiške največjo oviro predstavljajo stopnice, ki onemogočijo vhod v objekt nekaterim skupinam oseb z zmanjšano zmožnostjo. Kot neprilagojeni pa so se izkazali tudi prostori v mobilni hiški: sanitarni prostor, kopalnica, kuhinja in spalnici. Odstopanja, ki so se najpogosteje pojavljala pri ocenjevanju notranjosti objekta in so ključna za univerzalno dostopen objekt, so bila: neustrezna širina vrat ter velikost prostorov in prostora za premikanje.

Večina vrat ni ustrezne širine, so preozka, prav tako pa je velikost prostorov majhna. Osebe z zmanjšano zmožnostjo v taki mobilni hiški ne bi funkcionirale. Poleg omenjenih ovir pa so se odstopanja pokazala tudi v neustreznosti opreme in elementov (neustrezne kljuke, višina stikal za upravljanje, odsotnost oprijemal, dvignjena tuš kabina, prenizka straniščna školjka, odsotnost praznega prostora pod umivalnikom in delovnimi površinami, neustrezna višina kuhinjskih elementov, neustrezne pipe, neustrezne garderobne omare). Za lažjo predstavo o velikosti in prostorski ureditvi objekta je priložen tloris mobilne hiške, prikazan na sliki 1.



Slika 1: Tloris mobilne hiške (vir: BLACOS, d. o. o.)

Na podlagi ocene dostopnosti mobilne hiške je bil pripravljen predlog idejne zasnove s pomočjo Pravilnika o univerzalni graditvi in uporabi objektov ter zahtev v standardih, ki smo jih omenili zgoraj. Poleg tega pa so bila uporabljena tudi priporočila iz različnih priročnikov na temo univerzalnega oblikovanja in dostopnega turizma.

Treba je urediti parkirišče ob mobilni hiški, odstraniti ovire na dostopni poti, omogočiti je treba tudi orientacijo na poti do objekta. To dosežemo z zagotovitvijo vizualnih, slušnih in tipnih informacij ter namestitvijo usmerjevalnih tabel. Za osebe, ki uporabljajo invalidski voziček, bi mobilna hiška zahtevala več prilagoditev, saj ta prvotno ni bila načrtovana in zgrajena za osebe na invalidskem vozičku. Ključne prilagoditve, ki bi jih bilo treba izvesti za povečanje dostopnosti notranjosti mobilne hiške, bi zahtevale večje posege v konstrukcijo. Treba je zagotoviti širine prehodov v notranjosti objekta najmanj 0,8 m, najmanj 1,5 x 1,5 m prostora za obračanje v prostorih in premestiti stikala za upravljanje na 0,80–1,0 m od tal, 0,6 cm stran od vogalov.

Druge prilagoditve so lažje izvedljive in ne posegajo toliko v samo konstrukcijo hiške. V kopalnici je tako treba namestiti ustrezna oprijemala, zagotoviti tuš kabino brez roba, namestiti zložljiv sedež v tuš kabino, zagotoviti straniščno školjko ustrezne višine ali straniščno povišico in urediti možnost klica v sili z namestitvijo gumba za klic. V kuhinji je treba omogočiti delovne površine na višini 0,85–1,05 m, prazen prostor pod umivalnim koritom in drugimi delovnimi površinami za dostop z invalidskim vozičkom, namestiti je treba tudi ustrezno kuhinjsko pipo, indukcijsko kuhalno ploščo z dodatnimi varnostnimi funkcijami namesto tiste z odprtim ognjem in ustrezní izvlecni hladilnik na višini 0,4–1,4 m od tal. V spalnici naj bo postelja ustreznih dimenzij, zagotoviti je treba garderobno omaro z drsnimi vrati s policami na višini 0,5–1,0 m od tal in pripomoček za lažje doseganje oblačila. V skupnem prostoru je treba umestiti gumb za klic v sili in telefon za povezavo z recepcijo, ki bi osebi z zmanjšano zmožnostjo omogočil dostop do informacij ali pa priklic pomoči.

Podrobne informacije o zasnovi prilagojene mobilne hiške so navedene v Štrasner (2022).

4 RAZPRAVA

Mobilna hiška Terme Čatež ni primerna za osebe z zmanjšano zmožnostjo, zato bi jo bilo treba prilagoditi. Prilagoditev je nujno potrebna predvsem v ureditvi klančine do vhoda v objekt ter zagotovitve ustreznih širin prehodov in zadostne velikosti prostorov, ki bi omogočili uporabo vseh skupin oseb z zmanjšano zmožnostjo. Pri prilagoditvi mobilne hiške skladno s predlaganimi prilagoditvami bi oblikovali univerzalno dostopen objekt, vendar ta tudi s prilagoditvijo ne bo popolnoma skladen z zakonskimi zahtevami in s priporočili, prav tako pa ne bo ustrezal potrebam vseh oseb z zmanjšano zmožnostjo. Objekt bo prilagoditvi toliko prilagojen, da bo zagotovil samostojnost, funkcioniranje ali celo udobje uporabnika.

Splet ponuja številna priporočila in smernice, s katerimi si pomagamo prilagoditi mobilno hiško, vendar je – dolgoročno gledano – treba vzpostaviti strategije za oblikovanje univerzalno dostopnejših objektov že v začetni fazi načrtovanja (Senior Living Headquarters, n. d.). Tako so na trgu na voljo različni ponudniki že prilagojenih mobilnih hišk (Polymobil, n. d.; Krnc, 2011). Čeprav sta izbira in nakup že prilagojenega objekta boljša, sta tudi bistveno dražja kot vključitev manj zahtevnih prilagoditev, ki smo jih predlagali za dotičen objekt.

Trenutno težko najdemo turistični objekt, ki bi na vseh področjih univerzalne dostopnosti ustrezal vsem skupinam uporabnikov; lep primer dobre prakse je mobilna hiška v kampu Čikat na Hrvaškem. Oblikovana je tako, da je prilagojena osebam z gibalno oviranostjo. Vhod v mobilno hiško je urejen s klančino, prostori so dovolj veliki za manevriranje z invalidskim vozičkom, prehodi med prostori so brez pragov. Urejene ima tudi sanitarne prostore, ki so opremljeni s stenskim umivalnikom, sedežem v tuš kabini, z oprijemali (Camping Čikat, n. d.). Opažamo ponudbo primernih mobilnih hišk predvsem za gibalno ovirane, te pa niso prilagojene

in univerzalno dostopne drugim skupinam oseb z zmanjšano zmožnostjo (PREMIKI, n. d.). To smo ugotovili že med zbiranjem smernic in priporočil za prilagoditev mobilne hiške. Omenjeno je tudi ena ključnih omejitev raziskave. Razlog za to je, da so gibalno ovirani najštevilčnejša skupina oseb z zmanjšano zmožnostjo ter prva, ki se je s problematiko dostopnosti začela ukvarjati in tudi ukrepati (Albreht & Zapušek - Černe, 2018).

Število oseb z zmanjšano zmožnostjo raste, hkrati pa se večajo tudi potrebe po prilagojeni turistični ponudbi. Kljub široki turistični ponudbi v Sloveniji težko najdemo univerzalno oblikovano turistično nastanitev, ki bi ustrezala celotnemu spektru uporabnikov (Plemelj & Dovjak, 2019).

Reševanje problematike z načrtovanjem univerzalno dostopnega okolja za vse je tudi domena delovnih terapevtov. Delovni terapevti želimo osebam z zmanjšano zmožnostjo omogočiti izvajanje dejavnosti ter vključitev v skupnost z oblikovanjem in s prilagajanjem turističnih produktov in okolja (Plemelj & Dovjak, 2019). Delovni terapevti so pomembni svetovalci in oblikovalci okolja za osebe z zmanjšano zmožnostjo (Coppola, Sakornsatian, Thongkuay & Trevittaya, 2012), vendar v prakso pri nas niso pogosto vključeni. Z univerzalnim oblikovanjem delovni terapevt zagotovi neodvisnost in prilagojenost turističnih storitev in nastanitvev ter tako vsem posameznikom poenostavi življenje (Coppola et al., 2012).

5 ZAKLJUČEK

Vsak izmed nas ima pravico do izvajanja dejavnosti, vsakodnevnega delovanja in vključenosti v svojem življenjskem okolju. Zmanjšano zmožnost osebe je treba spoštovati, jo upoštevati in oblikovati okolje, ki osebi omogoča čim bolj samostojno delovanje in izvajanje pomembnih dejavnosti. Prva koraka k enakopravni družbi sta projektiranje in načrtovanje okolja, ki bo dostopno vsem ljudem. Univerzalno oblikovanje je sestavni del dostopnega turizma. Delovni terapevt s svojim znanjem žal še premalo prispeva k oblikovanju turističnih produktov, dostopnih za osebe z zmanjšano zmožnostjo. Potrebe po takšnih produktih se s starajočo se družbo večajo in z njimi tudi zahteve po multidisciplinarnem pristopu pri oblikovanju turizma za vse, kar prispeva h kakovosti življenja vseh.

LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, A., Krištof, P., Pučnik, A., Bera, A., & Žiberna, F. (2010). *Prostor za vse: priročnik za načrtovanje brez ovir v zunanem javnem prostoru*. Mestna občina Maribor.
2. Albreht, A., Zapušek - Černe, A., Krištof, P., & Černe, D. (2016). *Z belo palico po mestu: Priročnik za načrtovanje talnega taktilnega vodilnega sistema*. Zavod Dostop, Zveza društev slepih in slabovidnih. <https://www.zveza-slepih.si/wp-content/uploads/2019/11/Z-belo-palico-po-mestu.pdf>

3. Albreht, A., Gavran, K., Simoneti, M., Wraber, T., & Jahjefendić, A. (2017). *Univerzalna stanovanjska graditev*. Ministrstvo za okolje in prostor. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MOP/Dokumenti/Graditev/univerzalna_stanovanjska_graditev.pdf
4. Albreht, A., & Zapušek - Černe, A. (2018). *Strateško načrtovanje dostopnosti*. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MOP/Dokumenti/Graditev/stratesko_nacrtovanje_dostopnosti.pdf
5. American Occupational Therapy Association /AOTA/ (2008). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 2nd Edition*. The American Journal of Occupational Therapy Association, 74(2), 1–87. Retrieved from <https://doi.org/10.5014/ajot.62.6.625>
6. American Occupational Therapy Association /AOTA/ (2014). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process, 3rd Edition*. The American Journal of Occupational Therapy Association, 68(1), S1–S48. Retrieved from https://research.aota.org/ajot/article-abstract/68/Supplement_1/S1/5901/Occupational-Therapy-Practice-Framework-Domain-and?redirectedFrom=fulltext
7. Camping Čikat (n. d.). *Kamping dopust v kampu Čikat za osebe z invalidnostjo*. Retrieved March 12, 2023 from <https://www.camping-simuni.hr/sl/nastanitve/mobilne-hisice/mobilna-hisica-vista/>
8. Cassi, R., Kajita, M., & Popovic - Larsen, O. (2021). User-Environment Interaction: The Usability Model for Universal Design Assessment. *Universal Design 2021: From Special to Mainstream Solutions* (282), 55–70. <https://doi.org/10.3233/shti210385>
9. Coppola, S., Sakornsathian, S., Thongkuay, S., & Trevittaya, P. (2012). Innovative practise in accessible tourism. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 66(1), 43–46. <https://doi.org/10.1179/otb.2012.66.1.016>
10. Chen, S. & Chippendale, T. (2018). *Leisure as an End, Not Just a Means, in Occupational Therapy Intervention*. The American Journal of Occupational Therapy, 72(4), 7204347010p1-72043470p5. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028316>
11. Darcy, S. & Dickson, T. J. (2009). A Whole-of-Life Approach to Tourism: The Case for Accessible Tourism Experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 16, 32–44. <https://doi.org/10.1375/jhtm.16.1.32>
12. European Network for Accessible Tourism /ENAT/ (2010, January 1). What is »Accessible Tourism«?. Retrieved March 12, 2023 from <https://www.accessibletourism.org/?i=enat.en.faq.744>
13. Krnc, M. (2011, October 3). *Letošnja novost: samooskrbne ECO mobilne hiše*. Dnevnik. Retrieved March 12, 2023 from <https://www.dnevnik.si/1042477130>
14. Mace, R. (1985). Universal design: Barrier free environments for everyone. *Designers West*, 33(1), 147–152. https://www.gov.si/assets/ministrstva/MOP/Dokumenti/Graditev/TSG_V_006_2018.pdf
15. Majcen, I. (2018). *Tehnična smernica TSG-V-006:2018: Razvrščanje objektov*. Ministrstvo za okolje in prostor.
16. Polymobil (n. d.). *Dodatna oprema*. Retrieved March 12, 2023 from <http://www.polymobil.eu/programi/dodatna-oprema>
17. PREMIKI, Zavod za svetovanje, promocijo in razvoj turizma Ljubljana (n. d.). *Mobilne hišice*. Retrieved March 12, 2023 from <https://premiki.si/mobilne-hisice>
18. Plemelj, A. & Dovjak, M. (2019). Delovna terapija v procesu univerzalnega načrtovanja. In A. Oven (Ed.), *Pogled v prihodnost: Posvet ob 55-letnici izobraževanja delovnih terapevtov Slovenije: Zbornik prispevkov z recenzijo, Ljubljana, 26. oktober 2019* (pp. 124–133). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena

- fakulteta. <https://www.zf.uni-lj.si/si/predstavitev/zalozba/pogled-v-prihodnost-posvet-ob-55-letnici-izobrazevanja-delovnih-terapevtov-slovenije>
19. Pravilnik o univerzalni graditvi in uporabi objektov (2018). Uradni list RS, št. 41/18 in 199/21 – GZ-1 (5. 6. 2018). Retrieved from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV12693>
 20. Razinger, R. (2018). *Univerzalno načrtovanje turističnega objekta Glamping Ribno* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za gradbeništvo in geodezijo, Ljubljana.
 21. Sendi, R., Bizjak, I., Goršič, N., Kerbler, B., Mujkić, S., & Tominc, B. (2015). *Priročnik o dostopnosti objektov v javni rabi*. Urbanistični inštitut Republike Slovenije. <http://www.urs.si/pub/dostopnost-prirocniks.pdf>
 22. Senior Living Headquarters (n. d.). *How to Make Mobile Home Wheelchair Accessible: A Guide*. Retrieved March 12, 2023 from <https://seniorlivingheadquarters.com/how-to-make-a-mobile-home-wheelchair-accessible-a-guide/>
 23. Štrasner, T (2022). *Načrtovanje turističnega objekta Terme Čatež po načelih univerzalnega oblikovanja* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
 24. Urbanistični inštitut Republike Slovenije (2010). *Ukrepi za uresničevanje pravic invalidov do dostopa brez ovir: inventarizacija obstoječih ovir v grajenem okolju in v objektih v javni rabi po Sloveniji: 2. faza*. Retrieved from http://www.sous-slo.net/wp-content/uploads/2016/02/Ukrepi-za-dostop-brez-ovir-2.faza_.pdf
 25. World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
 26. World Health Organization (2023). *Technical Brief: Addressing health inequities faced by persons with disabilities to advance universal health coverage*. Retrieved March 12, 2023 from <https://www.who.int/publications/m/item/addressing-health-inequities-faced-by-persons-with-disabilities-to-advance-universal-health-coverage>
 27. Young, D., Wagenfeld, A., & Vander Veen Rocker, H. (2019). Universal Design and the Built Environment: Occupational Therapy and Interprofessional Design Teams – A Scoping Review. *Annals of International Occupational Therapy*, 2(4), 186–194. <https://doi.org/10.3928/24761222-20190625-04>
 28. Zakon o ratifikaciji Konvencije o pravicah invalidov in Izbirnega protokola h Konvenciji o pravicah invalidov /MKPI/ (2008). Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08 (2. 4. 2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5314>
 29. *Uredba o razvrščanju objektov* (2022). Uradni list RS, št. 96/22 (14. 7. 2022). Retrieved from <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED8497>

PREDNOSTNA RAZISKOVALNA PODROČJA V ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED LITERATURE

RESEARCH PRIORITY AREAS IN NURSING CARE – LITERATURE REVIEW

Eva Hokkanen, dipl. m. s.
doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Katedra za zdravstveno nego
eva.hokkanen@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Kot vse druge panoge je tudi zdravstvena nega področje, ki se nenehno razvija. Potrebno je opredeliti prioritete, na katerih naj poteka nadaljnje raziskovanje v zdravstveni negi. Namen pregleda literature je ugotoviti, katera so prednostna raziskovalna področja v zdravstveni negi.

