

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 6 • No. 2 • 2019



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Glavni in odgovorni urednik *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Anna Axelin (Finska), Božena Gorzkowicz (Poljska), Goran Kozina (Hrvaška), Nevenka Kregar Velikonja (Slovenija), Jasmina Starc (Slovenija), Maria Flores Vizcaya - Moreno (Španija), Milica Vasiljević Blagojević (Srbija), Olga Riklikiene (Litva)

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Melanija Frankovič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Ensitra, Brigita Vogrinec s. p.

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

JHS - Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

urednistvo@jhs.si, editorial.office@jhs.si

Izdajanje revije sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

The publication of the journal is co-financed by the Slovenian Research Agency.

Naklada *Circulation*

200

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

Revija za zdravstvene vede je uvrščena na seznam revij ARRS, ki niso vključene v mednarodne bibliografske baze podatkov, se pa upoštevajo pri kategorizaciji znanstvenih publikacij (BIBLIO-B).

The Journal of Health Sciences is placed on list of ARRS journals that are not included in international bibliographic databases, but they are observed at categorization of scientific publications (BIBLIO-B).

VSEBINA CONTENTS

<i>Ksenija Komidar</i> Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti Consideration of Interculturalism in Health Care Practice	3
<i>Neža Lesjak, dr. Suzana Mlinar</i> Samoocena znanja študentk zdravstvene nege o raku dojk The Self-Assessment of Nursing Students' Knowledge of Breast Cancer	22
<i>Aljoša Lipovec, dr. Bojana Filej</i> Pogostost uporabe orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo The Frequency of Using Tools to Prevent Violent Behaviour in Patients with a Mental Disorder	37
<i>Robert Medved</i> Najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, in oseb z duševnimi motnjami v skupnostni obravnavi Common Problems of Drug Users and People with Mental Disorders in Community Treatment	52
<i>Tina Levec, dr. Damjan Slabe</i> Ustreznost uporabe besednih zvez »dajanje« ali »nudenje« prve pomoči To "Give" or to "Offer" First Aid: Which Collocation is More Appropriate?	66

Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti

Prejeto 18. 10. 2019 / Sprejeto 26. 11. 2019

Znanstveni članek

UDK 614.253+316.7

KLJUČNE BESEDE: medkulturnost, kompetence, zdravstveni delavci, zdravstvena oskrba

POVZETEK - Medkulturnost je neizogiben dejavnik v razvoju družbe in izpostavljeni so ji tudi zdravstveni delavci. Ti se vse večkrat srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kulturnih okolij, zato se pogosto znajdejo v stiski. Zaradi nepoznavanja kulturnih navad teh ljudi je lahko zdravstvena oskrba neuspešna. Z raziskavo smo želeli preučiti vidike medkulturnosti pri zdravstveni oskrbi. Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, podatki so bili zbrani s tehniko intervjuvanja. Analiza je pokazala, da stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvene delavce predstavlja izziv, vpliva na njihovo razumevanje medkulturnosti in na razvoj njihovih medkulturnih kompetenc. Zdravstveni delavci razumejo medkulturnost kot nekaj, kar našo kulturo bogati in prispeva k večji strpnosti do drugih kultur, je pa tudi temelj za predsodke, stereotype in diskriminacije. Zdravstveno osebje z visoko razvito kompetenco prepoznavanja in poznavanja medkulturnih posebnosti lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi. Tovrstna oskrba daje pacientu občutek zaupanja, poveča njegovo pripravljenost za sodelovanje, s tem pa se izboljša tudi njena kakovost.

Received 18. 10. 2019 / Accepted 26. 11. 2019

Scientific article

UDC 614.253+316.7

KEY WORDS: intercultural society, cultural competences, health professionals, health care

ABSTRACT - Interculturalism is an inevitable factor in the development of society, to which health professionals are also exposed. They are increasingly encountering patients from different cultural backgrounds and may often find themselves in dire straits when health care fails because of their ignorance of people's beliefs related to cultural habits. The aim of the study was to examine the perspectives of healthcare professionals on interculturalism in health care. A qualitative research approach was used and the data were collected using the interview technique. The analysis showed that contact with members of other ethnic, religious and cultural groups can present a challenge for health professionals in the workplace, affecting their understanding of interculturalism and the development of their cultural competences. Healthcare professionals understand interculturalism as something that enriches our culture and contributes to greater tolerance of other cultures, but is also the basis for prejudice, stereotypes and discrimination. Healthcare professionals with a high level of competence in recognizing and knowing intercultural specificities can make a significant contribution to culturally competent and quality healthcare. This type of care gives the patient a sense of confidence, enhances their willingness to participate, and thus improves the quality of health care.

1 Uvod

Kulturo razumemo kot celovit sklop duhovnih in vrednotenjskih podlag, ki usmerjajo življenje in medsebojno delovanje ljudi. Gre za kontekst, v katerem ljudje opisujejo družbene pojave, institucije in procese (Geertz, 1973, v Makarovič, 2009). Jacek Kozak (2008) meni, da je medkulturnost mnogo več kot le kultura: je temelj človekove identitete in podlaga za oblikovanje naše lastne zavesti. Medkulturnost ne pomeni samo sočasne prisotnosti več kultur druge ob drugi, temveč stalno obliko povezova-

nja, v kateri različne kulture, narodi in vere ne le sobivajo, ampak tudi sodelujejo, se poznavaajo, priznavajo in dopolnjujejo (Mikolič, Pertot in Zudič Antonič, 2006); med različnimi kulturami išče njihove skupne točke in podobnosti ter teži k spoštovanju njihove raznolikosti (Makarovič in Zorec, 2009); pomeni integracijo različnih kultur in njihovo spoštovanje; poudarja ohranjanje lastne kulture in vzpostavljanje medkulturnih interakcij, odnosov in izmenjav (Hrženjak, 2003).

Družba postaja vse bolj kulturno raznolika, na kar vplivajo vojne, neustrezne ekonomske in življenjske razmere ter klimatske spremembe. Naraščajoča kulturna raznolikost vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi zaradi zagotavljanja kakovostne in varne obravnave ljudi različnih kultur (Breznik, Kaučič in Filej, 2019). Ključne kompetence posameznika v sodobni družbi postajajo medkulturne kompetence, saj so nujne za posameznikovo vključenost in njegovo učinkovito delovanje v družbi. Mikolič in Marc Bratina (2009) poudarjata, da se medkulturne kompetence lahko pojavljajo na različnih ravneh. Na osnovni ravni lahko obsegajo samo poznavanje tradicij in običajev druge kulture. Nato prehajajo do kritičnega razmisleka o kulturah, kar vsebuje tudi komunikacijo. Najgloblja raven pa je vpletanje medkulturnosti v vse oblike življenja in poznavanje razlik. Tako pojmovanje medkulturnih kompetenc temelji na prepričanju, da na najgloblji ravni zadostuje zgolj poznavanje drugih kultur, kar pa nadgradijo nekateri drugi avtorji (Jelenc, Keršič Svetel in Lipovec Čebon, 2016), ki ob tem poudarjajo tudi poznavanje lastne kulture in njene samorefleksije, saj med kulturnimi kompetencami navajajo: zavedanje vpetosti v lastno kulturo ter refleksijo lastnih predsodkov in stereotipov, dojetanje razlik med kulturami, poznavanje različnih kulturnih praks in svetovnih nazorov, medkulturne veščine - sposobnost, da se zavemo razlik in jih upoštevamo pri odnosu do uporabnika zdravstvenih storitev, medkulturne izkušnje kot osebne izkušnje z ljudmi iz različnih okolij, motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopni proces, v katerem se posameznik stalno izpopolnjuje.