Metode: Prispevek temelji na pregledu literature. Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze/zbirke: PubMed, Google učenjak, Proquest, CINAHL in Wiley online library. Izbirali smo članke, ki so vsebinsko ustrezali obravnavani tematiki. Izvedli smo metodo analize vsebin pridobljenih zadetkov in izluščili prednostna raziskovalna področja v zdravstveni negi.

Rezultati: Najbolj aktualna prednostna raziskovalna področja so strnjena v več področij: varnost, pozitivno delovno okolje, edukacija raziskovanja v zdravstveni negi, prihodnost raziskovanja, tehnološki napredek v zdravstveni negi, integracija v klinično prakso, promocija zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni.

Diskusija in zaključek: S prednostno ugotovljenimi raziskovalnimi področji v zdravstveni negi in sistemsko integracijo bi lahko pripomogli k izboljševanju klinične prakse v zdravstveni negi. Ker je večina raziskav na temo prednostnih raziskovalnih področij v zdravstveni negi tujih, bi bilo potrebnih več raziskav, ki bi se osredotočile na lokalno okolje.

Ključne besede: izobraževanje, nova spoznanja, prihodnost, iskanje rešitev, varnost

ABSTRACT

Introduction: Nursing, like any other profession, is a constantly evolving field. Therefore, in order to provide safe and quality nursing care, priority areas for research must be identified. The goal of our literature review is to establish research priorities in nursing to ensure that all important questions are answered and active problems are solved.

Methods: Our paper is based on a literature review. The databases used for data collection were PubMed, Google Scholar, Proquest, CINAHL, and the Wiley Online Library. Only the articles that best matched the topic of our paper were selected. We analysed the content of the selected articles and identified the most common research topics in nursing.

Results: *The most current research priorities in nursing are grouped into several major themes: Safety, Positive Work Environment, Nursing Research Education, Future of Nursing Research, Technological Advances, Health Promotion and Chronic Disease Management.*

Discussion and conclusion: *Prioritised areas of research in nursing and their integration into the system could help improve clinical practise. We concluded that additional research is needed in the local setting because most of the articles found were from other countries.*

Key words: *education, new insights, future, finding solutions, safety*

1 UVOD

Zdravstvena nega je samostojna znanstvena disciplina, ki tako kot ostale znanstvene discipline potrebuje lastne raziskave in znanje. Po vsem svetu se je razširil izraz na dokazih podprta zdravstvena nega (angl. evidence based practice in nursing), kar pomeni izvajati visoko kakovostno zdravstveno nego na podlagi raziskanih dokazov (Chen, Sun, Tang, & Castro, 2019). Medicinske sestre naj bi v 21. stoletju imele na področju raziskovanja veščine, ki so usmerjene v sposobnost kritičnega mišljenja, analitičnega znanja, spretnosti dostopanja do relevantnih raziskav in dokazov, kritičnega razumevanja raziskovalnega procesa in člankov ter da so ozaveščene o etičnih problemih v povezavi z raziskovanjem. Zdravstvena nega mora biti v klinični v praksi podkovana s sodobnim znanjem in izsledki raziskav, saj se tako lahko zagotovi, visok standard zdravstvene oskrbe. Kot pri vseh drugih znanstvenih disciplinah je odgovornost medicinskih sester, da raziskujejo in s tem pripomorejo k razvoju poklica na področju zdravstvene nege (Moule, Aveyard, & Goodman, 2016). Medicinske sestre predstavljajo najštevilčnejšo skupino zdravstvenih delavcev in imajo zato moč okrepiti jedro zdravstvenega sistema, kar pa lahko izvedejo s sodobnim raziskovanjem in implementacijo ugotovitev raziskav v klinično prakso (Sun et al., 2019). Dolgo je veljalo, da je poklic zdravstvene nege manj vreden v primerjavi z drugimi v zdravstvenem sistemu in je slabo zastopan tudi politično, kot tudi v družbi. Moč torej leži predvsem v pomenu izobrazbe in raziskovalni usmerjenosti. Bregar in Skela Savič (2013) navajata, da z večjo izobraženostjo in opolnomočenostjo medicinskih sester lahko zdravstvena nega poveča svoj vpliv v družbi. Pomembno je ugotoviti katera so prednostna raziskovalna področja v zdravstveni negi, s tem se zagotovi, da je raziskovanje usmerjeno v aktualne probleme v zdravstveni negi in s tem v najučinkovitejši razvoj poklica (Sun et al., 2019).

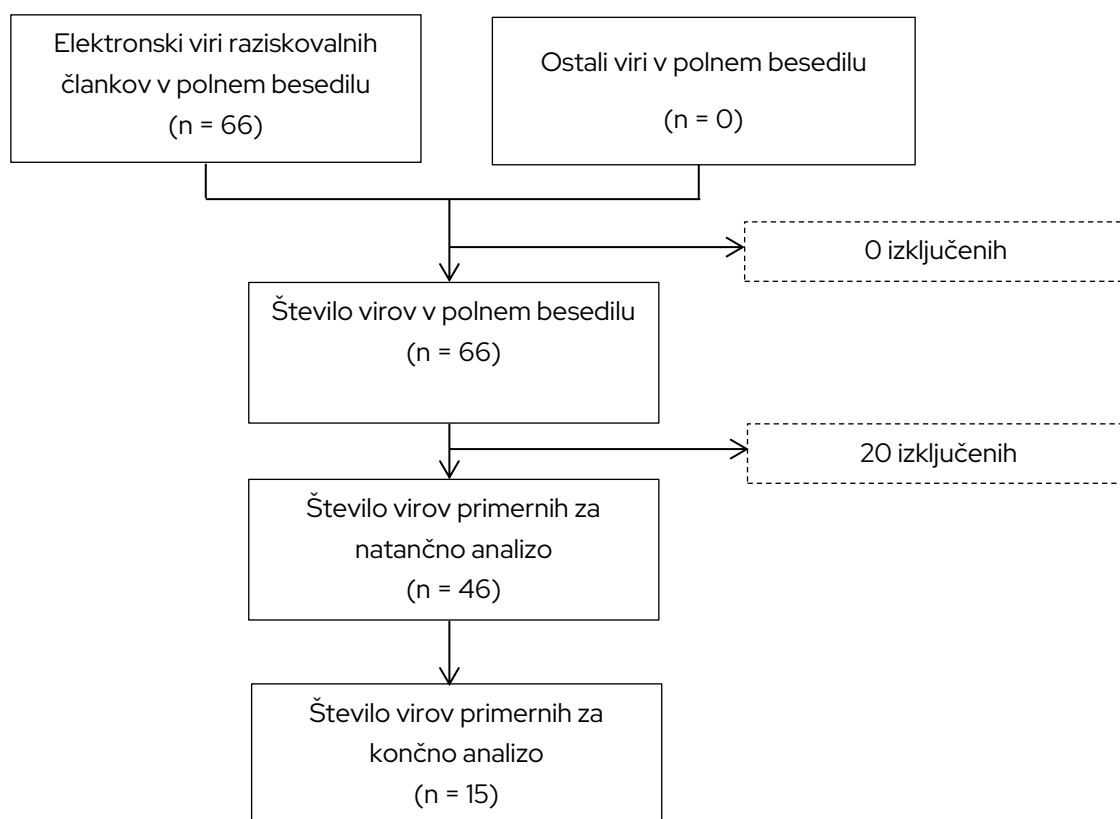
2 METODE

Izvedli smo pregled domače in tuje literature. Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze/zbirke: PubMed, Google učenjak, Proquest, CINAHL in Wiley online library. Uporabili smo ključne besede: »research nursing importance«, »nursing research priorities«, »nursing

research directions«, »nursing future«, »set priorities in nursing«. V podatkovnih bazah CINAHL in Wiley Online library smo uporabili Boolov logični operater »AND«. Omejitveni kriteriji so bili: časovno obdobje od leta 2012 do 2022, celotno besedilo člankov, angleški in slovenski jezik in recenzirani članki. Uporabili smo le vire, ki so povezani s prednostnimi raziskovalnimi področji v zdravstveni negi.

3 REZULTATI

Na Sliki 1 prikazujemo potek pridobivanja rezultatov po PRISMA diagramu.



Slika 1: PRISMA-diagram (Moher et al., 2015)

V procesu kodiranja smo s pregledom 15 virov v končni analizi identificirali 40 kod, ki smo jih združili v tri vsebinske kategorije (tabela 1).

Tabela 1: Razdelitev kod po kategorijah

Kategorija	Kode (n = 40)	Avtorji
Kategorija 1:	varnost – tehnologija napredek – izobraževanje	Goleva et al., 2015, Erkin et al., 2017,

Kategorija	Kode (n = 40)	Avtorji
Prednostna področja v raziskovanju v zdravstveni negi	raziskovanje – motivacija – znanje – učenje – sistematičnost – dokazi – praksa – lokalno – globalno – zunanji vplivi – glas medicinskih sester – nadzor nad okužbami povezanih z zdravstvom – medosebne sposobnosti – upravljanje z zdravili – obvladovanje bolečine – dobro počutje zdravstvenih delavcev	Kenner 2017, O`Connor 2017, Hanucharurnkul, 2018, Krajnc, 2019, Al-Yateem et. al., 2019, Marziale, 2019, Porche & Wright, 2019, Salvage & White, 2020, Walker et al., 2020, WHO, 2021.
Kategorija 2: Edukacija o raziskovanju v zdravstveni negi	študenti – želja po pridobivanju znanja – nove ugotovitve – izobraževanje – usposobljenost – izkušnje – ideje – izobrazba	Erkin et al., 2017, Krajnc, 2019, Marziale, 2019.
Kategorija 3: Prihodnost raziskovanja in tehnološki napredek v zdravstveni negi s promocijo zdravja	dostopnost – lajšanje dela – napredek – promocija – umetna inteligenca – pomoč – reševanje problemov – inovacija – nova filozofija – integracija – globalno zdravje – spremembe	Kenner, 2017, O'Connor, 2017, Hanucharurnkul, 2018, Al-Yateem et. al., 2019, Marziale, 2019, Porche & Wright, 2019, Booth et al., 2021, WHO, 2021.

4 RAZPRAVA

V prvi kategoriji mnogi avtorji (Goleva et al, 2015; Hanucharurnkul, 2018; Al-Yateem et al., 2019; Marziale, 2019; Porche & Wright, 2019; SZO, 2021) navajajo, da je varnost eden izmed pomembnih prednostnih raziskovalnih področij v zdravstveni negi. Varnost zajema širok spekter različnih problemov, med katere sodijo nadzor nad okužbami, povezanimi z zdravstvom, pomanjkanje zaposlenih in težave z zaposlovanjem, dolžina delovnega časa, rokovanje z zdravili ipd. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2021) kot eno izmed prednostnih raziskovalnih področij zdravstvene nege navaja kakovost storitev. Sem sodijo tudi preverjanje obstoječih predpisov, njihovo obnavljanje in temu primerno dodatno izobraževanje zaposlenih. Yesilbas & Kantek (2021) navajata, da je pozitivno delovno okolje tudi pomemben vidik kakovostne obravnave, zato je tesno povezano tudi z varnostjo. V pozitivno delovno okolje sodi dobro počutje na delovnem mestu, opolnomočenje medicinskih sester in izboljšan status v družbi. Vse naštetu pripomore k bolj kakovostni zdravstveni negi. Druga prednostna področja v raziskovanju v zdravstveni negi, ki jih navajajo različni avtorji, so še obvladovanje bolečine, motivacija za samo raziskovanje, paliativna oskrba, medosebne veščine, dostopnost zdravstvene oskrbe itd. (Kenner, 2017; Al-Yateem et al., 2019; Porche & Wright, 2019). Nekateri

avtorji (Salvage & White, 2020; Walker, Pereira-Morales, Kerr, & Schenk, 2020) menijo, da bi se bilo potrebno bolj osredotočiti tudi na raziskovanje bolj globalnih težav, saj presegajo meje posameznih držav. Taki težavi sta pandemije različnih bolezni in podnebne spremembe, ki iz leta v leto bolj vplivajo na ves svet in ogrožajo predvsem rizične skupine prebivalstva, kot so na primer pacienti z onkološkimi boleznimi.