Medkulturne kompetence predstavljajo prvi pogoj uspešnega medkulturnega dialoga in so zelo pomembne pri preprečevanju konfliktov. Globalizaciji, z njo pa multikulturalizmu in medkulturnosti, so izpostavljeni tudi zdravstveni delavci. Ti se vse pogosteje srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kulturnih okolij, in lahko se znajdejo v stiski, ko je zaradi nepoznavanja navad teh ljudi tudi zdravstvena oskrba neuspešna. Pripadniki različnih kultur imajo namreč različna prepričanja o vzrokih, diagnozah in zdravljenju bolezni (Agbedia, 2008, v Frank, 2015). Kulturna kompetentnost obsega več aktivnosti, ukrepov in spretnosti, ki zdravstvenim delavcem omogočajo učinkovito delovanje v multikulturnem okolju (Sotnik in Jezewski, 2005, v Humljan Urh, 2013). Pomeni ustrezno znanje, spretnosti in sposobnosti za delo z različnimi posamezniki v multikulturni družbi. Je sposobnost zdravstvenega delavca, da učinkovito opravlja delovne naloge skupaj s pripadniki različnih kulturnih skupin na območju, kjer sobiva več kultur. Poznavanje lastne in drugih kultur je eno izmed osnovnih načel kulturne kompetentnosti. Kot posamezniki in pripadniki določene kulture se morajo zdravstveni delavci v odnosu z drugimi kulturnimi skupinami izogniti temu, da med njihovim delom prevladujejo njihovi lastni vzorci, vrednote in prepriča-

nja (Humljan Urh, 2013). Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe pomeni izvajanje celostne, k pacientu usmerjene zdravstvene oskrbe, ki se mora izvajati v vseh okoljih (Razlag Kolar, Filej in Kaučič, 2019).

Novejše opredelitve medkulturnih kompetenc se med seboj razlikujejo. Večina jih izhaja iz stika z drugimi narodnostnimi, kulturnimi in verskimi skupinami, nekatere druge pa iz razlik glede na narodnost, vero, starost, spol in druge dejavnike. Z raziskavo smo želeli osvetliti nekatere vidike teh kompetenc in preučiti, kako zdravstveni delavci ocenjujejo svoje medkulturne kompetence in koliko upoštevajo načela medkulturnosti pri opravljanju svojega dela.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je kvalitativne narave, uporabljena je bila deskriptivna in kavzalno neeksperimentalna raziskovalna metoda, primarni podatki so bili zbrani s tehniko intervjuvanja. Sekundarne podatke smo zbrali s pomočjo pregleda ustrezne domače in tuje strokovne in znanstvene literature, pri čemer smo uporabili bibliografske baze COBISS, PubMed in CINAHL.

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo izdelali predlogo za polstrukturirani intervju, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Prosen, 2018; Pollozhani idr., 2013; El-Amouri in O'Neill, 2011; Tomšič, 2009; Hrženjak, 2003). Predloga vsebuje 14 vprašanj odprtega tipa s podvprašanji. Prvi del je namenjen ugotavljanju sociodemografskih podatkov, drugi del raziskovanja, kako zdravstveni delavci razumejo medkulturnost ter koliko in na kakšen način jo upoštevajo pri opravljanju svojega dela, tretji pa preučevanju, kako zdravstveni delavci ocenjujejo svoje medkulturne kompetence.

2.3 Opis vzorca

V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili šest zdravstvenih delavcev, ki so bili rojeni in bivajo v Sloveniji, so stari med 26 in 36 let ter imajo med 4 in 14 let delovnih izkušenj na področju zdravstvene dejavnosti. Tri osebe so po izobrazbi diplomirane medicinske sestre, dve sta srednja medicinska sestra oziroma srednji zdravstvenik in ena doktorica medicine - specializantka pediatrije. Štiri osebe so zaposlene v zdravstvenem domu, ena oseba v domu starejših občanov in ena oseba v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Štirje zavodi so v jugovzhodni Sloveniji, dva pa v osrednjeslovenski regiji.

Oseba A je ženskega spola, stara je 28 let, po izobrazbi diplomirana medicinska sestra, 5 let je zaposlena v urgentnem centru zdravstvenega doma v osrednjeslovenski regiji.

Oseba B je ženskega spola, stara je 32 let, po izobrazbi diplomirana medicinska sestra, 9,5 let je zaposlena v enem od domov starejših občanov v JV Sloveniji.

Oseba C je ženskega spola, stara je 36 let, je doktorica medicine, specializantka pediatrije, 8 let je zaposlena v enem od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

Oseba D je ženskega spola, stara je 33 let, je diplomirana medicinska sestra, magistra zdravstvene nege, 10 let je zaposlena na enem izmed oddelkov UKC Ljubljana.

Oseba E je ženskega spola, stara je 36 let, po izobrazbi je srednja medicinska sestra, 14 let je zaposlena v enem od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

Oseba F je moškega spola, star je 26 let, po izobrazbi je srednji zdravstvenik (zdravstveni reševalec), 4 leta je zaposlen v urgentnem centru enega od zdravstvenih domov v JV Sloveniji.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuji so potekali med 9. in 15. marcem 2019, v povprečju so bili dolgi 21 minut. Kandidati so se za sodelovanje odločili prostovoljno na podlagi predhodno podpisanega soglasja za izvedbo raziskave in objavo rezultatov. Zagotovljena jim je bila anonimnost, v vseh fazah raziskovanja in obdelave podatkov pa so bila upoštevana etična načela raziskovalnega dela. Intervjuji so bili posneti, kasneje zapisani v parafrazirani obliki in avtorizirani. Pridobljene podatke smo kvalitativno analizirali, odgovore kodirali in kategorizirali, jih interpretirali in ovrednotili. Ugotovitve so prikazane, analizirane in ovrednotene v razpravi in zaključku.

3 Rezultati

Izraze (kode) smo smiselno povezali v podkategorije. Posamezne podkategorije smo oblikovali v pet glavnih kategorij, in sicer:

1. Izzivi na delovnem mestu.
2. Razumevanje medkulturnosti.
3. Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin.
4. Medkulturne kompetence.
5. Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti.

Tabela 1: Prikaz kod, podkategorij in kategorij

<i>Kode</i>	<i>Podkategorije</i>	<i>Kategorija</i>
delo s tujci komunikacija s pacienti pomankanje časa za pacienta delo s starši delo s sodelavci kako se postaviti zase vsak dan je nov izziv	vrste izzivov	<i>Izzivi na delovnem mestu</i>
delo s tujci, ki pridejo zaradi nenadnega poslabšanja stanja – sporazumevanje delo s sodelavci novo znanje in biti v toku z novimi dognanji uspešno opravljena intervencija zadovoljevanje pacientovih potreb urgentno stanje in reanimacija	največji izziv	
nas bogati poznavanje tujih pravil in kulturnih značilnosti pripomore k večji strpnosti od drugih kultur se lahko veliko naučimo pomeni odprtost za nove kulture, vendar tudi ob prilagoditvi kulturi, v katero prihajajo ovire v komunikaciji in sporazumevanju večanje kriminala – tudi v zdravstvenih zavodih predsodki, stereotipi, diskriminacije, ki se prenašajo iz roda v rod	razumevanje	<i>Razumevanje medkulturnosti</i>
slovenščina	materni jezik	<i>Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin</i>
angleščina, nemščina, hrvaščina, španščina	drugi aktivni jeziki	
velikokrat, vsakodnevno redko	pogostost stikov	
Romi bivše države Jugoslavije muslimani prosilci za azil begunci turisti iz različnih držav otroci izseljenih staršev (veliko etničnih skupin) črnci Azijci	skupine	