Naslednja kategorija se nanaša na edukacijo. Eden izmed ciljev zdravstvene nege je izboljšati status poklica, to pa je mogoče doseči predvsem z raziskovanjem in uveljavljanjem zdravstvene nege kot samostojne znanstvene discipline. Dokazano je, da stopnja izobrazbe močno vpliva na odnos in voljo do raziskovanja. Se pravi, tem višja je izobrazba, tem boljši je odnos do raziskovanja (Krajnc, 2019). Erkin, Toraman, Simsek, & Temel (2017) ugotavljajo, da je pomembno že zgodnje poučevanje o raziskovanju tekom študija, saj je bilo dokazano, da so se študenti, ki so bili deležni dodatnih izobraževanj o raziskovanju, bolje zavedali pomena raziskovanja in bili zaradi dodatnih izkušenj bolj motivirani za samostojno delo. Yang, Wang, Yang, & Jiang (2021) navajajo, da je pri raziskovanju na področju edukacije smiselno preučiti tudi kakovost kliničnega usposabljanja, ugotavljanja vpliva interneta v času študija, raziskovanje novih metod učenja, proučevanje vpliva nadaljnega študija na posameznika in njegovo kariero ipd. Tudi digitalno izobraževanje vedno bolj pridobiva pomen, saj je v današnjem času vse več digitalnih pripomočkov, kar ne izključuje zdravstva. To pomeni, da bi bilo potrebno izobraževati študente in zaposlene v zdravstveni negi o uporabi digitalnih pripomočkov. Po drugi strani pa bi lahko s pomočjo digitalnih pripomočkov študente in novo zaposlene urili s pomočjo virtualne realnosti (izvajanje postopkov zdravstvene nege, ipd.) (Car et al., 2022).

V tretji kategoriji smo obravnavali dve prednostni raziskovalni področji v zdravstveni negi - promocijo zdravja in tehnološki napredek, ki se po navedbah več avtorjev pogosto med sabo dopolnjujeta (Kenner, 2017; O'Connor, 2017; Beks et al., 2022). V promociji zdravja bi si lahko s pomočjo mobilnih aplikacij pomagali s sledenjem zdravstvenega stanja in beleženjem ko se leto spremeni oziroma poslabša. Tako bi tudi lažje sledili stanju pacientov s kroničnimi boleznimi (Kenner, 2017; O'Connor, 2017). Pri tem Booth, Strudwick, McBride, O'Connor, & Solano Lopez (2021) opozarjajo, da bo z večjo uporabo mobilnih aplikacij neizbežna sprememba v odnosu med pacientom in medicinskimi sestrami. Osebnega stika bo vedno manj, kar je lahko dobra in hkrati slaba stvar. Pacienti se bodo zato počutili, da imajo večjo moč in samostojnost pri sledenju svoje bolezni ali zdravstvenega stanja, po drugi strani pa je človeški stik eno izmed glavnih načel poklica, zato je prisotnega veliko odpora pri integraciji informacijsko-komunikacijske tehnologije. Vse več je tudi govora o umetni inteligenci, ki bi lahko pripomogla pri analiziranju podatkov in boljših kliničnih izidih. Pri tem se pogosto pojavljajo etična vprašanja, povezana z varovanjem osebnih podatkov, zasebnosti in zanesljivosti tehnoloških pripomočkov. Avtorji zato predlagajo, da se paciente aktivno vključuje v raziskovanje in integracijo IKT prav zato, da se sproti rešujejo etična vprašanja in zadržki. Podobno ugotavljajo tudi Lee, Chung, Kim, & Woo Nam (2022), ki v svoji raziskavi navajajo, da je v prihodnosti potrebnih več raziskav na področju umetne inteligence s poudarkom na vprašanja etike in zanesljivosti robotov. Po

drugi strani so ugotovili, da je uporaba robotov lahko učinkovita pri obravnavi pacientov z demenco. Roboti bi lahko pomagali pri vzdrževanju socialnih interakcij in pri pomanjkanju medicinskih sester.

Omejitve naše raziskave so zbiranje člankov v izbranem časovnem obdobju, zbiranje člankov v polni dostopnosti besedila in uporaba samo nekaterih podatkovnih baz izmed mnogimi. Zato smo dobili omejeno število člankov iz katerih smo črpali informacije in pridobili samo nekatera prednostna raziskovalna področja v zdravstveni negi.

Priložnosti za nadaljnje delo so v poglobljenem raziskovanju ugotovljenih prioritetenih področij v zdravstveni negi. Pri tem smo ugotovili, da bi bilo smiselno izvesti raziskavo o prioritetenih raziskovalnih področjih v Sloveniji, saj je večina naših ugotovitev izhajala iz tujine in se prioritete razlikujejo glede na kulturo in stanje v posamezni državi.

5 ZAKLJUČEK

Glavna prednostna področja raziskovanja v zdravstveni negi so varnost, edukacija, promocija zdravja in tehnološki napredek. Vsa ta področja se razvejajo še na bolj podrobne probleme, s katerimi se vsak dan soočajo medicinske sestre. Menimo, da je pomembno ugotavljanje globalnih raziskovalnih prioriteten, saj nekatere težave, kot so na primer pandemije in podnebne spremembe, ne poznajo meja. Na ta način bi dobili še bolj točne napotke za prihodno raziskovanje in reševanje aktualnih problemov v zdravstveni negi.

LITERATURA IN VIRI

1. Al-Yateem, N., Al-Tamimi, M., Brenner, M., Al Tawil, H., Ahmad, A. Brownie, S., & Slewa-Younan, S. (2019). Nurse-identified patient care and health services research priorities in the united arab emirates: A delphi study. *BioMedCentral Health Services Research*, 19(77), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3888-5>
2. Beks, H., King, O., Alston, L., Glenister, K., McKinstry, C., & Anna, W. S. (2022). Community health programs delivered through information and communications technology in high-income countries: scoping review. *Journal of medical internet research*, 24(3), 84–88. <https://doi.org/10.2196/26515>
3. Booth, R. G., Strudwick, G., McBride, S., O' Connor, S., & Solano Lopez, A. L. (2021). How the nursing profession should adapt for a digital future. *British medical journal*, 373, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>
4. Bregar, B., & Skela Savič, B. (2013). Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 18–27.
5. Car, L. T., Poon, S., Kyaw, B. M., Cook, D. A., Ward, V., Atun, R., & Car, J. (2022). Digital education for health professionals: an evidence map, conceptual framework, and research agenda. *Journal of medical internet research*, 24(3), 5–23. <https://doi.org/10.2196/31977>

6. Chen, Q., Sun, M., Tang S., & Castro, A. R. (2019). Research capacity in nursing: a concept analysis based on a scoping review. *British medical journal Open*, 9(11), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032356>
7. Erkin, O., Toraman, A. U., Simsek, H., & Temel, A. B. (2017). Nursing students attitudes toward research–development: does taking research course make a difference? *International journal of caring sciences*, 10(2), 1–9.
8. Goleva, O. O., Fedorova, G. V., Tasova, Z. B., Smorjanik, E. Y., Duleva, I. N., & Chernikova, T. M. (2015). The Medical Social Study of Quality of Nursing Care. *Problemy Sotsial'noi Gigieny, Zdravookhraneniia i Istorii Meditsiny*, 23(2), 26–29.
9. Hanucharurnkul, S., 2018. Editorial: International nursing research directions of the 21st century. *Pacific Rim international journal of nursing research*, 22(4), 283–287.
10. Kenner, C. A. (2017). Trends in US nursing research: Links to global healthcare issues. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1111/jkana.2017.23.1>
11. Krajnc, F., 2019. *Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi* (diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice.
12. Lee, H., Chung, M. A., Kim, H., & Eun, W. N. (2022). The effect of cognitive function health care using artificial intelligence robots for older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal od Medical Internet Research Aging*, 5(2), e38896. <https://doi.org/10.2196/38896>
13. Marziale, M. H. P. (2019). Nursing research in light of the sustainable development goals: The 2030 agenda. *Aquichan*, 19(2), 1–3. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.2.1>
14. Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Pettocrew, M., Shekelle, P., Stewart, L.A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
15. Moule, P., Aveyard, H., & Goodman, M. (2016). Research in nursing. In: B., Taylor, C. Burin, K. Forsythe & P. Bitten (Eds.). *Nursing research: an introduction*, (3rd ed., pp. 3–8.). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington & Melbourne: SAGE Publications.
16. O' Connor, S. (2017). Using social media to engage nurses in health policy development. *Journal of nursing management*, 25(8), 632–639. <https://doi.org/10.1111/jonm.12501>
17. Porche, D. J., & Wright, P. (2019). President's message – The future of nursing research: Campaign for action 2020–2030. *Research in Nursing & Health*, 42(4), 241–243. <https://doi.org/10.1002/nur.21969>
18. Salvage, J., & White, J. (2020). Our future is global: nursing leadership and global health. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 28, 30–39. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4542.3339>
19. Sun., C. J., Fu., C., Altaweli, R., Al Touby, S. A., Ghazi, C., & Guimei, M. (2019). Research priorities of clinical nurses and midwives in the eastern mediterranean region: a mixed methods study. *Journal of Epidemiology and Global Health; Bromley*, 9(1), 36–43. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190314.001>
20. Yang, K., Wang, L., Yang, G., & Jiang, X. (2021). research hotspots and trends in nursing education from 2014 to 2020: a co-word analysis based on keywords. *Journal of advanced nursing*, 78(3), 787–798. <https://doi.org/10.1111/jan.15010>
21. Yesilbas, H., & Kantek, F. (2021). Trends and hot topics in nurse empowerment research: a bibliometric analysis. *Japan journal of nursing science*, 19(2), 124–129. <https://doi.org/10.1111/jjns.12458>
22. Walker, R. K., Pereira-Morales, S., Kerr, R., & Schenk, E. (2020). Climate change should be on every nursing research agenda. *Oncology Nursing Forum*, 47(2), 135–144. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.135-144>

23. World Health Organisation. 2021. *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025*. World Health Organisation. Retrived from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PROBLEMATIKA MOTENJ PREHRANJEVANJA MED MLADIMI IN DEJAVNIKI TVEGANJA

PROBLEMS OF DISORDERED EATING AMONG ADOLESCENTS AND RISK FACTORS

Katarina Adamič, mag. dietetike
izr. prof. dr. Maša Černelič Bizjak

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za prehransko svetovanje -
dietetiko
masa.cernelic@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Problematika motenj prehranjevanja je področje, ki se v mnogih oblikah začne že pri zgodnjih letih. Hranjenje z izgubo nadzora (angl. binge-eating) je danes najpogostejša oblika motnje prehranjevanja med otroci in mladostniki. Namen raziskave je bil raziskati to motnjo in proučiti nekatere dejavnike tveganja med mladostniki iz splošne populacije Slovenije.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 75 mladostnikov (starih 18–19 let). Uporabili smo anonimen anketni vprašalnik, s pomočjo katerega smo pridobili demografske in psihološke podatke, pri čemer smo uporabili standardizirane merske pripomočke. Zbrane podatke smo statistično obdelali s programskim orodjem SPSS.

Rezultati: V naši raziskavi se je anksioznost statistično pomembno ($p < 0,001$) in pozitivno ($r = 0,47$) povezovala s hranjenjem z izgubo nadzora. Ugotovili smo, da stopnja anksioznosti pomembno vpliva na stopnjo resnosti hranjenja z izgubo nadzora. Tako so mladostniki z bolj izraženo anksioznostjo izkazovali resnejše simptome hranjenja z izgubo nadzora.

Diskusija in zaključek: Naša raziskava poudarja anksioznost kot pomemben psihološki dejavnik v razmerju s hranjenjem z izgubo nadzora in izpostavlja problematiko visokih stopenj le-teh, pri mladostnikih iz splošne populacije Slovenije. Mlada odrasla populacija predstavlja družbo prihodnosti, zaradi česar se lahko pričakuje porast motenj v prihodnje.

Ključne besede: Motnje prehranjevanja, hranjenje z izgubo nadzora, anksioznost, mladostniki, splošna populacija

ABSTRACT

Introduction: Disordered eating behaviors are a field of concern that can take various forms starting from early childhood. Binge-eating is currently the most common form of disordered eating among children and adolescents. The aim of this study was to investigate this disorder and examine some risk factors among adolescents in the general population of Slovenia.

Methods: The study included 75 adolescents (aged 18–19 years). We used an anonymous questionnaire to obtain demographic and psychological data, using standardized measurement tools. We statistically analyzed the collected data using the SPSS software.

Results: In our study, anxiety was statistically significantly ($p < 0.001$) and positively ($r = 0.47$) associated with binge-eating. We found that the level of anxiety significantly influences the severity of binge-eating symptoms. Therefore, adolescents with more pronounced anxiety exhibited more severe symptoms of binge-eating.

Discussion and conclusions: Our study highlights anxiety as an important psychological factor in relation to binge-eating and highlights the issue of high levels of binge-eating among adolescents in the general population of Slovenia. The young adult population represents the future society, which is why an increase in disordered eating can be expected in the future.

Keywords: Disordered eating, binge-eating, anxiety, adolescents, general population

1 UVOD

Čas od otroštva do mladostništva je kritičen za razvoj motenj prehranjevanja, kot je hranjenje z izgubo nadzora (angl. »binge-eating« – v nadaljevanju BE), ki je danes najpogostejša oblika motnje prehranjevanja med otroci in mladostniki (Goossens & Braet, 2004), s pogostejšim nastopom v času mladostništva (Marcus & Kalarchian, 2003). Pri otrocih in mladostnikih so se šele v zadnjem desetletju razširile raziskave o konceptu BE. Namreč, zaradi zahtevnega ugotavljanja in ocenjevanja BE ter dejavnikov tveganja zanj med otroci in mladostniki, se raziskovalci na področju pediatrične populacije običajno zanašajo na ugotovitve raziskav BE med odraslo populacijo (Goossens & Braet, 2004).

BE je motnja prehranjevanja, saj opisuje vrsto neustreznega vedenjskega vzorca in navade. Za vedenje BE so značilne epizode prenajedanja z objektivno veliko količino hrane (tj. količina hrane, ki je večja od količine hrane, ki bi jo večina ljudi zaužila v podobnem časovnem razponu in v podobnih okoliščinah), v kratkem času, ki so povezane z občutkom izgube nadzora (tj. občutek, da oseba ne more prenehati jesti, ko hranjenje začne) in čustveno stisko po izkušnji BE (Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj, 5. izdaja, angl. »Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th edition)« – v nadaljevanju DSM-V; Ameriško psihološko združenje, angl. »American Psychiatric Association« – v nadaljevanju APA, 2013). Zato BE predstavlja obliko kompulzivnega prenajedanja (Saules & Herb, 2019).

Izguba nadzora je pomembnejša značilnost BE, v primerjavi s prenajedanjem, ne glede na starost, vendar je pri otrocih ključnega pomena pri prepoznavanju BE, zaradi spremenljivega vnosa hrane v času odraščanja. Poleg tega obstaja verjetnost, da otroci in mladostniki doživijo izgubo nadzora, vendar tega ne spremlja uživanje večje količine hrane, ker še nimajo dostopa do velikih količin le-te. Tako ne morejo sami odločati koliko bodo pojedli, zaradi česar naj bi bile

njihove epizode BE omejene. Zato se je za prepoznavanje BE pri otrocih in mladostnikih pomembno osredotočiti na vse izkušnje epizod izgube nadzora (Goosens & Braet, 2004).

BE predstavlja velik javnozdravstveni problem (Austin, 2012), tako samostojno kot tudi zaradi z njim povezanih negativnih zapletov v duševnem in fizičnem zdravju, kot je povečano tveganje za duševne motnje ter čezmeren porast telesne mase in debelosti (Higgins et al., 2013).

BE je kot motnja prehranjevanja povezana z visokim tveganjem za razvoj motenj hranjenja (APA, 2013). Najpogosteje se povezuje z motnjo hranjenja z izgubo nadzora (angl. »binge-eating disorder« – v nadaljevanju BED), ki jo danes povezujejo z zasvojenostjo s hrano, saj si delita skupen simptom – BE (Davis, 2013). Zasvojenost s hrano velja za zelo sporen koncept, ki je v literaturi še tema razprave (Kakoschke, Aarts in Verdejo-García, 2019).

Etiologija BE je v središču pozornosti več raziskovalcev, zadnjih nekaj desetletij, saj si prizadevajo ugotoviti dejavnike, ki sodelujejo pri razvoju ter vzdrževanju tega patološkega prehranjevalnega vedenja (Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez, Paino, & Fonseca-Pedrero, 2012). Do danes je bilo ugotovljenih več psihosocialnih in demografskih dejavnikov tveganja za BE (Kukk, 2020). Kljub vsem ugotovitvam je raziskovanje dejavnikov tveganja za BE še v razvoju (Kornacka, Czepczor-Bernat, Napieralski, & Brytek-Matera, 2020).

Med pomembne psihološke dejavnike, ki vplivajo na razmerje z BE sodi anksioznost (Rosenbaum & White, 2013). Razmerje med BE z anksioznostjo še ni povsem jasno. Ugotovljeno je bilo, da negativna čustvena stanja, vključno z anksioznostjo spodbujajo maladaptivna vedenja, vključno z BE, kot način obvladovanja le-te (Rosenbaum & White, 2013; Vainik, Neseliler, Konstabel, Fellows, & Dagher, 2015). Poleg tega, odkar je ugotovljeno, da so čustvena stanja, predvsem negativna, najpogostejši sprožilec epizod BE, ni presenetljivo, da povezava med anksioznostjo in BE obstaja (Rosenbaum & White, 2013).

Razširjenost motenj prehranjevanja, vključno z BE, je v svetovnem porastu, med otroci in mladostniki (Bohon, 2019), zato smo si prizadevali proučiti psihološke dejavnike, ki pomembno prispevajo pri razumevanju razmerja s hranjenjem zunaj fizioloških potreb, kot je BE, ki lahko vpliva na duševno ter fizično zdravje posameznika in skupnosti. Namen raziskave je bil preveriti povezanost BE z anksioznostjo, kot dejavnikom tveganja za to motnjo prehranjevanja. Cilj je bil ugotoviti, ali je anksioznost, kot dejavnik tveganja, povezana z BE med mladostniki iz splošne populacije Slovenije.

2 METODE

Izvedli smo prečno-presečno kvantitativno raziskavo med mladostniki iz splošne populacije Slovenije. Za potrebe raziskave smo sestavili vprašalnik iz več sklopov, s pomočjo katerih smo pridobili podatke o demografskih in psiholoških spremenljivkah. Za preučevanje psiholoških

spremenljivk smo uporabili standardizirane merske pripomočke. Vedenje BE smo merili s pomočjo Lestvice hranjenja z izgubo nadzora – BES (Binge Eating Scale; Gormally, Black, Daston, & Radin, 1982), za merjenje anksioznosti, pa smo uporabili Lestvico anksioznosti – STAI-X2 (State Trait Anxiety Inventory – X2; Spielberger, Gorsuch, & Lushen, 1977 cited in Lamovec, 1988), Spielbergerjevega vprašalnika anksioznosti, ki meri anksioznost kot osebno potezo, to je nagnjenost k anksioznemu odzivu v večjem številu situacij. Raziskovalni vprašalnik je bil anonimen.

Raziskovalni vprašalnik je bil javno dostopen, izpolnjevanje le-tega pa je potekalo na spletnem portalu www.lka.si, za čas enega meseca (od aprila do maja 2021). Spletno povezavo do vprašalnika smo objavili na družabnih omrežjih. Statistično obdelavo zbranih podatkov smo kvantitativno obdelali s programskim orodjem SPSS 20.0 za Windows, Version 20.0 (IBM Corp., New York).

V raziskavo je bilo vključenih 75 mladostnikov, starih 18–19 let, iz splošne populacije Slovenije.

3 REZULTATI

Povezanost med preučevanimi spremenljivkami

Statistično značilno povezavo smo preverili s pomočjo Pearsonovega korelacijskega testa. Statistično značilna povezava med spremenljivkama je bila zaznana (Slika 1). Med spremenljivkama anksioznost (STAI-X2) in hranjenje z izgubo nadzora (BES), smo zaznali statistično pomembno ($p < 0,001$) in pozitivno ($r = 0,47$) povezavo, kar pomeni, da so tisti, ki so izkazali višjo stopnjo anksioznosti, izkazali tudi višjo stopnjo hranjenja z izgubo nadzora, in obratno.

Tabela 1: Povezanost hranjenja z izgubo nadzora in anksioznosti (Pearsonov korelacijski test)

SPREMENLJIVKA	STATISTIKA	HRANJENJE Z IZGUBO NADZORA (BES)	ANKSIOZNOST (STAI-X2)
HRANJENJE Z IZGUBO NADZORA (BES)	r	1	0,47**
	p		$p < 0,001$
	n	75	75
ANKSIOZNOST (STAI-X2)	r	0,47**	1
	p	$p < 0,001$	
	n	75	75

Legenda: r = Pearsonov korelacijski test - vrednost korelacijskega koeficienta; p = statistična značilnost; n = število odgovorov; ** = korelacija je pomembna na 0,01 stopnji.

4 RAZPRAVA

Raziskave prehranjevalnega vedenja med mladimi so osvetlile pojav težav s prehranjevanjem v otroštvu in mladosti, vključno z BE, ter pokazale, da individualne razlike vplivajo na sposobnost mladih, da sčasoma sami preoblikujejo prehranjevalno vedenje (Marcus & Kalarchian, 2003). Problematika BE narašča med mladimi in je povezana z zapleti v duševnem in fizičnem zdravju. Raziskave kažejo, da je mladostništvo (tj. obdobje med otroštvom in odraslostjo), natančneje pozno mladostništvo (tj. od 20. do 24. leta) kritično obdobje za razvoj BE in z njim povezane motnje hranjenja BED, raziskav med mlajšimi pa še posebej primanjkuje (Bohon, 2019). Poleg tega, zaradi težavnega raziskovanja BE med otroci in mladostniki se raziskovalci na področju pediatrije običajno zanašajo na ugotovitve raziskav BE med odraslimi (Goossens & Braet, 2004).

Rezultati naše raziskave kažejo statistično pomembno in pozitivno povezavo med anksioznostjo ter BE pri mladostnikih iz splošne populacije. Naši rezultati se tako ujemajo s prevladujočimi rezultati preteklih raziskav, ki so dokazale pozitivno povezavo med simptomi anksioznosti in simptomi BE (Pokrajac-Bulian, Tkalčić, & Amrosi-Randić, 2013; Becker et al., 2017), med splošno populacijo (Rosenbaum, 2014; Rosenbaum & White, 2015).

Anksioznost in BE si delita značilnosti, kot so stres, izguba nadzora ter zaskrbljenost. Izkušnje stresa v otroštvu (npr. ustrahovanje ali draženje) in nedavne izkušnje stresa (npr. stresni življenjski dogodki) lahko vplivajo na razvoj anksioznosti ter BE. Skupna jima je tudi čustvena stiska in izguba nadzora. Izguba nadzora, v povezavi s hranjenjem, je opisana kot trajno stanje, ki se razvije v otroštvu in traja vse do mladostništva (Rosenbaum & White, 2013).

Mehanizmi, preko katerih anksioznost spodbuja BE, še niso povsem znani (Becker et al., 2017). Povezavo med njima pa lahko pojasnjujejo ugotovitve, da BE predstavlja vrsto pomirjujočega vedenja, ki je primerljiva z grizenjem nohtov, kajenjem in uživanjem alkohola ali drog, kar je značilno za anksiozne posameznike. Poleg tega posamezniki z visoko izraženo anksioznostjo verjamejo, da hranjenje deluje kot način obvladovanja le-te. Nenazadnje je anksioznost komponenta negativnega afekta, za katerega je bilo ugotovljeno, da ima pomembno vlogo pri razvoju in vzdrževanju motenj prehranjevanja, vključno z BE (Kukk, 2020), poleg tega velja za najpogostejšega predhodnika BE (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Ugotovili smo, da se višje stopnje anksioznosti povezujejo z višjimi stopnjami BE, v primerjavi z nižjimi stopnjami le-te. Natančneje, bolj izražena anksioznost se povezuje z višjo stopnjo resnosti vedenjskih (npr. velika količina zaužite hrane), kognitivnih ter čustvenih (npr. občutek izgube nadzora med hranjenjem, občutek krivde) simptomov BE. Te ugotovitve lahko povežemo z ugotovitvami predhodnih raziskav, da ima stopnja anksioznosti pomemben vpliv na stopnjo resnosti BE (Becker et al., 2017). Potemtakem, v kolikor strnemo predhodna

dognanja, obstaja možnost, da bo posameznik pri katerem je anksioznost kot poteza visoko izražena bolj ranljiv za BE.

Na splošno še vedno obstaja potreba po večjem razumevanju vloge anksioznosti pri BE. Simptomi anksioznosti so visoki med posamezniki z BE v splošnem, vendar je več empiričnih dokazov v korist primarni kot sekundarni vlogi anksioznosti (Rosenbaum & White, 2013). Zato se strinjamo z raziskovalci, ki spodbujajo k vključevanju anksioznosti v raziskave BE (Rosenbaum, 2014). Rezultati naše raziskave potrjujejo anksioznost kot pomemben dejavnik pri razumevanju razmerja z BE in dopolnjujejo rastočo znanstveno literaturo, povezano z razmerjem negativnega afekta ter BE, ki priznava edinstveno vlogo anksioznosti pri BE (Ostrovsky, Swencionis, Wylie-Rosett, & Isasi, 2013).

V naši raziskavi so mladostniki izkazovali statistično pomembno visoke stopnje anksioznosti. Glede na to ugotovitev lahko pričakujemo porast BE med mladostniki. Poleg tega, mladostniki predstavlja družbo prihodnosti, zaradi česar se lahko pričakuje porast BE v prihodnje.

Medtem ko razpoložljiva znanstvena literatura opozarja, da je ugotovitve o BE zunaj vzorcev splošne populacije težko prenesti na splošno populacijo (Pokrajac-Bulian et al., 2013; Andrés & Saldaña, 2014), rezultati naše raziskave, na vzorcu splošne populacije, kažejo primerljive rezultate z drugimi populacijami (Bertoli et al., 2015) kot tudi primerljive rezultate predhodnim raziskavam, med splošno populacijo (Rosenbaum & White, 2015; Casu, Gremigni, & Masheb, 2019).

Naša raziskava ima nekaj omejitev. Zajem podatkov je temeljil na samoporočanju, ki predstavlja subjektivno metodo, zato je veljavnost podatkov vprašljiva. Omejitev raziskave predstavlja tudi podatek ali so med udeleženci bili posamezniki z motnjami hranjenja in drugimi duševnimi motnjami (tj. anksiozne motnje in druge motnje razpoloženja) ter zdravljeni ali v postopku zdravljenja, zaradi le-teh. Poudarimo naj, da je prekomerna ješčnost lahko posledica ekstremne lakote (angl. »extreme hunger«; tj. neprestana fizična lakota) (Hersh, 2017), ki jo lahko izkusijo mnogi, po tem, ko prenehajo z omejevanjem svojega prehranskega vnosa (npr. diete) ali osebe, med zdravljenjem od motenj hranjenja, in ni BE enako prehranjevalno vedenje. Omejitev raziskave predstavlja tudi dolžina vprašalnika, saj je le-ta lahko vplivala na številčnost vzorca kot tudi površnost pri izpolnjevanju. Prednosti naše raziskave vidimo v tem, da smo v vzorec zajeli mlade iz srednjega obdobja mladostništva (tj. od 15. do 19. leta), saj tuji raziskovalci opozarjajo, da raziskav med mlajšimi od 20 let še posebej primanjkuje.

Izsledki naše raziskave lahko predstavljajo izhodišče za načrtovanje primernih intervencij v smislu zgodnjega prepoznavanja ranljivih posameznikov, nagnjenih k BE, ki lahko vpliva na duševno in fizično zdravje posameznika, ter za izboljšanje izidov zdravljenja. Z vidika dietetike lahko dietetik pripomore k odkrivanju BE z vključevanjem merilnih orodij za BE pri individualnih obravnavah posameznikov in na ta način pripomore k pravočasni ter primerni obravnavi

posameznika, ki izkazuje simptome BE. V razmislek dietetikom na primarni ravni zdravstvenega varstva (npr. Centri za krepitev zdravja), dietetikom z lastnimi prehranskimi svetovalnicami, kot tudi magistrom dietetike na sekundarni (npr. specialistične ambulante, bolnišnična dejavnost) in terciarni (npr. klinike, klinični inštituti idr.) ravni zdravstvenega varstva. Poleg tega lahko rezultati raziskave služijo tudi za nadgrajevanje kognitivno-vedenjskih pristopov, ki so se izkazali za uspešen način odpravljanja simptomov BE (Rosenbaum & White, 2015). Na primer, vključitev prepoznavanja čustev, razumevanja čustev in načinov obvladovanja čustev, bi bilo lahko učinkoviteje od osredotočenosti zgolj na enega izmed njih, pri preprečevanju uporabe hrane, kot sredstva za obvladovanje čustev (Barnhart, Braden, & Dial, 2021)

5 ZAKLJUČEK

Po pregledu obstoječih raziskav in izvedbi raziskave lahko zaključimo, da je anksioznost pomemben dejavnik v razmerju z BE. Ugotovitve naše raziskave lahko prispevajo k obstoječi in zelo omejeni literaturi BE, s preučevanjem psiholoških dejavnikov, ki so z njo povezani, med mladostniki iz splošne populacije. Vsekakor je potrebnih več raziskav BE med mladostniki iz splošne populacije, ki bi z izboljšanim raziskovalnim pristopom, tudi na podlagi upoštevanja naših omejitev raziskave pripomogle k pridobitvi natančnejših podatkov.