izkušnje splet mediji dokumentarne oddaje, informativne oddaje knjižno gradivo priročnik Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba družabne prireditve strokovna izpopolnjevanja	pridobivanje informacij	
zadovoljstvo ob pomoči kljub komunikacijski oviri učenje strpnosti novi izzivi nova znanja in splošna razgledanost sreča ob spoznanju, da smo v naši kulturi ženske enakopravne ne prepoznam rasti	strokovna in osebna rast	
komunikacija nerazumevanje navodil in razlag tujci se ne potrudijo, da bi razumeli (osebje se mora v jeziku prilagoditi njim) agresivnost izsiljevanje in ustrahovanje, psihično in fizično nasilje pogledi drugih ver na določena vprašanja, nekaterim vera pomeni več kot zdravje	težave in konflikti	
nepoznavanje stereotipi jezik razlike med pričakovanjem in željami pacienta ter dejanjem neprilagajanje pripadnikov drugih kultur navade drugih kultur religija nerazumevanje ali neodobravanje drugih kultur	vzroki za konflikte	
kompetentno ne dovolj	ocena kompetentnosti	<i>Medkulturne kompetence</i>
ne čutim primanjkljaja jezik potrebna dodatna izobraževanja	primanjkljaj kompetenc	
komunikacija s tolmači več posvečenega časa prilagoditev prehrane komunikacija v njim razumljivem jeziku prilagoditev v obravnavi (ženska-ženska)	prilagoditve narodnostnim in kulturnim željam	

želja in motivacija po novem medkulturnem znanju delavnice medkulturnega izpopolnjevanja izobraževanje posluš empatija vzeti si čas obiski drugih držav in njihovih zdravstvenih zavodov	predlogi za izboljšanje	
sproščenost pri delu motiviranost za hitreje doseganje ciljev manj konfliktov zaupanje in sodelovanje pacienta dvig kakovosti bolj prilagodljivo zdravstveno osebje hitrejša oskrba	pomen	
da, vedno potrebno ne	potreba po izobraževanju	<i>Izobraževanja s področja kulturne raznolikosti</i>
da, samoiniciativno, Ministrstvo za zdravje, NIJZ ne	udeležba na izobraževanjih	

Vir: Lastni vir, 2019.

Kategorija 1: Izzivi na delovnem mestu

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca se na svojem delovnem mestu vsakodnevno srečujejo z različnimi izzivi, ki so povezani tako s pacienti in zadovoljevanjem njihovih potreb ter pomanjkanjem časa za poglobljeno komunikacijo z njimi, kot tudi z delom s starši in svojci ter s sodelavci. Pri njihovem delu jim največji izziv predstavlja: »delo s starejšimi sodelavci, ki zaradi svoje delovne dobe opravičujejo svoj prav« (oseba B), »nova znanja in raziskave ter biti v toku z novimi dognanji stroke« (oseba C), »urgentno stanje, ko rešujemo življenje« (oseba D), »zadovoljevanje pacientovih potreb« (oseba E), »uspešno opravljena intervencija« (oseba F). Oseba A pa je kot največji izziv izpostavila tudi delo s tujci ter sporazumevanje z njimi:

»Največji izziv, s katerim se srečujem pri svojem delu, so tujci, ki pridejo zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja, in se ne morem sporazumeti z njimi. Nekateri ne govorijo ne angleško ne nemško ali srbohrvaško. S takšnimi pacienti se je težko pogovarjati. Nekateri pacienti so povratniki. Že poznajo naš sistem in s seboj pripeljejo tolmača. Takrat je sporazumevanje manj težavno«.

Kategorija 2: Razumevanje medkulturnosti

Medkulturnost je različno definiran pojem. Intervjuvani zdravstveni delavci medkulturnost razumejo kot »nekaj, kar nas bogati, saj spoznavamo tuja pravila, druge kulture in njihove značilnosti« (oseba A), »nekaj, kar bogati slovenski prostor, pripomore k temu, da smo do drugih kultur strpnější« (oseba B), »od drugih kultur se lahko veliko naučimo in dobrega izmenjamo« (oseba C). Po drugi strani pa »medkulturnost v naš prostor prinaša tudi veliko predsodkov, stereotipov in diskriminacij, ki se pre-

našajo iz roda v rod« (oseba A), »povzročča ovire v komunikaciji in sporazumevanju zaradi različnih jezikov ter pripomore k večanju kriminala - tudi v zdravstvenih zavodih« (oseba E). Oseba D izpostavlja odprtost do drugih kulturnih skupnosti, vendar tudi prilagajanje teh skupnosti kulturi, v katero prihajajo, ob tem pa je izražen tudi predsodek do druge kulturne skupine: »Mislim, da če nekdo pride živeti v Slovenijo, potem je tudi njegova dolžnost, da se nauči našega jezika in da upošteva našo kulturo in način življenja. Kot otrok sem živela v mestu, kjer je bilo veliko priseljencev iz Hrvaške, Srbije, Bosne. Nikoli nisem razumela, kako so lahko otroci teh priseljencev govorili tekoče slovensko, njihovi starši pa ne. Mislim, da je to nespoštovanje naše kulture in jezika. Verjetno, če bi mi prišli živeti v njihovo državo, oni tega ne bi tolerirali.«

Kategorija 3: Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin

Vse intervjuvane osebe so bile rojene v Sloveniji, zato je njihov materni jezik slovenski, poleg njega pa vse aktivno govorijo angleški jezik, večina še hrvaški, oseba A pa še nemški in oseba B španski jezik. Pri svojem delu se samo oseba B redko srečuje s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin, ostale osebe pa se z njimi srečujejo vsakodnevno. Večinoma so to Romi ter državljani bivših jugoslovenskih republik in muslimani. Osebe A, C in F so izpostavile, da v zadnjem času narašča število beguncev in prosilcev za azil, oseba C pa tudi, da se v poletnih mesecih poveča stik s turisti iz različnih držav sveta, med njimi tudi s črnci in Azijci.

Lažji pristop k pacientom drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin poleg strokovne usposobljenosti omogoča tudi opremljenost z informacijami, ki jih zdravstveni delavci o tej skupini imajo. Kot pomemben vir informacij zdravstveni delavci navajajo zlasti neposredne delovne izkušnje s tovrstnimi pacienti. Veliko informacij pridobijo tudi prek spleta in medijev, pri čemer izpostavljajo dokumentarne in informativne oddaje. Oseba A je izpostavila tudi knjižno gradivo Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki je »izdal, meni odlično, publikacijo za razvijanje kulturnih kompetenc z naslovom Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba«. Osebi A in C kot pomemben vir informacij navajata strokovna izpopolnjevanja na temo komunikacije s pripadniki drugih kultur in razne družabne dogodke, na katerih se prav tako s komunikacijo, velikokrat pa tudi z neposredno izkušnjo, lahko pridobi veliko novih informacij o pripadnikih drugih skupnosti.

Stik in neposredna izkušnja s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvenega delavca pomeni tudi strokovno in osebno rast, ki se kaže kot »notranje zadovoljstvo, ko jim kljub komunikacijski oviri lahko pomagam« (oseba A), »naučim se strpnosti« (oseba B), »v takih trenutkih spoznam, da sem srečna, ker živim v državi, kjer so ženske enakopravne moškim, kjer se jih spoštuje in kjer imajo ženske enake možnosti za izobraževanje« (oseba D), »novi izzivi, nova znanja in splošna razgledanost« (oseba F). Pogosto izkušnja s pripadniki drugih etničnih in narodnostnih skupin lahko privede tudi do težav in konfliktnih situacij, ki se kažejo v »komunikaciji ter nerazumevanju navodil in razlag« (osebi A in D), »zdravstveno osebe se mora v komunikaciji in jeziku prilagoditi pripadnikom drugih skupin« (oseba

D), »velikokrat pride do agresivnosti, izsiljevanja in ustrahovanja, zahtevajo takojšnjo obravnavo, čeprav niso naročeni, včasih pride tudi do psihičnega in fizičnega nasilja« (oseba C), »konflikte povzročajo pogledi pripadnikov drugih ver na določena vprašanja, na naše delo in navodila. Žal sem opazila, da je njihovo razmišljanje velikokrat nelogično, pogosto jim vera pomeni več kot zdravje« (oseba D). Vzroki za tovrstne konflikte so zelo različni. Zdravstveni delavci izpostavljajo zlasti: nepoznavanje značilnosti drugih skupnosti ter s tem povezane stereotipe (oseba A), jezik in komunikacijske ovire (osebi B in E), razlike med pričakovanjem in željami ter dejanskim delanjem zdravstvenih delavcev (oseba C), religijo in neprilagajanje pripadnikov drugih kultur naši kulturi (oseba D) ter navade pripadnikov drugih kulturnih skupnosti, ki se razlikujejo od naših navad (osebi B in F).