LITERATURA IN VIRI

1. American Psychiatric Association / APA/ (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC. Retrieved February 20, 2023 from https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&ots=cfON_4KJB8&sig=-Evp58D05q0_T5PqIMMK1fVn0Aw&redir_esc=y#v=onepage&q=binge&f=false
2. Andrés, A., & Saldaña, C. (2014). Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition research*, 34(11), 944–950. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2014.09.003>
3. Austin, S. B. (2012). A public health approach to eating disorders prevention: it's time for public health professionals to take a seat at the table. *BMC Public Health*, 12(1), 854. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-854>
4. Barnhart, W. R., Braden, A. L., & Dial, L. A. (2021). Understanding the relationship between negative emotional eating and binge eating: the moderating effects of acting with awareness and non-reactive mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 1954–1972. <https://doi.org/10.1002/jclp.23123>
5. Becker, K. R. et al. (2017). Global/local processing style: explaining the relationship between trait anxiety and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1264–1272. <https://doi.org/10.1002/eat.22772>
6. Bedrosian, R. C., Striegel, R. H., Wang, C., & Schwartz, S. (2012). Association of binge eating with work productivity impairment, adjusted for other health risk factors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(4), 385–393. Retrieved February 20, 2023 from

- https://journals.lww.com/joem/Abstract/2012/04000/Association_of_Binge_Eating_With_Work_Productivity.1.aspx
7. Bertoli, S. et al. (2015). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public Health Nutrition*, 19(1), 71–77. Retrieved February 20, 2023 <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/prevalence-of-and-risk-factors-for-binge-eating-behaviour-in-6930-adults-starting-a-weight-loss-or-maintenance-programme/86B650992195BE1F5BA57F425D7F7724>
 8. Bohon, C. (2019). Binge eating disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 28(4), 549–555. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.003>
 9. Casu, G., Gremigni, P., & Masheb, R. (2019). Emotional overeating questionnaire: a validation study in Italian adults with obesity, overweight or normal weight. *Eating and Weight Disorders*, 25(6), 1747–1754. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00821-6>
 10. Davis, C. (2013). From passive overeating to “food addiction”: a spectrum of compulsion and severity. *ISRN obesity*, 10, 1–20. <https://doi.org/10.1155/2013/435027>
 11. Goossens, L., & Braet, C. (2015). To binge or not to binge? In M. L. Frelut (Ed.), *The ECOG’s ebook on child and adolescent obesity*. Retrieved February 20, 2023 from https://ebook.ecog-obesity.eu/chapter-nutrition-food-choices-eating-behavior/to-binge-or-not-to-binge/?utm_source=text&utm_medium=article-link&utm_campaign=ebook-en
 12. Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin D. (1982) The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, 7(1), 47–55. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90024-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7)
 13. Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
 14. Hersh, E. (2017). *7 possible causes for polyphagia*. Retrieved February 20, 2023 from <https://www.healthline.com/health/polyphagia>
 15. Higgins, D. M., Dorflinger, L., MacGregor, K. L., Heapy, A. A., Goulet, J. L., & Ruser, C. (2013). Binge eating behavior among a national sample of overweight and obese veterans. *Obesity (Silver Spring)*, 21(5), 900–903. <https://doi.org/10.1002/oby.20160>
 16. Kakoschke, N., Aarts, E., & Verdejo-García, A. (2019). The cognitive drivers of compulsive eating behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12, 338. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00338>
 17. Kornacka, M., Czepczor-Bernat, K., Napieralski, P., & Brytek-Matera, A. (2020) Rumination, mood, and maladaptive eating behaviors in overweight and healthy populations. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 273–285. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00857-z>
 18. Kukk, K. (2020). *Risk factors of binge eating and overeating – towards an integrated model (doktorska disertacija)*. Estonia: Institute of Psychology, University of Tartu. Retrieved February 20, 2023 from https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/67361/kukk_katrin.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 19. Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij*. Ljubljana, Slovenija: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
 20. Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S47–S57. <https://doi.org/10.1002/eat.10205>

21. Ostrovsky, N. W., Swencionis, C., Wylie-Rosett, J., & Isasi, C. R. (2013). Social anxiety and disordered overeating: an association among overweight and obese individuals. *Eating Behaviors* 14(2), 145–148. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.01.009>
22. Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., & Ambrosi-Randić, N. (2013). Binge eating as a determinant of emotional state in overweight and obese males with cardiovascular disease. *Maturitas*, 74(4), 352–356. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.007>
23. Rosenbaum, D. L. (2014). *The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior (doktorska disertacija)*. University of Missouri-St. Louis. Retrieved February 20, 2023 from <https://irl.umsl.edu/dissertation/235/>
24. Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2013). The role of anxiety in binge eating behavior: a critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychology Research*, 1(2), 85–92 <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e19>
25. Rosenbaum, D. L., & White, K. S. (2015). The relation of anxiety, depression, and stress to binge eating behavior. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 887–898. <https://doi.org/10.1177/1359105315580212>
26. Saules, K. K., & Herb, K. M. (2019). Sex and gender differences in compulsive overeating. *Compulsive Eating Behavior and Food Addiction*, 389–418. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816207-1.00013-5>
27. Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2012). Exploring the relationship between coping strategies and binge eating in nonclinical adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e63–e69. <https://doi.org/10.1002/erv.1103>
28. Vainik, U., Neseliler, S., Konstabel, K., Fellows, L. K., & Dagher, A. (2015). Eating traits questionnaires as a continuum of a single concept. Uncontrolled eating. *Appetite*, 90, 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.004>
29. World Health Organization / WHO/ (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Retrieved February 20, 2023 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

POZNAVANJE IN UPORABA PROBIOTIKOV MED SLOVENCİ

KNOWLEDGE AND USE OF PROBIOTICS AMONG SLOVENIANS

Viktorija Pucko, dipl. m. s., mag. bioinf.

Splošna bolnišnica Murska Sobota

viš. pred. mag. Maja Strauss

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

Ksenija Ekart, univ. dipl. inž. živ. tehn.

Univerzitetni klinični center Maribor

izr. prof. dr. Sabina Fijan

Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede

viktorija.pucko@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Probiotiki so koristni živi mikroorganizmi, ki imajo pozitiven vpliv na zdravje posameznika, če so aplicirani v zadostnih količinah. Veliko raziskav je pokazalo pozitivne učinke probiotikov na zdravje ljudi. Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je poznavanje in uporaba probiotikov med Slovenci.

Metode: Pri raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metodologija, saj smo kot raziskovalni instrument uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo pripravili s pomočjo programa 1KA, raziskava je bila izvedena preko socialnih omrežij (Facebook, Instagram, Twitter). Pridobljene podatke smo obdelali s programom Excel in SPSS. Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz 23 vprašanj. S pomočjo anketnega vprašalnika smo pridobili vzorec 400 prostovoljcev.

Rezultati: Z raziskavo smo ugotovili, da prebivalci Slovenije redno uživajo probiotične izdelke, največkrat v obliki probiotičnih jogurtov ali napitkov (64%). Presenečeni smo bili, da so dobro ozaveščeni o pozitivnih učinkih probiotikov na zdravje ljudi (89%). Večina sodelujočih v raziskavi (80,5%) je navedla, da želijo v prihodnosti izvedeti več na temo probiotikov.

Diskusija in zaključek: Kakovostni probiotični izdelki imajo pozitiven vpliv na posameznika in njegovo zdravje. Izvedene študije s področja probiotikov prinašajo pozitivne rezultate. V prihodnosti je smiselno nadalje raziskovati pozitivne učinke na zdravje v obliki kakovostnih dvojno slepih, s placebom kontroliranih kliničnih študij.

Ključne besede: probiotiki, koristni učinki probiotikov, probiotični izdelki

ABSTRACT

Introduction: Probiotics are known as live microorganisms, that when administered in adequate amounts, confer a health benefit on the host. Recently, the use of probiotics has received widespread attention. Many studies have shown the beneficial effects of probiotics on human

health. With our research, we wanted to find out what the knowledge and use of probiotics is among Slovenians.

Methods: Quantitative methodology was used in the research; we used a survey questionnaire as a research instrument. The questionnaire consisted of 23 questions. We obtained a sample of 400 volunteers. We conducted the research via social networks (Facebook, Instagram, Twitter).

Results: Through research, we found that the inhabitants of Slovenia regularly consume probiotic products, mostly as probiotic yogurts, or probiotic drinks (64%). We were surprised that they are aware of the positive effects of probiotics on human health (89%). Most participants in the research (80.5%) indicated that they wanted to learn more about probiotics in the future, which was an important information of this research.

Discussion and conclusion: Quality probiotic products have a positive effect on the health of an individual. Numerous studies showing positive results of probiotics. It makes sense to continue researching the positive effects of probiotics on health through well-designed, double blind, placebo controlled clinical studies.

Keywords: probiotics, beneficial effects of probiotics, probiotics products

1 UVOD

Organizacija Združenih narodov za prehrano in kmetijstvo (angl. Food and Agriculture Organization of the United Nations) in Svetovna zdravstvena organizacija (angl. World Health Organization) opredeljujeta probiotike kot žive mikroorganizme, ki imajo pozitiven vpliv na zdravje gostitelja, če jih apliciramo v ustreznih količinah (Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Health Organization, 2001, 2002).

Koristni mikroorganizmi, ki se uporabljajo kot probiotiki, so najpogostejši sevi mlečnokislinskih bakterij, člani rodov *Lactobacillus*, *Lactococcus* itd., in bakterije iz rodu *Bifidobacterium*. Koristi za zdravje so bile dokazane tudi za druge probiotične seve naslednjih rodov ali vrst mikroorganizmov: *Saccharomyces*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Pediococcus*, *Leuconostoc*, *Bacillus*, *Escherichia coli* (Fijan, 2014).

Človeška črevesna mikrobiota naj bi bila sestavljena iz približno 100 trilijonov mikrobnih celic, ki gostitelju zagotavljajo širok spekter presnovnih funkcij. Črevesna mikrobiota ima namreč pomembno vlogo pri razgradnji kompleksnih ogljikovih hidratov rastlinskega izvora, ki jih gostitelj ne prebavi zaradi pomanjkanja encimov, potrebnih za razgradnjo strukturnih polisaharidov. Poleg tega je znano, da človeška črevesna mikrobiota opravlja različne funkcije v gostitelju, vključno z razvojem črevesja in zaščito pred patogenimi bakterijami. S številnimi kliničnimi preskušaji je bilo dokumentirano, da lahko probiotiki sodelujejo pri oblikovanju črevesne mikrobiote, kar vodi do izboljšanja rezultatov preprečevanja bolezni in spodbuja splošno dobro počutje (Kim et al., 2019).

1.1 Učinkovitost probiotikov na zdravje

Številne študije so pokazale, da disbioza črevesne mikrobiote prispeva k razvoju presnovnih bolezni, vključno z debelostjo in sladkorno boleznijo, ter različnimi črevesnimi boleznimi, vključno s kronično vnetno črevesno boleznijo, Crohnovo boleznijo, ulceroznim kolitisom in kolorektalnim rakom (Kim et al., 2019). Znanstvenih dokazov o koristih probiotikov za zdravje ljudi je vedno več, obstaja tudi dovolj podatkov, ki upravičujejo uporabo probiotikov za zdravljenje ali preprečevanje številnih akutnih in kroničnih gastrointestinalnih bolezni ali motenj, od driske, povezane z jemanjem antibiotikov, driske zaradi razraščanja bakterije *Clostridioides difficile*, sindroma razdražljivega črevesja, vnetne črevesne bolezni, tesnobe, depresije in celjenja ran. Prav tako je veliko dokazov, da probiotični dodatki vplivajo na zmanjšanje akutnih respiratornih obolenj pri otrocih, odraslih in starejših osebah (Dimidi, Scott, & Whelan, 2020; Mitelmão et al., 2021; Strauss, Mičetić-Turk, Šikić Pogačar, & Fijan, 2021). Ugotovljeno je bilo, da ima neravnovesje črevesne mikrobiote tudi vlogo pri razvoju astme in kardiovaskularnih bolezni (Kim et al., 2019). Nedavni dokazi so pokazali izjemno učinkovit način za izboljšanje človeške imunosti z uravnavanjem črevesnega mikrobioma s probiotiki (Wang, Zhang, & Zhang, 2021).

Čeprav imamo probiotične izdelke za varne in koristne za zdravje posameznikov, moramo biti vedno pazljivi pri njihovi izbiri, prav tako tudi pri posameznikih s pridruženimi boleznimi. Poročali so, da prekomerna uporaba specifičnih probiotikov, še posebej pri ljudeh z zmanjšanim imunskim odzivom, lahko povzroča bakteriemijo, sepsa ali endokarditis pri bolnikih s hudimi vnetji v prebavnih organih. Zato je pomembno, da uporabljamo ustrezne vrste, seve in količine probiotikov, kadar jih pri določenih bolnikih uporabljamo v terapevtske namene (Fijan, 2014; Kim et al., 2019).

Dokazi o učinkovitosti probiotikov za različna bolezenska stanja ostajajo različni; nekateri probiotični sevi izkazujejo ugodne učinke, drugi le malo. To poudarja, da so lahko učinki probiotikov sevno specifični in da je potrebno vsak sev testirati v okviru klinične študije in oceniti, šele nato lahko oblikujemo klinična priporočila glede uporabe probiotikov pri različnih motnjah ali boleznih (Dimidi et al., 2020).

1.2 Probiotična živila in probiotična prehranska dopolnila

V sodobnem času so probiotiki pritegnili zanimanje javnosti v smeri krepitev zdravja človeškega črevesja. Svetovni trg probiotikov je narasel, probiotike najdemo v obliki probiotičnih živil (probiotični jogurt, probiotični napitki) in probiotičnih prehranskih dopolnil in zdravil (v obliki kapsul, tablet in praškov) (Önay Derin & Erdem, 2018; Kim et al., 2019).

Izbira probiotičnega seva je pomemben korak v proizvodnji probiotičnega izdelka. Sevi, ki se uporabljajo kot probiotiki, morajo imeti ugoden učinek na zdravje posameznika. Pri izbiri

kakovostnega probiotičnega izdelka moramo biti pazljivi, saj najdemo po svetu veliko »probiotičnih izdelkov«, ki ne izpolnjujejo kriterijev za probiotični izdelek (Mitelmão et al., 2021).