Kategorija 4: Medkulturne kompetence

Zdravstveni delavci lahko pri svojem delu ravnajo kulturno občutljivo samo, če posedujejo medkulturne kompetence. Večina intervjuvanih zdravstvenih delavcev ocenjuje, da poseduje dovolj medkulturnih kompetenc za delo z drugimi narodnostnimi, verskimi in kulturnimi skupinami, osebe B, C in D pa hkrati menijo, da teh kompetenc ni nikoli dovolj in bi bilo potrebno dodatno izobraževanje na tem področju. Pomanjkanje kompetenc čutijo zlasti pri sporazumevanju.

Medkulturna kompetentnost pomeni tudi aktivnosti, prilagoditve in ukrepe zdravstvenih delavcev za to, da pri svojem delu upoštevajo narodnostne in kulturne značilnosti drugih skupin. Intervjuvane osebe ob tem izpostavljajo naslednje prilagoditve pri svojem delu: »prilagodimo s komunikacijo s tolmači ter z obravnavo pacienta, ki zahteva več posvečenega časa« (oseba A), »s komunikacijo v njim razumljivem jeziku« (oseba C), »omogočimo prehrano glede na versko pripadnost« (oseba B), »če je le mogoče zdravstveno nego izvajajo pripadniki istega spola, kar pa ni vedno možno zaradi pomanjkanja osebja« (osebi D in F).

Zdravstveni delavci menijo, da je navedene prilagoditve vedno mogoče izboljšati, pri čemer izpostavljajo, da je to mogoče zlasti »če je prisotna želja in motivacija po doseganju novega znanja o medkulturnem delovanju« (oseba A), »z dodatnim izobraževanjem o pripadnikih drugih narodnostnih in kulturnih skupin« (oseba B), »z delavnicami medkulturnega izpopolnjevanja« (oseba E), »če damo pacientom čas in priložnost, da nam lahko zaupajo svoje stiske, da smo pri tem empatični« (oseba C), »z izobraževanjem na to tematiko, obiski teh držav, njihovih zdravstvenih zavodov« (oseba D).

Medkulturno kompetentno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov, s čimer se strinjajo vse v vzorec vključene osebe. Tak pristop omogoča »bolj sproščeno delo, večjo motiviranost za hitrejšo doseganje ciljev ter manj konfliktov« (oseba A), »vzbujanje zaupanja pri pacientu, s tem pa se izboljša tudi kakovost oskrbe« (oseba B), »bolj prilagodljivo zdravstveno osebje« (oseba F).

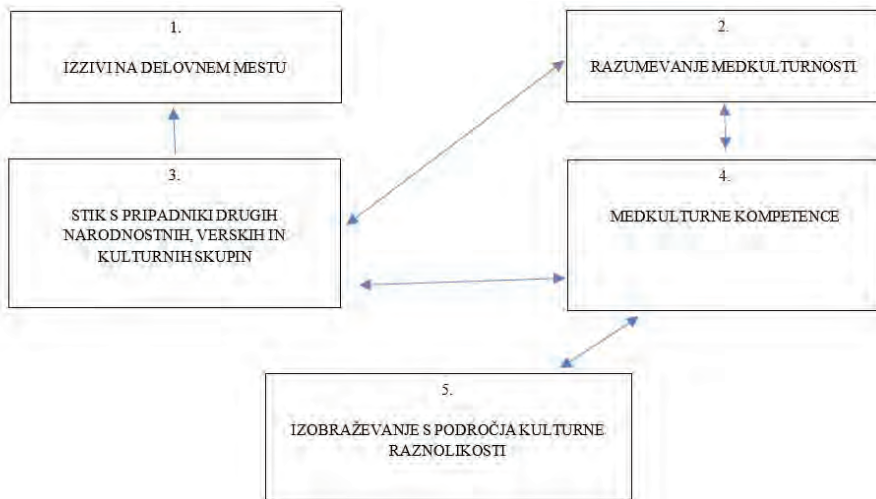
Kategorija 5: Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca menijo, da je prilagoditve narodnostnim in kulturnim značilnostim drugih skupin mogoče izboljšati z dodatnim izobraževanjem s področja kulturne raznolikosti in s pridobivanjem medkulturnih kompetenc. Zaznavajo tudi potrebo po tovrstnem izobraževanju (osebe B, C, D), vendar pa se je izkazalo, da se ga je po zaključku formalnega izobraževanja udeležila samo oseba A: »Udeležila sem se ga samoiniciativno. Eno izobraževanje je bilo v okviru Ministrstva za zdravje (se ne spomnim več naslova), drugo izobraževanje pa je bilo v okviru Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ko so predstavili priročnik«. Osebe A, E in F se tovrstnega izobraževanja ne udeležujejo.

Povezanost med kategorijami

Na podlagi kvalitativne analize odgovorov intervjuvanih oseb smo ugotovili, da so kategorije med seboj vzročno povezane, med seboj se prepletajo, vplivajo ena na drugo in so v odvisnem odnosu.

Slika 1: Prikaz vzročnih povezav med kategorijami



Vir: Lastni vir, 2019.

Kvalitativna analiza je pokazala, da se med seboj najbolj tesno prepletajo in so vzročno povezane naslednje kategorije:

Stik s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin (3) lahko za zdravstvene delavce predstavlja izziv na delovnem mestu (1), hkrati pa vpliva na njihovo razumevanje medkulturnosti (2) in posedovanje njihovih medkulturnih kompetenc (4).

Kako zdravstveni delavci razumejo medkulturnost (2), vpliva na to, kako bodo ravnali, ko se bodo soočili s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih sku-

pin (3), to pa je povezano tudi s posedovanjem njihovih medkulturnih kompetenc (4) in s potrebo po izobraževanju s področja kulturne raznolikosti (5).

Posedovanje medkulturnih kompetenc (4) vpliva na ravnanje s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin (3) in na razumevanje medkulturnosti (2) ter na potrebo po izobraževanju s področja kulturne raznolikosti (5).

Izobraževanje s področja kulturne raznolikosti (5) pa povratno vpliva na posedovanje medkulturnih kompetenc (4) in razumevanje medkulturnosti (2).

4 Razprava

Z raziskavo smo želeli preučiti, koliko se zdravstveni delavci pri svojem delu srečujejo s pripadniki drugih narodnostnih in kulturnih skupin ter s katerimi težavami se ob tem soočajo, kako razumejo medkulturnost, kako ocenjujejo svoje medkulturne kompetence, na kakšen način se soočajo s kulturno raznolikimi pacienti, kako prilagodijo izvajanje zdravstvene oskrbe kulturnim željam posameznikov ter koliko se udeležujejo usposabljanj za pridobivanje medkulturnih kompetenc.

Pri pregledu bibliografskih baz COBISS, PubMed in CINAHL smo zasledili malo raziskav, ki jih glede na namen in zastavljene cilje lahko primerjamo z rezultati raziskave, zato bomo te v večini osvetlili s teoretičnega vidika.

Zdravstveni delavci iz preučevanega vzorca se na svojem delovnem mestu vsakodnevno srečujejo s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin. Večinoma so to Romi, državljani bivših jugoslovanskih republik in muslimani. Ob tem zdravstveni delavci poudarjajo, da se pri svojem delu soočajo z različnimi težavami in konfliktnimi situacijami. Te izhajajo iz drugačnih pogledov pripadnikov drugih skupin na zdravstveno obravnavo, pogosto je s tem povezana tudi agresivnost, izsiljevanje in ustrahovanje, psihično in včasih fizično nasilje. Vzroki za tovrstne konfliktna situacije so zelo različni, pri čemer zdravstveni delavci izpostavljajo zlasti nepoznavanje značilnosti in navad drugih kulturnih skupin ter s tem povezane stereotipe in komunikacijske ovire, religije in neprilagajanje pripadnikov drugih kultur kulturi okolja, v kateri bivajo. Hkrati je iz odgovorov intervjuvanih oseb na več mestih razbrati pred-sodke do drugih kulturnih skupin (to je razvidno iz odgovorov o obsojanju staršev, ki se v našem kulturnem okolju niso naučili slovenskega jezika; nerazumevanju, da je za nekatere skupnosti vera na lestvici vrednot višje kot zdravje; razumevanje medkulturnosti kot vzroka za naraščanje kriminalnih dejanj; prepričanje, da konfliktna situacije povzročajo druge kulturne skupine). Tudi Tomšič (2009) poudarja, da so intenzivni procesi medkulturne interakcije lahko vir napetosti in konfliktov med različnimi kulturami. Medkulturnost ne pomeni nujno prednosti in pozitivnih misli, pač pa pogosteje zavračanje in izključevanje drugačnih, do česar pride zaradi: nestrpnosti, kar pomeni, da so nekateri zaradi religioznih, političnih prepričanj, zunanjega videza ali narodne in socialne pripadnosti obravnavani na drugačen način (Leskošek, 2005); predsodkov, ki nastanejo zaradi nestrpnosti in zaradi drugačnih pogledov na odnose z drugačnimi, ki temeljijo na neresničnih in primitivnih posplošitvah (Ule, 2009); stereotipov, ki so

enostranske, posplošene in kolektivne predstave o svetu in niso nujno negativne, kljub temu pa temeljijo na neresničnih zaznavah (Ule, 2009). Pogosto vse navedeno vodi do diskriminacije, ki jo Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (2019) opredeljuje kot »neenako obravnavanje, ki nima upravičenega razloga: ljudje so obravnavani slabše od drugih (ki take osebne okoliščine nimajo) le zaradi določene osebne okoliščine«. Tudi Pollozhani s sodelavci (2013) navaja, da komunikacijske ovire pogosto povzročajo konflikte. El-Amouri in O'Neill (2011) ugotavljata, da največjo omejitev kulturno kompetentne zdravstvene nege predstavljajo težave, ki izhajajo iz nepoznavanja jezika drugih kultur in načinov neverbalnega sporazumevanja, ki je lasten neki kulturi. Poleg jezika Taylor (2005) kot ovire za kulturno kompetentno zdravstveno oskrbo navaja tudi pomanjkanje znanja in veščin zdravstvenih delavcev. Če zdravstveni delavci ravnaajo z vsemi pacienti enako, brez upoštevanja njihovih kulturnih posebnosti, to vodi v slabe izide zdravljenja in nezadovoljstvo pacientov.

Pojem medkulturnost intervjuvani zdravstveni delavci po eni strani razumejo kot nekaj, kar našo kulturo bogati, saj se od drugih lahko veliko naučimo, to pa prispeva k večji strpnosti do drugih kultur. Po drugi strani pa naj bi bila medkulturnost temelj za predsodke, stereotipe in diskriminacijo, ki se velikokrat prenašajo iz roda v rod, prav tako naj bi povzročala ovire pri sporazumevanju in prispevala k naraščanju kriminalnih dejanj. Tudi teoretiki in raziskovalci pojem medkulturnosti različno razumejo. Zidarič (1994) pojem opredeljuje kot »politiko medsebojnega razumevanja, spoznavanja, sprejemanja, soodvisnosti in enakopravne izmenjave jezikov, kultur in tradicij«. Mikolič, Pertot in Zudič Antonič (2006) poudarjajo, da medkulturnost ne pomeni samo sočasne prisotnosti več kultur druge ob drugi, temveč zahteva konkretne in stalne oblike povezovanja in si prizadeva ustvariti medkulturno družbo, v kateri različne kulture, narodi in vere ne le sobivajo, pač pa tudi sodelujejo, se poznavaajo, priznavajo in dopolnjujejo. Makarovič in Zorec (2009) pojasnjujeta, da medkulturnost med različnimi kulturami išče njihove skupne točke in podobnosti, ki omogočajo nadaljnji razvoj in napredek ter teži k spoštovanju njihove raznolikosti. Hrženjak (2003) medkulturnost označuje kot integracijo različnih kultur in njihovo spoštovanje ne glede na spol, narodnost, vero, sposobnosti ipd. Prednost daje sobivanju kultur, ohranjanju lastne kulture in vzpostavljanju medkulturnih interakcij, odnosov in izmenjav. V UNESCO-vi Konvenciji o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnega izražanja (2005) je tudi zapisano, da »medkulturnost pomeni obstoj in enakopravno interakcijo različnih kultur ter možnost za ustvarjanje skupnih kulturnih izrazov z dialogom in medsebojnim spoštovanjem« (Zakon o ratifikaciji Konvencije o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnih izrazov, 2006, 4. člen).

Stik in neposredna izkušnja s pripadniki drugih narodnostnih, verskih in kulturnih skupin lahko za zdravstvenega delavca pomeni strokovno in osebno rast, ki se pri intervjuvanih osebah kaže kot notranje zadovoljstvo, učenje strpnosti, pridobivanje novega znanja in splošne razgledanosti. Vse to lahko vodi tudi do pridobivanja medkulturnih kompetenc, ki so nujne za posameznikovo vključenost in njegovo učinkovito delovanje v družbi ter jih je tudi Evropska komisija (2005, v Vrečer, 2011) opredelila kot ključne kompetence posameznika v sodobni družbi. Večina intervju-