1.3 Vloga zdravstvenih delavcev pri ozaveščanju o probiotikih

Na splošno ugotavljamo, da je uporaba probiotičnih izdelkov na visoki ravni, vendar smo zasledili, da pacienti s strani zdravstvenih delavcev ne pridobijo ustreznih priporočil, morebitnih koristnih učinkov probiotikov na zdravje ljudi in morebitna tveganja (Chin-Lee, Curry, Fetterman, Graybill, & Karpa, 2014; Dimidi et al. 2020). Po svetu sicer beležimo srednje dobro znanje o probiotikih s strani zdravstvenih delavcev (Fijan et al., 2019).

Študija, ki je potekala po različnih evropskih mestih na podlagi razumevanja in uporabe probiotikov s strani zdravstvenih delavcev, je prinesla obetavne rezultate. Ti poudarjajo pomen ustreznega izobraževanja in ozaveščanja zdravstvenih delavcev o probiotikih. Izboljšano znanje o probiotikih je pripeljalo do povečanega zaupanja v probiotične izdelke. Za širjenje natančnih informacij o probiotikih zdravstveni delavci iščejo ustrezne in znanstveno potrjene izobraževalne platforme za pridobivanje informacij, raziskovanje morebitnih neželenih učinkov ter iskanje pozitivnih pristopov k priporočanju probiotikov (Pettoello-Mantovani et al., 2019). Zdravstvene delavce lahko prav tako dodatno ozaveščamo s strani delovne organizacije s pomočjo seminarjev in predavanj (Chukwu Otuto, 2016).

1.4 Namen in cilji raziskave

Zaradi številnih koristnih učinkov probiotikov na zdravje smo želeli ugotoviti, kakšno je poznavanje in uporaba probiotikov med Slovenci. V raziskavi smo si zastavili dve hipotezi in tri raziskovalna vprašanja:

H₁: Obstaja statistično značilna razlika v poznavanju probiotikov glede na stopnjo izobrazbe.

H₂: Ženske pogosteje uporabljajo probiotike kot moški.

Raziskovalna vprašanja:

R₁: V kolikšni meri je slovensko prebivalstvo ozaveščeno o pozitivnih učinkih uživanja probiotikov?

R₂: Kdaj Slovenci uživajo probiotike?

R₃: V kakšni obliki Slovenci največkrat zaužijejo probiotike?

2 METODE

Za teoretični del naše raziskave smo uporabili deskriptivno metodo dela. Osredotočili smo se na tujo strokovno in znanstveno literaturo, ki smo jo pridobili iz naslednjih baz podatkov:

PubMed in ScienceDirect. Z iskanjem literature smo se časovno omejili, in sicer smo vključili vire, ki niso starejši od deset let. Iskanje literature smo izvedli z naslednjimi ključnimi besedami v angleškem jeziku »probiotics«, »knowledge of probiotics«, »probiotic consumption habits«, »probiotic products«.

Pri izdelavi empiričnega dela raziskave smo izbrali kvantitativno raziskovalno metodologijo, saj smo kot raziskovalni inštrument uporabili anketni vprašalnik. Anketni vprašalnik smo izdelali s pomočjo strokovne literature (Önay Derin & Erdem, 2018; Fijan et al., 2019; Mejia, Barrion, Abacan, & Israel, 2019). Preko odprtokodne aplikacije za izvajanje spletnega anketiranja 1KA smo pripravili anketni vprašalnik, posredovali smo ga preko socialnih omrežij (Facebook, Instagram, Twitter). Sodelovanje je bilo prostovoljno in anonimno, ustrezno izpolnjenih anket smo pridobili 400, neustrezno izpolnjenih pa 421. Raziskava je potekala od meseca aprila do meseca maja 2020. Podatke, ki smo jih pridobili skozi raziskavo, smo uredili, analizirali in statistično obdelali s programom Excel in SPSS. S pomočjo Hi-kvadrat testa smo testirali zastavljeni hipotezi.

3 REZULTATI

V izvedeni raziskavi smo pridobili vzorec 400 prostovoljcev iz Slovenije, od tega je bilo 129 (32 %) moških in 271 (68 %) žensk. Največ sodelujočih v raziskavi je bilo med 21. in 30. letom starosti (72,3 %), prevladovali so anketiranci s srednjo strokovno izobrazbo (46,5 %). Sodelujoči v raziskavi so navedli, da poznajo probiotične izdelke (92,5 %), prav tako menijo, da so probiotiki živi mikroorganizmi (88 %). Od vrst mikroorganizmov, ki vsebujejo probiotične seve, so sodelujoči v raziskavi v največji meri prepoznali *Lactobacillus acidophilus* (73,3 %). Presenečeni smo bili nad rezultatom, da sodelujoči v raziskavi uživajo probiotične izdelke (89 %), najpogosteje sicer zaradi napihnjenosti (33 %). Sodelujoči v raziskavi so navedli, da je izboljšana prebava ena izmed pozitivnih učinkov probiotikov na zdravje (89 %). V raziskavi so sodelovali tudi prostovoljci, ki ne uživajo probiotičnih izdelkov (11 %), sicer najpogosteje izpostavljen odgovor je bil, da ne vedo, zakaj ne uživajo probiotičnih izdelkov. 64 % anketirancev uživa probiotična živila (jogurti, napitki), 34 % anketirancev uživa prehranska dopolnila (praški, kapsule, tablete). Pri odgovoru na vprašanje, katero vrsto probiotičnih živil so že zaužili, je 71,5 % sodelujočih v raziskavi navedlo LCA probiotični jogurt. Pri odgovoru na vprašanje, katero vrsto probiotičnih prehranskih dopolnil ali zdravil so že zaužili, je 57 % sodelujočih v raziskavi že uživalo probiotično zdravilo Linex. Največ, 29,8 % anketirancev, uživa probiotične izdelke enkrat na 15 dni in najpogosteje zjutraj (61 %). Anketiranci menijo, da je boljše uživati probiotike v obliki probiotičnih živil (jogurt, napitki) (76 %). Z raziskavo smo tudi ugotovili, da anketiranci menijo, da so probiotiki varni (85 %) in v prihodnosti želijo izvedeti več informacij na temo probiotičnih izdelkov (80,5 %).

4 RAZPRAVA

Na podlagi pridobljenih rezultatov skozi raziskavo smo pridobili odgovore na zastavljeni hipotezi in raziskovalna vprašanja.

Hipotezo s trditvijo, da obstaja statistično značilna razlika v poznavanju probiotikov glede na stopnjo izobrazbe, smo delno potrdili. Ugotovili smo, da med znanjem o probiotikih in stopnjo izobrazbe sicer ne obstaja statistično značilna povezanost ($p=0,134$). Po drugi strani pa smo ugotovili statistično povezanost med mnenjem o pozitivnih vplivih probiotikov na zdravje in izobrazbo (Pearsonov hi-kvadrat=24,190, $p<0,001$). Večina anketirancev je menila, da probiotiki pozitivno vplivajo na zdravje (90 %). Podobno so v raziskavi (Chukwu Otuto, 2016) zdravstveni delavci v Nigeriji svoje znanje o probiotikih ocenili kot dobro (72,4 %). V raziskavi med zdravstvenimi delavci po svetu (Fijan et al., 2019) so svoje znanje o probiotikih ocenili kot srednje (36,4 %) ali dobro (36,2 %). Poznavanje probiotikov je na nizki ravni med študenti v Južni Afriki, Grčiji in Iranu (Payahoo, Nikniaz, Mahdavi, & Asghari Jafar Abadi, 2012). Veliko raziskav poroča o pozitivnih učinkih, povezanih z uživanjem probiotičnih izdelkov na zdravje posameznikov (Anukam, Osazuwa, & Greigor, 2006; Jordan, Johnson, & Thomas, 2015).

Hipotezo, da obstaja statistično značilna razlika v uporabi probiotikov glede na spol, smo delno sprejeli. Ugotovili smo, da med uživanjem probiotikov in spolom ne obstaja statistično značilna povezanost (Pearsonov hi-kvadrat=1,189, $p=0,275$). Med pogostostjo uživanja probiotikov in spolom pa obstaja statistično značilna povezanost ($p<0,001$). Moški so najpogosteje probiotike uživali enkrat na teden (58,9 %), ženske pa enkrat na dan (26,9 %). Tudi raziskava (Fijan et al., 2019) je pokazala, da probiotike v večji meri uporabljajo ženske (88,2 %). Najpogosteje študenti uživajo probiotične izdelke enkrat na dan (Önay Derin & Erdem, 2018).

Na podlagi izsledkov raziskave smo ugotovili, da so sodelujoči v raziskavi ozaveščeni o pozitivnih učinkih uživanja probiotikov. 90 % Slovencev meni, da imajo probiotiki pozitiven vpliv na zdravje ljudi. V primerjavi z našimi rezultati in raziskavami drugod po svetu, ugotavljamo, da je slovensko prebivalstvo ozaveščeno o probiotičnih izdelkih in pozitivnih učinkih le-teh. Druge raziskave dokazujejo slabo znanje anketirancev (Anukam et al., 2006; Payahoo et al., 2012; Al-Nabuls et al., 2014), srednje znanje anketirancev (Fijan et al., 2019), ali visoko raven poznavanja probiotičnih izdelkov (Payahoo et al., 2012).

Z raziskavo smo ugotovili, da so sodelujoči v raziskavi največkrat uživali probiotične izdelke zaradi napihnenosti (33 %). 29,8 % anketirancev je uživalo probiotične izdelke enkrat na 15 dni in najpogosteje zjutraj (61 %). S prebiranjem tuje strokovne literature smo zasledili, da posamezniki uživajo probiotične izdelke enkrat na dan (Önay Derin & Erdem, 2018). Posamezniki po svetu so poročali, da so najpogosteje uživali probiotične napitke oziroma probiotične jogurte in probiotična prehranska dopolnila (Fijan et al., 2019), tudi sodelujoči v naši raziskavi so najpogosteje uživali probiotična živila.

Glede na rezultate raziskave je v prihodnosti smiselno zdravstvene delavce dodatno poučiti o probiotičnih izdelkih, prav tako je koristno organizirati srečanja, delavnice, seminarje in predavanja na temo probiotikov v obliki vseživljenjskega učenja. Dobro izobraženi zdravstveni delavci bodo tako lahko svoje znanje prenesli na paciente in s tem imeli možnost vpliva na zdravje ljudi. V prihodnosti bi želeli raziskati uporabo in ponudbo probiotičnih zdravil drugod po svetu. Omejitev v raziskavi je predstavljal način vzorčenja, saj smo uporabili tehniko priložnostnega vzorčenja s pomočjo spletne ankete. Posledično smo lahko zajeli le uporabnike socialnih omrežij.

5 ZAKLJUČEK

S pomočjo izvedene raziskave smo ugotovili, da sodelujoči v raziskavi redno uživajo probiotične izdelke, prav tako smo pozitivno presenečeni nad dejstvom, da so dobro ozaveščeni o pozitivnih učinkih probiotikov na zdravje ljudi. Kot pozitivno ocenjujemo tudi informacijo, da si sodelujoči v raziskavi v prihodnosti želijo izvedeti več na temo probiotikov, s tem lahko pričakujemo večjo uporabo probiotičnih izdelkov v prihodnosti. Na trgu pričakujemo uveljavljeno in razširjeno ponudbo in uporabo v obliki probiotičnih zdravil, saj imajo probiotiki klinično dokazan pozitiven učinek pri preprečevanju in zdravljenju raznih težav, motenj in bolezni, ki so posledica disbioze črevesne mikrobiote. Vendar moramo biti izjemno previdni pri izbiri kakovostnega probiotičnega izdelka, saj na trgu najdemo veliko probiotičnih izdelkov, ki nimajo ugodnih učinkov na posameznika. Zdravstvene delavce je zato potrebno dodatno poučiti o probiotičnih izdelkih, saj bodo le dobro izobraženi zdravstveni delavci lahko svoje znanje prenesli na paciente in imeli s tem možnost vpliva na zdravje ljudi.

LITERATURA IN VIRI

1. Al-Nabulsi, A. A., Obiedat, B., Ali, R., Osaili, T. M., Bawadi, H., Abushelaibi, A., . . . Holley, R. A. (2014). Knowledge of probiotics and factors affecting their consumption by Jordanian college students. *International Journal of Probiotics and Prebiotics*, 9(3), 77-86. Retrieved October 1, 2018 from <https://www.nchpjournals.com/IJPP>
2. Anukam, K. C., Osazuwa, E. O., & Gregor, R. (2006). Knowledge of probiotics by Nigerian clinicians. *International Journal of Natural and Applied Sciences*, 1(1), 65-69. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/13676>
3. Chin-Lee, B., Curry, W. J., Fetterman, J., Graybill, M. A., & Karpa, K. (2014). Patient experience and use of probiotics in community-based health care settings. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1513-1520. <https://doi.org/10.2147/PPA.S72276>
4. Chukwu Otuto, A. (2016). Assessing the awareness and knowledge on the use of probiotics by healthcare professionals in Nigeria. *Journal of Young Pharmacists*, 8(1), 53-55. <https://doi.org/10.5530/jyp.2016.1.12>

5. Dimidi, E., Scott, M. S., & Whelan, K. (2020). Probiotics and constipation: mechanisms of action, evidence for effectiveness and utilisation by patients and healthcare professionals. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(1), 147-157. <https://doi.org/10.1017/S0029665119000934>
6. Fijan, S. (2014). Microorganisms with claimed probiotic properties: An overview of recent literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 4745-4767. <https://doi.org/10.3390/ijerph110504745>
7. Fijan, S., Frauwallner, A., Varga, L., Langerholc, T., Rogelj, I., Lorber, M., . . . Povalej Bržan, P. (2019). Health professionals' knowledge of probiotics: An international survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173128>
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Health Organisation. (2001). *Health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria*. Retrieved November 22, 2021 from <https://www.fao.org/3/a0512e/a0512e.pdf>
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations & World Health Organisation. (2002, May 30). *Guidelines for the evaluation of probiotics in food*. Retrieved November 10, 2021 from https://www.who.int/foodsafety/fs_management/en/probiotic_guidelines.pdf
10. Jordan, D., Johnson, N., & Thomas, L. (2015). Probiotics in primary care: A survey of health professionals. *Practice Nursing*, 26(11), 550-554. <https://doi.org/10.3920/BM2016.0146>
11. Kim, S.-K., Guevarra, R. B., Kim, Y.-T., Kwon, J., Kim, H., Cho, J. H., . . . Lee, J.-H. (2019). Role of probiotics in human gut microbiome-associated diseases. *Journal of Microbiology and Biotechnology*, 29(9), 1335-1340. <https://doi.org/10.4014/jmb.1906.06064>
12. Mejia, W. B., Barrion, A. S., Abacan, S. F., & Israel, K. A. (2019). Knowledge and consumption of probiotic foods of selected students in Laguna, Philippines. *EC Nutrition*, 14(5), 452-459. <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.3007>
13. Mitelmão, F. C. R., Bergmaschi, C. C., Gerenutti, M., Hächel, K., Silva, M. T., Balcão, V. M., & Vila, M. M. D. C. (2021). The effect of probiotics on functional constipation in adults: Double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Medicine (Baltimore)*, 100(10), 1-6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024938>
14. Önay Derin, D., & Erdem, N. (2018). Determination of probiotic food consumption habits of university students: The example of Selçuk University. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 7(1), 87-93. Retrieved February 1, 2023 from <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/440565>
15. Payahoo, L., Nikniaz, Z., Mahdavi, R., & Asghari Jafar Abadi, M. (2012). Perceptions of medical sciences students towards probiotics. *Health Promotion Perspectives*, 2(1), 96-102. <https://doi.org/10.5681/hpp.2012.012>
16. Pettoello-Mantovani, M., Çokuğraş, F. Ç., Vural, M., Mestrovic, J., Nigri, L., Piazzolla, R., . . . Namazova-Baranova, L. (2019). Pilot study for the understanding and use of probiotics by different paediatric healthcare professionals working in different European countries. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0648-4>
17. Strauss, M., Mičetić-Turk, D., Šikić Pogačar, M., & Fijan, S. (2021). Probiotics for the prevention of acute respiratory-tract infections in older people: Systematic review. *Healthcare*, 9(6), 1-20. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060690>
18. Wang, X., Zhang, P., & Zhang, X. (2021). Probiotics regulate gut microbiota: An effective method to improve immunity. *Molecules*, 26(19), 2-15. <https://doi.org/10.3390/molecules26196076>