vanih zdravstvenih delavcev meni, da poseduje dovolj medkulturnih kompetenc za delo z drugimi narodnostnimi, verskimi in kulturnimi skupinami, vendar je njihova samoocena v nasprotju z odgovori o vzrokih za nastanek konfliktnih situacij, saj ti na več mestih izražajo predsodke in nestrpnost do drugih kulturnih skupin. Po drugi strani pa intervjuvane osebe opažajo, da bi bilo potrebno dodatno izobraževanje, zlasti na področju sporazumevanja. Medkulturna kompetentnost pomeni tudi aktivnosti, prilagoditve in ukrepe zdravstvenih delavcev za to, da pri svojem delu upoštevajo narodnostne in kulturne značilnosti drugih skupin. Osebe iz preučevanega vzorca se prilagodijo s komunikacijo v drugim skupinam razumljivem jeziku, z daljšo in bolj poglobljeno ter empatično obravnavo in s prilagoditvijo izvajanja zdravstvene oskrbe glede na spol. Ob tem se strinjajo, da medkulturno osveščeno zdravstveno osebje lahko bistveno pripomore h kulturno kompetentni in kakovostni zdravstveni oskrbi pacientov. Ta namreč prispeva k občutku zaupanja pri pacientu in večji pripravljenosti za sodelovanje. Medkulturne kompetence spadajo med splošne socialne kompetence, ki zajemajo komunikacijske in socialne veščine, zmožnost reševanja medkulturnih konfliktov, samozavestno pristopanje k interakcijam, gradnjo tolerance, zanimanje za druge ljudi ter spodbujanje medsebojnega razumevanja in sprejemanja (Klemenčič in Štremfel, 2011). Maier-Lorentz (2008, v Frank, 2015) prednost kulturno kompetentnih zdravstvenih delavcev vidi ravno v tem, da skušajo v situaciji, ko pacientova stališča do bolezni in procesa zdravljenja niso v skladu s stališči medicine, to razumeti in pacientovo stališče upoštevati. Tudi Prosen (2018) medkulturne kompetence opredeljuje kot sposobnost zdravstvenih delavcev, da ob zavedanju pomembnosti razumevanja kulture pri nudenju oskrbe s pridobljenim znanjem in veščinami to zagotavljajo kulturno dovzetno, ob tem pa ne zanikajo vrednot, prepričanj, običajev in navad pacientov, ampak jih vključujejo v načrtovanje njihove oskrbe. Vrečer (2011) pa medkulturnim kompetencam pripisuje velik pomen pri preprečevanju konfliktov, saj jih ima za prvi pogoj uspešnega medkulturnega dialoga. Wood in Atkins (2006, v Hvalič Touzery, 2014) s kompetentno zdravstveno oskrbo razumeta sposobnost prilaganja socialnim, kulturnim in jezikovnim potrebam posameznika ter nudenje le-te pacientom z različnimi vrednotami. El-Amouri in O'Neill (2011, v Frank, 2015) menita, da je kulturno kompetentna zdravstvena oskrba proces, v katerem zdravstveni delavci nenehno težijo k doseganju zmožnosti, da bi uspešno opravljali svoje delo v okviru kulturnega konteksta pacienta, družine ali skupnosti. Prosen (2018) dodaja, da zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe ne sme biti privilegij le nekaterih, ampak osnovna človekova pravica slehernega posameznika v zdravstvenem sistemu. Kulturno raznolikost pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, je treba prepoznati ne samo v najbolj izpostavljenih kulturnih skupinah (kot so etnične manjšine ali migranti) temveč tudi v drugih kulturnih skupinah, s katerimi se zdravstveni delavci v klinični praksi srečujejo vsakodnevno (invalidi, starejši, brezposelni, delavci migranti itd.). Medkulturne kompetence so ključne za nudenje učinkovitih in kulturno odzivnih zdravstvenih storitev, preprečevanje neenakosti v zdravju ter za izboljšanje zadovoljstva pacientov in izidov zdravljenja (Repo idr., 2017, v Prosen, 2018).

Intervjuvani zdravstveni delavci menijo, da je prilagoditve narodnostnim in kulturnim značilnostim drugih skupin mogoče izboljšati z dodatnim izobraževanjem s

področja kulturne raznolikosti in pridobivanjem medkulturnih kompetenc. Zaznavajo potrebo po tovrstnem izobraževanju, vendar pa se jih ne udeležujejo ravno tisti intervjuvani zdravstveni delavci, ki so svoje kulturne kompetence ocenili kot zadostne. V Sloveniji za področje medkulturnih kompetenc v zdravstvu še ni bilo opaziti izrazitega zanimanja, prav tako s tega področja ni zaslediti dopolnilnega izobraževanja za že zaposlene zdravstvene delavce (Lipovec Čepon, Pistotnik, Farkaš Lainščak in Huber, 2019). Izjemo predstavlja le Usposabljanje za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev ter nekaj krajših sorodnih izobraževanj, ki so medkulturne kompetence vključevala zgolj kot enega izmed vsebinskih sklopov.

5 Zaključek

Spremembe v sodobni družbi zdravstvenim delavcem prinašajo nove izzive, med katerimi je tudi zagotavljanje kvalitetne in uspešne oskrbe v medkulturnem okolju. Na kakšen način se bodo s tem izzivom soočali, je odvisno tudi od posedovanja njihovih medkulturnih kompetenc. Na podlagi rezultatov izvedene raziskave lahko zaključimo, da zdravstveni delavci neposredno izkušnjo s pripadniki drugih kulturnih skupin razumejo kot nekaj, kar prispeva k njihovi osebni in strokovni rasti, po drugi strani pa se v njihovih odgovorih kažejo tudi predsodki in stereotipi, ki izhajajo iz nepoznavanja značilnosti drugih kultur. Ob tem pa se zavedajo, da je medkulturne kompetence mogoče pridobiti z dodatnim izobraževanjem, vendar je ponudba tovrstnega izobraževanja zelo skromna. Ob naraščajoči prisotnosti več kultur na določenem območju in s tem vse večji potrebi po posedovanju medkulturnih kompetenc bo v prihodnosti treba poskrbeti tudi za ustrezno izobraževanje zdravstvenih delavcev, ki jim bo pomagalo pri preprečevanju konfliktnih situacij in bo hkrati pripomoglo k uspešnejši zdravstveni oskrbi vseh, ne glede na kulturno ozadje.

Z raziskavo smo želeli preučiti, koliko in na kakšen način se zdravstveni delavci pri svojem delu srečujejo z medkulturnostjo ter kako jo upoštevajo, se ji prilagajajo in razvijajo svoje medkulturne kompetence. Za bolj poglobljeno osvetlitev te tematike bi bilo potrebno raziskavo izvesti na večjem vzorcu.

Ksenija Komidar

Consideration of Interculturalism in Health Care Practice

Cultural competences are becoming the key competences of an individual in contemporary society, as they are necessary for the individual's involvement and their effective functioning in society. Cultural competences are a prerequisite for a successful intercultural dialogue and are of great importance in conflict prevention. Globalisation and, with it, multiculturalism and interculturalism, are an inevitable factor in the development of society, to which health professionals are also exposed. They are increasingly encountering patients who come from different cultural backgrounds and may find themselves in distress when health care is unsuccessful due to a lack of knowledge of people's habits and beliefs. Members of different cultures have different beliefs about the causes, diagnoses and treatment of the disease (Agbedia, 2008; Frank, 2015). Cultural competences encompass several activities, measures and skills that enable healthcare professionals to function effectively in a multicultural environment (Sotnik and Jezewski, 2005; in Humljan Urh, 2013). It means having the appropriate knowledge, skills and abilities to work with diverse individuals in a multicultural society. It is the ability of healthcare professionals to effectively carry out their work together with members of different cultural groups in an area where several cultures coexist. Knowledge of one's own and other cultures is one of the basic principles of cultural competence. As individuals and members of a particular culture, healthcare professionals, in relation to other cultural groups, should avoid being dominated by their own patterns, values and beliefs during their work (Humljan Urh, 2013).

The aim of the study was to examine the extent to which healthcare professionals encounter members of other national and cultural groups in their work and the difficulties they face; how they understand interculturality; how they assess their cultural competences; how they deal with culturally diverse patients; how they adapt the health care to the cultural preferences of individuals; and the extent to which they receive training in the acquisition of cultural competences.

A qualitative research approach was used in the study, namely the grounded theory method. Data were collected using the interview technique. The sample was purposeful and non-random, and included six healthcare professionals (three registered nurses, one practical nurse, one health technician and one doctor of medicine – paediatric specialist) who were born and reside in Slovenia, were between 26 and 36 years old, and had between 4 and 14 years of work experience in health care. By analysing the interviews, I identified codes that were classified into eighteen subcategories and five main categories, namely:

- 1. Workplace challenges.*
- 2. Understanding interculturalism.*
- 3. Contact with members of other ethnic, religious and cultural groups.*
- 4. Cultural competences.*
- 5. Cultural diversity training.*

Based on a qualitative analysis of the interviewees' responses, I found that the categories are causally interrelated and intertwined, affecting each other, and are in a dependent relationship. The following categories are most closely intertwined and cause related: Contact with members of other ethnic, religious and cultural groups (3) can present a challenge for health professionals in the workplace (1) while affecting their understanding of interculturalism (2) and their possession of cultural competences (4). How health professionals understand interculturalism (2) influences how they behave when confronted with members of other ethnic, religious and cultural groups (3), and this has to do with their possession of cultural competences (4) and the need for cultural diversity training (5). Possession of cultural competences (4) influences the treatment of members of other national, religious and cultural groups (3), the understanding of interculturalism (2) and the need for training in the field of cultural diversity (5). Cultural diversity training (5), in turn, has an impact on the possession of cultural competences (4) and the understanding of interculturalism (2).