PRILAGODITEV ŽIVLJENJA OTROK IN MLADOSTNIKOV TER NJIHOVIH STARŠEV PRI SOOČANJU S SLADKORNO BOLEZNIJO TIPA 1

ADAPTING THE LIFE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AND THEIR PARENTS IN DEALING WITH DIABETES TYPE 1

Larisa Šmarčan, dipl. m. s.

pred. Sandra Martinuč, mag. zdr. nege

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego

larisa.smarcan99@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Obstajajo številni dokazi, da imajo otroci in mladostniki s sladkorno boleznijo tipa 1 slabšo kakovost življenja v primerjavi z zdravimi vrstniki. Namen prispevka je ozaveščati otroke in njihove starše o pomenu dobrega samonadzora sladkorne bolezni, pri čemer se izboljša kakovost življenja otrok in celotne družine.

Metode: Pregled strokovne in znanstvene literature, objavljene v obdobju od 2010 do 2022, je temeljil na metodologiji PRISMA. Uporabljene so bile domače in tuje baze podatkov, kot so ScienceDirect, Proquest, PubMed ter Google učenjak.

Rezultati: Po pregledu raziskav je bilo identificiranih 6 sklopov: (1) vpliv sladkorne bolezni na duševno zdravje otrok in mladostnikov, (2) prenos odgovornosti s staršev na otroke, (3) vpliv sladkorne bolezni na življenje družine, (4) kakovost življenja otrok s sladkorno boleznijo tipa 1 in njihovih staršev, (5) oskrba otrok v izobraževalnih ustanovah in (6) vloga medicinske sestre.

Diskusija in zaključek: Kakovost življenja je boljša, če pri obvladovanju in spremljanju bolezni sodeluje družina, saj se tako otroci in mladostniki lažje prilagodijo novemu načinu življenja. Pomembno je, da se pri rednih pregledih ocenjuje kakovost življenja otrok, saj samo tako omogočimo zgodnje ukrepanje ter nadzor nad sladkorno boleznijo tipa 1.

Ključne besede: sladkorna bolezen tipa 1, otroci, starši, kakovost življenja, medicinska sestra

ABSTRACT

Introduction: There is extensive evidence that children and adolescents with type 1 diabetes have a poorer quality of life compared to their healthy peers. The aim of this work was to raise awareness among children and their parents about the importance of good diabetes self-management in improving quality of life for children and the whole family.

Methods: The review of peer-reviewed and scientific literature published between 2010 and 2022 was based on the PRISMA methodology. Domestic and foreign databases such as ScienceDirect, Proquest, PubMed and Google scholar were used.

Results: After reviewing the research, 6 categories were identified: (1) the impact of diabetes on children and adolescents' mental health, (2) the transfer of responsibility from parents to children, (3) the impact of diabetes on family life, (4) the quality of life of children with type 1 diabetes and their parents, (5) the care of children in educational institutions, and (6) the role of the nurse.

Discussion and conclusion: Quality of life is improved when the family is involved in the managing and monitoring the disease, as this helps patients to adapt to their new lifestyle. It is important to evaluate the quality of life of children during regular examinations, as this is the only way to allow an early intervention and control of type 1 diabetes.

Keywords: type 1 diabetes, children, parents, quality of life, nurse

1 UVOD

Diabetes mellitus ali sladkorna bolezen spada v skupino presnovnih bolezni, kjer pride zaradi spremenjene presnove ogljikovih hidratov do hiperglikemije, ki je poleg klasičnih simptomov poliurije, povečane žeje in izgube telesne teže glavni simptom bolezni (Ergun-Longmire idr., 2021). Sladkorna bolezen tipa 1 običajno prizadene otroke in mladostnike (Swabby in Randell, 2021). Proces uničenja β celic je postopen in se lahko začne mesece ali leta pred postavitvijo diagnoze (Bhutta idr., 2021). Etiologijo sladkorne bolezni tipa 1 je treba še dodatno raziskati, vendar se domneva, da je posledica genetsko pogojenega pomanjkanja izločanja inzulina (Lian idr., 2022). Sladkorna bolezen tipa 1 je za astmo in cerebralno paralizo tretja najpogostejša kronična bolezen pri otrocih, mlajših od 16 let (Hassan, Loar, Anderson in Heptulla, 2006). Pojavnost po vsem svetu narašča (Katsarou idr., 2017); če se bodo takšni trendi nadaljevali, lahko predvidimo, da bo dvakrat več otrok, mlajših od 5 let, razvilo sladkorno bolezen, otroci bodo dlje časa izpostavljeni diabetesu, kar bo verjetno močno vplivalo na njihovo počutje in vsakdanje življenje (Kalyva, Abdul-Rasoul, Kehl, Barkai in Lukács, 2016). Diagnoza se postavi na osnovi klinične slike in izmerjene vrednosti glukoze v krvi, ki na tešče presega 7 mmol/l oziroma naključno v dnevu 11,1 mmol/l (Swabby in Randell, 2021) v kombinaciji z drugimi simptomi diabetesa (Struhal, 2009). Zdravljenje vsakega posameznika je individualno, upoštevamo potrebe pacienta in družine (Ergun-Longmire idr., 2021). Zdravljenje z inzulinom je lahko uspešno le ob sočasnem upoštevanju drugih nefarmakoloških ukrepov, kot so strogo upoštevanje diete, telesna aktivnost, samonadzor glukoze v krvi, zdravstvena vzgoja in v odrasli dobi tudi izogibanje kajenju (Stefanowicz in Stefanowicz, 2018 in Struhal, 2009). Diagnoza sladkorne bolezni spremeni kakovost pacientovega življenja, saj se mora le-ta dosmrtno ukvarjati z boleznijo (Struhal, 2009). Kakovost življenja kaže, v kolikšni meri bolezen ali zdravstveno stanje vpliva na posameznikovo vsakdanje fizično in psihično dobro počutje (Hanberger, Ludvigsson in Nordfeldt, 2009). Vzdrževanje optimalnih vrednosti glukoze ima zaščitni pomen, saj preprečuje zaplete, preprečevanje le-teh pa je glavni cilj zdravljenja sladkorne bolezni (Swabby in Randell, 2021 in Hoey idr., 2001). Zapleti sladkorne bolezni so

lahko akutni (hipoglikemija, hiperglikemija in diabetična ketoacidoza) ali pozni, med slednje spadajo, denimo, okvara oči, ledvic in živcev, ki so posledica okvare malih žil. Pozne zaplete lahko z doslednim upoštevanjem navodil omilimo, odložimo ali pa celo preprečimo (Swabby in Randell, 2021). Makrovaskularni zapleti povzročajo bolezni srca in možgansko kap, bolezni srca pa so glavni povzročitelj smrti pri ljudeh s sladkorno boleznijo tipa 1 (Barnard, Thomas, Royle, Noyes in Waugh, 2010).

2 METODE

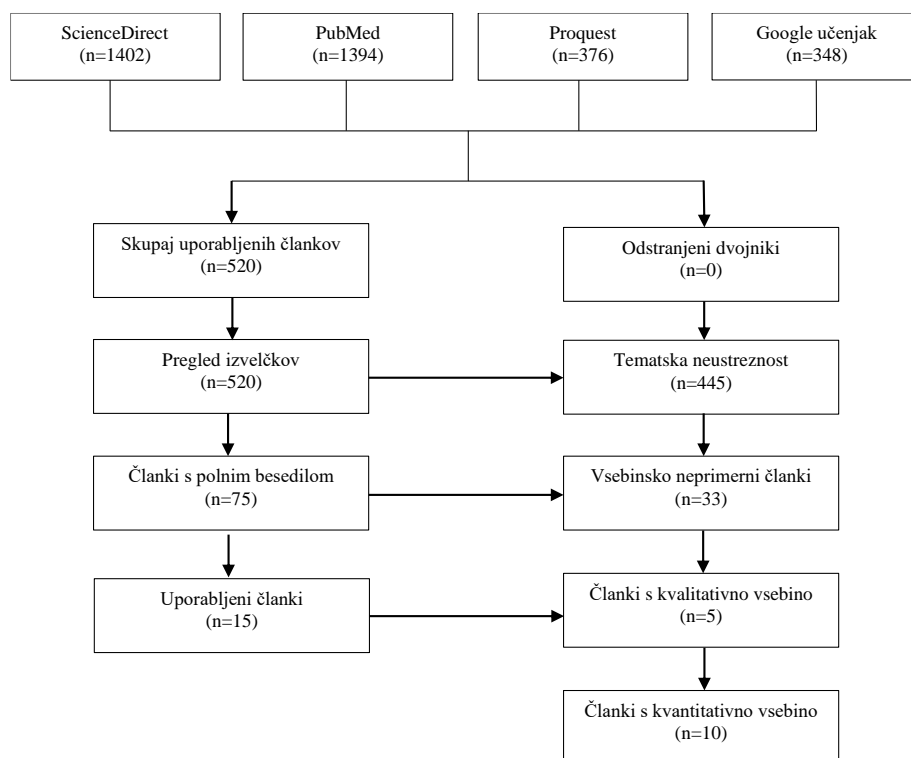
Uporabili smo opisno metodo dela, metodo analize in sinteze literature ter smernice PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page, Bossuyt, Bossuyt et al., 2021).

Pregled literature

Pri pregledu strokovne in znanstvene literature na temo sladkorne bolezni tipa 1 so bile uporabljene domače in tuje baze podatkov, kot so ScienceDirect, Proquest, PubMed ter Google učenjak. Iskanje literature je potekalo s pomočjo različnih kombinacij ključnih besed v slovenskem jeziku: sladkorna bolezen tipa 1, otroci, starši, kakovost življenja, medicinska sestra. Pri iskanju literature v angleškem jeziku pa so bile uporabljene različne kombinacije ključnih besed *diabetes type 1, children, parents, quality of life, nurse*. Pri iskanju literature je bilo uporabljenih več kriterijev. Pri vključitvenih kriterijih smo upoštevali, da so bili članki, ki smo jih uporabili, objavljeni v slovenskem ali angleškem jeziku, da so bili dostopni v celotnem obsegu in objavljeni v časovnem obdobju od leta 2010 do 2022. Vključitveni kriteriji so bili še tematska ustreznost in prisotnost ključnih besed v besedilu članka.

Rezultati pregleda literature

Postopek pridobitve ustrezne literature se je začel z identifikacijo zadetkov. Z iskanjem literature v podatkovnih bazah ScienceDirect, Proquest, PubMed in Google učenjak smo pridobili 3520 različnih virov. Na osnovi časovnega kriterija smo izločili 3000 člankov. Skupno število uporabljenih člankov je bilo 520, od tega ni bilo nobenega odstranjenega duplikata. Nadaljevali smo s pregledom po kriterijih. Po pregledu naslovov, izvlečkov in drugih podatkov o objavi smo izključili 445 zadetkov. Ostalo je 75 člankov, po podrobnejšem vsebinskem pregledu polnih besedil smo izključili še 33 zadetkov. Ostalo je 42 člankov, od katerih smo za končno analizo uporabili 15.



Slika 1: Prikaz postopka pregleda literature po metodologiji PRISMA

3 REZULTATI

Vpliv sladkorne bolezni na duševno zdravje otrok in mladostnikov

Samonadzor sladkorne bolezni ima lahko velik vpliv na kvaliteto življenja otrok in mladostnikov in vpliva na njihovo duševno zdravje (Farooqi idr., 2021). Mladostniki s sladkorno boleznijo imajo večje možnosti pojava depresije, anksioznosti in motenj hranjenja (Anarte idr., 2020). Študija je pokazala, da je prevalenca depresije bistveno višja pri osebah s sladkorno boleznijo v primerjavi z osebami brez sladkorne bolezni, poleg tega pa je dvakrat pogostejša pri pacientih s slabim nadzorom glikemije (Farooqi idr., 2021). Pri diabetikih je depresija dejavnik, ki prispeva k slabši presnovni kontroli in posledično k slabši kakovosti življenja (Anderson idr., 2017).

Prenos odgovornosti s staršev na otroke

Sodelovanje družine pri obvladovanju diabetesa je zelo pomembno (Ergun-Longmire idr., 2021). Pri majhnih otrocih so starši tisti, ki upravljajo ali nadzirajo zdravljenje (Barnard idr., 2010). Prenos preveč odgovornosti na otroka glede obvladovanja sladkorne bolezni je povezan s slabim znanjem, slabim spoštovanjem zdravljenja in več hospitalizacijami. Negativni rezultati zdravljenja se pojavijo, kadar straši prenesejo nadzor nad diabetesom na otroke, še preden so ti na to pripravljeni. Za primeren prenos nadzora je potrebno upoštevati otrokovo stopnjo

znanja glede diabetesa ter njegovo starost, kognitivno raven in potrebe, ki so odvisne od načina zdravljenja (Higgins, 2013).