A qualitative analysis has shown that contact with members of other ethnic, religious and cultural groups in the workplace can be challenging for healthcare professionals, while affecting their understanding of interculturalism and the development of their cultural competences. It was apparent that the health professionals in the studied sample meet with members of other national, religious and cultural groups on a daily basis. Most of them are Roma, citizens of the former Yugoslav republics and Muslims. Health professionals emphasised that in their work they are confronted with different problems and conflicts. These are derived from the different views of members of other groups on health treatment, and are often related to aggression, blackmail, intimidation, psychological and sometimes even physical violence. The causes of such conflict situations are diverse, with health professionals highlighting, in particular, the ignorance of the characteristics and habits of other cultural groups and of the related stereotypes and communication barriers, religion, and members of other cultures not adapting to the culture in which they reside. At the same time, prejudices against other cultural groups can be deduced from the answers of the interviewed persons in several places (this is evident from the answers that condemn parents who have not learned the Slovenian language; an understanding of interculturalism as the cause of the rise in crime; the belief that conflict situations are caused by other cultural groups). Tomšič (2009) also emphasises that interculturalism does not necessarily mean advantages and positive thoughts, but more often the rejection and exclusion of others which is caused by: intolerance, prejudice and stereotypes, all of which often lead to discrimination. Pollozhani et al. (2013) also state that communication barriers often cause conflicts. El-Amouri and O'Neill (2011) find that the greatest limitation of culturally competent nursing is the difficulty in communicating, resulting from the lack of familiarity with the language of other cultures and the ways of non-verbal communication inherent in a particular culture. According to Taylor (2005), another barrier to culturally competent nursing is a lack of knowledge and skills of healthcare professionals. If healthcare professionals treat all patients equally without considering their cultural beliefs and practices, this leads to poor treatment outcomes and patient dissatisfaction.

The term interculturalism is defined differently by the interviewed healthcare professionals. On the one hand, it is understood as something that enriches our culture, because we can learn a lot from others, which contributes to greater tolerance of other cultures. On the other hand, interculturalism is a cornerstone of prejudice, stereotypes and discrimination that are often transmitted from one generation to another, and it also creates barriers to communication and contributes to the increase in crime. Theorists and researchers who have explored the notion of interculturalism also have different views on the matter. Zidarić (1994) defines the term as »a policy of mutual understanding, cognition, acceptance, interdependence and equal exchange of languages, cultures and traditions«. Mikolič, Pertot and Zudič Antonič (2006) emphasise that interculturalism not only means the simultaneous presence of several cultures side by side, but that it requires concrete and permanent forms of integration and seeks to create an intercultural society in which different cultures, nations and religions not only coexist but also collaborate, know each other, acknowledge and complement each other. Makarovic and Zorec (2009) say that interculturalism between different cultures seeks to find common ground and similarities that allow for further development and progress, and tends to respect their diversity. Hrženjak (2003) describes interculturalism as the integration of different cultures and their mutual respect regardless of gender, nationality, religion, ability, etc. Emphasis is placed on the co-existence of cultures, the preservation of one's own culture and the establishment of intercultural interactions, relationships and exchanges.

Contact and direct experience with members of other national, religious and cultural groups can also mean professional and personal growth for the healthcare professional; in the individuals in the above-mentioned sample this is manifested as inner satisfaction, learning tolerance, acquiring new knowledge and general insight. All this can also lead to the acquisition of cultural competences, which are essential for an individual's involvement and effective functioning in society.

Cultural competences also mean activities, adaptations and actions performed by health professionals in order to take into account the ethnic and cultural characteristics of other groups in their work. The persons from the studied sample adapt to the members of other ethnic, religious and cultural groups by communicating in a language that they understand, with a longer, more in-depth and empathetic treatment, and by adjusting the delivery of nursing care to the patient's gender. The survey has found that health professionals agree that intercultural healthcare staff can make a significant contribution to culturally competent and quality patient care. Namely, such patient care contributes to a patient's sense of confidence and greater willingness to participate, which also improves quality. Prosen (2018) also defines cultural competences as the ability of healthcare professionals to employ their own awareness of the importance of culture and their knowledge and skills in providing health care to ensure that they are culturally responsive, while not denying the patients' values, beliefs, customs and habits, but instead involve them in the planning of their care. However, he also attributes importance to cultural competences in conflict prevention, as he considers them the first prerequisite for a successful intercultural dialogue (Vrečer, 2011).

The interviewed health professionals believe that adjustments to the ethnic and cultural characteristics of other groups can be improved by additional training and the acquisition of cultural competences; however, those interviewed health professionals who have assessed their cultural competences as sufficient are not taking part in such training. In order to shed more light on the issue, a larger sample should be surveyed.

LITERATURA

1. Breznik, K., Kaučič, B. M. and Filej, B. (2019). Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). Medkulturna oskrba v zdravstvu. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 97–112.
2. El-Amouri, S. and O'Neill, S. (2011). Supporting cross-cultural communication and culturally competent care in the linguistically and culturally diverse hospital settings of UAE. *Contemporary Nurse*, 39, št. 2, str. 244–250. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22551436>.
3. Frank, A. (2015). Kulturno kompetentna zdravstvena nega. V: Majcen Dvoršak, S., Štemberger Kolnik, T. in Klemenc, D. (ur.). Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege. 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zbornik predavanj z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 416–422.
4. Hrženjak, M. (2003). Medkulturnost in otroška literatura. V: Grosman, M., Kovač, P., Štefan, A., Marjanovič Umek, L. and Zupančič, M. (ur.). Beremo skupaj: priročnik za spodbujanje branja. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 73–76.
5. Humljan Urh, Š. (2013). Etnična občutljivost in antirasistična načela za socialno delo. V: Lešnik, B. (ur.). Kulturno kompetentno socialno delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, str. 126–179.
6. Hvalič Touzery, S. (2014). Kulturne kompetence medicinskih sester kot dejavnik kakovosti oskrbe pacientov. V: Pivač, S., Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. and Kalender Smajlovič, S. (ur.). 8. šola za klinične mentorje Klinično usposabljanje skozi EU direktivo in mednarodne standarde ter izkušnje v Sloveniji: količina in kakovost kliničnega usposabljanja Jesenice, 18. 9. 2014. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, str. 46–57.
7. Jacek Kozak, K. (2008). Kultura in umetnost v okviru medkulturnega dialoga. V: Mikolič, V. and Jacek Kozak, K. (ur.). Medkulturni dialog kot temeljna vrednota EU. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Annales, str. 19–26.
8. Jelenc, A., Keršič Svetel, M. and Lipovec Čebren, U. (2016). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. V: Lipovec Čebren, U. (ur.). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, str. 11–28.
9. Klemenčič, E. and Štremfel, U. (2011). Nacionalna in mednarodna perspektiva izobraževanja za državljanstvo v multikulturni družbi. Ljubljana: ZRC SAZU.
10. Leskošek, V. (2005). Uvod: med nestrpnostjo in sovraštvom. V: Leskošek, V. (ur.). Mi in oni: nestrpnost na Slovenskem. Ljubljana: Mirovni inštitut, str. 9–19.
11. Lipovec Čepun, U., Pistotnik, S., Farkaš Lainščak, J. and Huber, I. (2019). Medkulturne kompetence in zdravstvena oskrba v Sloveniji. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). Medkulturna oskrba v zdravstvu. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 35–49.
12. Makarovič, M. (2009). Šolanje v medkulturnem okolju. Ljubljana: Vega.
13. Makarovič, M. and Zorec, K. (2009). Uvod: Medkulturnost kot izziv za vzgojno-izobraževalni sistem. V: Makarovič, M. (ur.). Šolanje v medkulturnem okolju. Ljubljana: Vega, str. 5–18.
14. Mikolič, V. and Marc Bratina, K. (2009). Različni pristopi k medkulturni zmožnosti. V: Tašner, V. (ur.). Brez spopada kultur, spolov, generacij. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, str. 43–56.