Vpliv sladkorne bolezni na življenje družine

Diagnoza sladkorne bolezni ne vpliva le na otroka, temveč na celotno družino (Chan in Shorey, 2022). Nekateri starši so bili ob postavitvi diagnoze preobremenjeni, opisovali so jo kot izjemno bolečo in travmatično. Starši so se spopadali s pomanjkanjem spanja, ki izhaja iz strahu pred hipoglikemijo (Simpson, Hanna in Jones, 2021). Večja kakovost življenja je povezana s toplim ter skrbnim vedenjem in z manjšim konfliktom. Nekateri starši so poročali o pozitivnem vplivu na odnose in družinsko strukturo, kot so boljša komunikacija s partnerjem ter bolj zdrav življenjski slog (Simpson idr., 2021). Menili so, da je njihova družina postala po diagnozi bolj povezana (Whittemore, Jaser, Chao, Jang in Grey, 2012). Drugi pa so poročali o negativnih posledicah, kot so poslabšanje čustvene in fizične intimnosti ter skupnega preživljanja časa zaradi delitve oskrbe (Simpson idr., 2021). Starši otrok s sladkorno boleznijo imajo povečano tveganje za razvoj depresivnih simptomov, simptomov tesnobe ali posttravmatske stresne motnje (Moreira, Frontini, Bullinger in Canavarro, 2014).

Kakovost življenja otrok s sladkorno boleznijo tipa 1 in njihovih staršev

Obstajajo številni dokazi, da imajo otroci in mladostniki s sladkorno boleznijo tipa 1 slabšo kakovost življenja v primerjavi z zdravimi vrstniki. Kakovost življenja je višja med moškimi pacienti z boljšo glikemično kontrolo in s krajšim trajanjem sladkorne bolezni (Kalyva, Malakonaki, Eiser in Mamoulakis, 2011). Nižje ocene kakovosti življenja so bile povezane s slabšim socialno-ekonomskim statusom, višjo starostjo, s slabim glikemičnim nadzorom, z naraščanjem števila epizod hipoglikemije, zapleti, več hospitalizacijami in depresijo (Abolfotouh, Kamal, El-Bourgy in Mohamed, 2011).

Oskrba otrok v izobraževalnih ustanovah

Primeren samonadzor oz. urejena sladkorna bolezen omogočata večjo prisotnost v šoli in vrtcu in sta tako zelo pomembni tudi za socialni razvoj otroka. Otroci in mladostniki s sladkorno boleznijo tipa 1 bi morali redno obiskovati šolo (Stefanowicz in Stefanowicz, 2018). Priporočljivo je, da dosegajo v šolskem okolju enako raven obvladovanja bolezni kot zunaj tega okolja.

Cilj je, da so otroci v celoti vključeni v šolske in učne priložnosti, hkrati pa ostanejo zdravstveno varni (Herbert idr., 2015). Prisotnost medicinske sestre v šolskem okolju pomaga otrokom in mladostnikom upoštevati navodila glede samonadzora in poveča njihovo varnost v šoli (Stefanowicz in Stefanowicz, 2018).

Vloga medicinske sestre

Diabetes je zapletena bolezen, ki zahteva multidisciplinaren tim (Higgins, 2013). Ključnega pomena je edukacija celotne družine nemudoma po postavitvi diagnoze (Bratina, Murn Berkopec in Battelino, 2014). Edukacija družine je individualna za vsakega posameznika in odvisna od starosti otroka, izobrazbe, družinske dinamike in podpore (Ergun-Longmire idr., 2021). Pomembno je, da posamezniki prevzamejo aktivno vlogo pri svoji oskrbi (Higgins, 2013). Cilje prilagodimo otroku in njegovi družini glede na starost otroka ter morebitne druge težave (Bratina idr., 2014).

4 RAZPRAVA

Vse več raziskav potrjuje pomen družinskega timskega dela in skupne odgovornosti (Weissberg-Benchell idr., 2009). Dobri odnosi v družini vodijo do boljšega glikemičnega nadzora sladkorne bolezni tipa 1 (Pate, Rutar, Battelino, Drobnič Radobuljac in Bratina, 2015). Starši otrok in mladostnikov s sladkorno boleznijo so izpostavljeni številnim potencialnim virom stresa (Moreira idr., 2014). Zaradi epizod hipoglikemije se starši pogosto počutijo prestrašene, tesnobne in razočarane zaradi odgovornosti za preprečevanje takšnih epizod, zato pri njih obstaja večja verjetnost, da bodo občutili slabšo kakovost življenja in psihosocialne težave (Herbert idr., 2015). Nadaljnja vključenost staršev vpliva na pogoste meritve glukoze v krvi, kar izboljša kakovost življenja in metabolični nadzor, vendar pa povzroča večjo tesnobo ter stres pri starših (Pate idr., 2015). Ker so medicinske sestre v stiku z otroki v številnih situacijah, imajo pomembno vlogo pri prepoznavanju in diagnosticiranju otroške sladkorne bolezni ter dolgoročnem zdravljenju, za preprečitev nujnih medicinskih stanj pa sta zgodnje diagnosticiranje in zdravljenje ključnega pomena (Dai, Chen, Huang, Wu in Yang, 2022). Da bi izboljšali zdravstveno oskrbo pacientov, se priporoča, da medicinske sestre delajo v timu (Alshammari, Windle, Bowskill in Adams, 2021). Do 8. leta starosti so izključno starši tisti, ki skrbijo za upravljanje sladkorne bolezni, medtem ko začnejo otroci pri starosti 8–11 let prevzemati nekatere izmed nalog (Barnard idr., 2010). Z odraščanjem pa naloge za samonadzor bolezni postanejo polna odgovornost otrok in mladostnikov (Ergun-Longmire idr., 2021). V obdobju adolescence se velik del odgovornosti prenese s staršev na otroka, pri čemer se starši nekoliko razbremenijo (Barnard idr., 2010).

5 ZAKLJUČEK

Sladkorna bolezen tipa 1 je kronična bolezen, ki običajno prizadene otroke in mladostnike. Samonadzor je temelj spremljanja sladkorne bolezni, pri tem pa je pomembno, da so vanj aktivno vključeni tako otroci in mladostniki kot tudi njihove družine. Najpomembnejše delo medicinske sestre je zdravstvena vzgoja, s katero ta pacientu in družini preda potrebno znanje.

Pomen zdravstvene vzgoje je zagotoviti čim boljše obvladovanje sladkorne bolezni. Kakovost življenja je boljša, če pri spremljanju bolezni sodeluje družina, saj se otroci in mladostniki tako lažje prilagodijo novemu načinu življenja.

Namen prispevka je ozaveščati otroke in mladostnike ter njihove starše o pomenu dobrega samonadzora sladkorne bolezni ter zdravega načina življenja, da s tem preprečimo pojav zapletov. S tem se izboljša tudi kakovost življenja celotne družine. Pomembno je, da omogočimo zgodnje ukrepanje pri komplikacijah ter nadzor nad sladkorno boleznijo tipa 1.

LITERATURA IN VIRI

1. Abolfotouh, M. A., Kamal, M. M., El-Bourgy, M. D. in Mohamed, S. G. (2011). Quality of life and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes and the impact of an education intervention. *International journal of general medicine*, 4, 141. <https://doi.org/10.2147%2FIJGM.S16951>
2. Alshammari, M., Windle, R., Bowskill, D. in Adams, G. (2021). The role of nurses in diabetes care: a qualitative study. *Open journal of nursing*, 11(8), 682–695. <https://doi.org/10.4236/ojn.2021.118058>
3. Anarte, M. T., Carreira, M., Gea, A. L., Varela, E., Mateo-Anarte, M., Siguero, J. P. L. in Gea, I. L. (2020). Diabetes summer camp in children and adolescents with type 1 diabetes: effects on well-being and quality of life. *Endocrinología, diabetes y nutrición (English ed.)*, 67(5), 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.endien.2019.08.008>
4. Anderson, B. J., Laffel, L. M., Domenger, C., Danne, T., Phillip, M., Mazza, C., ... Mathieu, C. (2017). Factors associated with diabetes-specific health-related quality of life in youth with type 1 diabetes: the Global TEENs Study. *Diabetes care*, 40(8), 1002–1009. <https://doi.org/10.2337/dc16-1990>
5. Barnard, K., Thomas, S., Royle, P., Noyes, K. in Waugh, N. (2010). Fear of hypoglycaemia in parents of young children with type 1 diabetes: a systematic review. *BMC pediatrics*, 10(1), 1–8. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2431-10-50>
6. Bhutta, Z. A., Salam, R. A., Gomber, A., Lewis-Watts, L., Narang, T., Mbanja, J. C. in Alleyne, G. (2021). A century past the discovery of insulin: global progress and challenges for type 1 diabetes among children and adolescents in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 398(10313), 1837–1850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02247-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02247-9)
7. Bratina, N., Murn Berkopec, B. in Battelino, T. (2014). Sladkorna bolezen – iz bolnišnice domov in v šole. *Slovenska pediatrija*, 21(1), 62–67. Pridobljeno s http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2014/2014_suppl_21_062-067.pdf
8. Chan, K. K. L. in Shorey, S. (2022). Experiences and needs of children with siblings diagnosed with Type 1 diabetes: A mixed studies systematic review. *Journal of pediatric nursing*, 63, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.12.002>
9. Dai, H., Chen, Q., Huang, H., Wu, K. in Yang, X. (2022). The role of nurses in taking care of children with type 1 diabetes. *Alternative therapies in health and medicine*, 28(1), 107–113. Pridobljeno s <http://alternative-therapies.com/oa/6958.html>
10. Ergun-Longmire, B., Clemente, E., Vining-Maravolo, P., Roberts, C., Buth, K. in Greydanus, D.E. (2021). Diabetes education in pediatrics: How to survive diabetes. *Disease-a-month*, 67(8), 101–153. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2021.101153>
11. Farooqi, A., Gillies, C., Sathanapally, H., Abner, S., Seidu, S., Davies, M. J., ... Khunti, K. (2021). A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people

- with and without type 1 and type 2 diabetes. *Primary care diabetes*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.11.001>
12. Hanberger, L., Ludvigsson, J. in Nordfeldt, S. (2009). Health-related quality of life in intensively treated young patients with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 10(6), 374–381. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2008.00496.x>
 13. Hassan, K., Loar, R., Anderson, B. J. in Heptulla, R. A. (2006). The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *The Journal of pediatrics*, 149(4), 526–531. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.05.039>
 14. Herbert, L. J., Clary, L., Owen, V., Monaghan, M., Alvarez, V. in Streisand, R. (2015). Relations among school/daycare functioning, fear of hypoglycaemia and quality of life in parents of young children with type 1 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 24(9-10), 1199–1209. <https://doi.org/10.1111/jocn.12658>
 15. Higgins, K. (2013). *Parenting the pre-adolescent child with type 1 diabetes evaluation of an educational program designed to improve the capacity of parents of preadolescent youths with type 1 diabetes to support their children with appropriate parenting skills learned from their health care providers* (magistrska naloga). Kalifornija: University of California. Pridobljeno s <https://www.proquest.com/docview/1413309703/fulltextPDF/69CF82AB8F4748EBPQ/1?accountid=31479>
 16. Hoey, H., Aanstoot, H. J., Chiarelli, F., Daneman, D., Danne, T., Dorchy, H., ... Hvidøre study group on childhood diabetes. (2001). Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes care*, 24(11), 1923–1928. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.11.1923>
 17. Kalyva, E., Abdul-Rasoul, M., Kehl, D., Barkai, L. in Lukács, A. (2016). A cross-cultural study on perceived health-related quality of life in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of diabetes and its complications*, 30(3), 482–487. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2015.12.021>
 18. Kalyva, E., Malakonaki, E., Eiser, C. in Mamoulakis, D. (2011). Health-related quality of life (HRQoL) of children with type 1 diabetes mellitus (T1DM): self and parental perceptions. *Pediatric diabetes*, 12(1), 34–40. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2010.00653.x>
 19. Katsarou, A., Gudbjörnsdóttir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B. J., ... Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews disease primers*, 3(1), 1–17. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.16>
 20. Lian, K., Feng, H., Liu, S., Wang, K., Liu, Q., Deng, L., ... Liu, G. (2022). Insulin quantification towards early diagnosis of prediabetes/diabetes. *Biosensors and bioelectronics*, 114029. <https://doi.org/10.1016/j.bios.2022.114029>
 21. Moreira, H., Frontini, R., Bullinger, M. in Canavarro, M. C. (2014). Family cohesion and health-related quality of life of children with type 1 diabetes: The mediating role of parental adjustment. *Journal of child and family studies*, 23(2), 347–359. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9758-6>
 22. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), pp. 1–9. doi.org/10.1136/bmj.n71
 23. Pate, T., Rutar, M., Battelino, T., Drobnič-Radobuljac, M. in Bratina, N. (2015). Support group for parents coping with children with type 1 diabetes/Skupina za Starše kot podpora družinam pri soočanju z otrokovo sladkorno boleznijo tipa 1. *Slovenian journal of public health*, 54(2), 79–85. <https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0012>

24. Simpson, S., Hanna, P. in Jones, C. J. (2021). A systematic review of parents' experiences of raising a child with type 1 diabetes. *British journal of diabetes*, 21(1), 43–58. <https://doi.org/10.15277/bjd.2021.291>
25. Stefanowicz, A. in Stefanowicz, J. (2018). The role of a school nurse in the care of a child with diabetes mellitus type 1—the perspectives of patients and their parents: literature review. *Slovenian journal of public health*, 57(3), 166. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0021>
26. Struhal, P. (2009). Sladkorna bolezen. Pridobljeno 5. 5. 2022 s <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/IX-84.pdf>
27. Swabby, R. in Randell, T. (2021). Strategies for optimising blood glucose control in diabetes mellitus. *Pediatrics and child health*, 31(4), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2021.01.004>
28. Weissberg-Benchell, J., Nansel, T., Holmbeck, G., Chen, R., Anderson, B., Wysocki, T., ... Steering committee of the family management of diabetes study. (2009). Generic and diabetes-specific parent-child behaviors and quality of life among youth with type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 34(9), 977–988. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp003>
29. Whittmore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M. in Grey, M. (2012). Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *The diabetes educator*, 38(4), 562–579. <https://doi.org/10.1177%2F0145721712445216>

Promocijski material za konferenco so prispevali:



Nagrade za najboljše prispevke je prispevala:



CELJSKA MOHORJEVA DRUŽBA
— Prva slovenska založba —



**FAKULTETA
ZA ZDRAVSTVENE
VEDE V CELJU**

V SODELOVANJU Z:

Univerza v Ljubljani
Zdravstvena fakulteta



Univerza v Mariboru

Fakulteta za zdravstvene vede



Fakulteta za zdravstvo
Angele Boškin



Univerza v Novem mestu
Fakulteta za *zdravstvene vede*



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM



Fakulteta za zdravstvene in socialne vede
Faculty of Health and Social Sciences **Slovenj Gradec**



ISBN 978-961-6889-51-3