15. Mikolič, V., Pertot, S. and Zudič Antonič, N. (2006). Med kulturami in jeziki. Koper: Annales.
16. Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pridobljeno dne 7. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.mdds.gov.si/si/delovna_podrocja/enake_moznosti/zagovornik/.
17. Pollozhani, A., Kosevska, E., Petkovski, K., Memeti, S., Limani, B. and Kasapinov, B. (2013). Some aspects of culturally competent communication in health care in the Republic of Macedonia. *Mater Sociomed*, 25, št. 4, str. 250–254. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24511268>.
18. Prosen, M. (2018). Razvijanje medkulturnih kompetenc: priložnost za zagotavljanje enakosti in pravičnosti v zdravju in zdravstveni oskrbi. *Obzornik zdravstvene nege*, 52, št. 2, str. 76–80.
19. Razlag Kolar, T., Filej, B. and Kaučič, B. M. (2019). Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k pacientu usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. V: Filej, B. and Kaučič, B. M. (ur.). *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Znanstvena monografija. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 75–95.
20. Taylor, R. (2005). Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21, št. 4, str. 135–142. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077280>.
21. Tomšič, M. (2009). Medkulturna razmerja v dobi globalizacije. V: Makarovič, M. (ur.). *Šolanje v medkulturnem okolju*. Ljubljana: Vega, str. 19–43.
22. Ule, M. (2009). Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Vrečer, N. (2011). Medkulturne kompetence kot prvi pogoj za uspešen medkulturni dialog. V: Lukšič Hacin, M., Milharčič Hladnik, M. and Sardoč, M. (ur.). *Medkulturni odnosi kot aktivno državljanstvo*. Ljubljana: ZRC SAZU, str. 169–177.
24. Zakon o ratifikaciji Konvencije o varovanju in spodbujanju raznolikosti kulturnih izrazov (2006). *Uradni list RS*, št. 129 (12. 12. 2006). Pridobljeno dne 7. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/76907>.
25. Zidarič, V. (1994). Interkulturalizam i interkulturalno obrazovanje (u kontekstu poslijeratnih migracija u Evropi). V: Klemen - Krek, Z. (ur.). *Odgoj i obrazovanje u izvanrednim uvjetima (metodički pristupi)*. Ljubljana: UNESCO, Nemška komisija za UNESCO, Slovenska nacionalna komisija za UNESCO, str. 8–25.

Samoocena znanja študentk zdravstvene nege o raku dojk

Prejeto 29. 5. 2019 / Sprejeto 6. 11. 2019

Znanstveni članek

UDK 378+618.19-006

KLJUČNE BESEDE: študentke, zdravstvena nega, rak dojke, program Dora

POVZETEK - Rak dojke je najpogostejše pojavljajoča se oblika raka pri ženskah. Cilj raziskave je bil ugotoviti samooceno znanja študentk zdravstvene nege o raku dojk, samopregledovanju ter njegovem načinu in pogostosti izvajanja. Uporabljena je bila kvantitativna metoda raziskovanja in deskriptivna metoda dela. Podatke smo zbirali s strukturiranim anketnim vprašalnikom, ki je bil povzet po tujih raziskavah. Namenski vzorec je zajemal 114 študentk rednega in izrednega študija zdravstvene nege Zdravstvene fakultete. Ugotovili smo, da študentke poznajo pogostost pojavljanja raka dojk, medtem ko slabše poznajo dejavnike tveganja, simptome in znake. Dobro poznajo najprimernejši čas samopregledovanja dojk, seznanjene so vsaj z enim načinom in položajem za samopregledovanje. Študentke so delno seznanjene s programom Dora. Študentke z nezdravstveno srednješolsko izobrazbo svoje znanje bolje samoocenjujejo ($p = 0,004$) v primerjavi s študentkami s srednjo zdravstveno šolo. Pomembno je ozaveščanje študentk zdravstvene nege o preventivnih dejavnostih za preprečevanje raka dojk, ker bodo kot bodoče medicinske sestre zdravstvenovzgojno obravnavale ženske v različnih življenjskih obdobjih. Medicinske sestre jih morajo naučiti samopregledovanja in jih spodbujati k rednemu samopregledovanju dojk in odzivanju na povabilo Dora.

Received 29. 5. 2015 / Accepted 6. 11. 2019

Scientific article

UDC 378+618.19-006

KEY WORDS: students, nursing, breast cancer; Dora programme

ABSTRACT - Breast cancer is the most common type of cancer in women. The aim of the study was to determine the self-assessment of nursing students' knowledge of breast cancer, of breast self-examination, and the manner and frequency of its implementation. The study was based on the descriptive method of work, using the quantitative methodology of research with a questionnaire. The sample consisted of 114 female nursing students of the Faculty of Health Sciences. The results showed that the nursing students are well-informed about the incidence, but lack the knowledge of the risk factors and symptoms of breast cancer development. They are very knowledgeable about the most appropriate time for breast self-examination but are semi-familiar with the Dora programme. Students with a secondary school education other than nursing self-assessed their knowledge of breast cancer higher ($p = 0.004$) than the students who finished a secondary school of nursing. It is important to raise awareness among nursing students about preventive activities for breast cancer prevention because as future nurses they will provide health education to women at different stages of life. Nurses should teach women self-examination, and in particular encourage them to perform regular breast self-examination and respond to the invitation from Dora.

1 Uvod

Rak dojke je najpogostejša oblika raka pri ženskah, je tudi druga najpogostejša oblika raka nasploh. Letno je pri ženskah v svetu odkritih okoli 2,1 milijona novih primerov. V Sloveniji se obolevnost za rakom dojk po podatkih Registra raka Slovenije od leta 1950 povečuje, od leta 1968 pa je to najpogostejši rak pri ženskah v Sloveniji, čeprav je od leta 2008 organiziran državni presejalni program za raka dojk (DORA) (Krajc idr., 2010). V enem letu je odkritih približno 1273 novih primerov (Zadnik in Primic Žakelj, 2018).

Rak dojk ne povzroča simptomov, če je tumor majhen. Najpogostejši znak je zatrdlina, ki je lahko občutljiva na pritisk. Tumor se najpogosteje pojavi v zgornjem zunanem kvadrantu dojke, je majhen, trden in nepremičen (Mayet, 2005). Včasih lahko rak dojke metastazira v področne bezgavke in povzroči zatrdlino ali oteklino bezgavk, še preden je izvorni tumor v dojki dovolj velik, da bi bil lahko tipen (ACS, 2017). Glavni vzrok za nastanek raka dojk ni znan, vendar poznamo dejavnike, ki povečajo tveganje za razvoj in nastanek bolezni pri ženskah. Nastanek rakavih celic je posledica medsebojnega delovanja dednih in okoljskih dejavnikov ter načina življenja (Borštnar idr., 2006). Dejavnike tveganja bi lahko razdelili na tiste, na katere lahko ženska s spremenjenim načinom življenja vpliva, in na tiste, na katere način življenja ne vpliva (Sauter, 2018).

Dejavniki, na katere ženska lahko vpliva, so debelost, prehrana, gibalna dejavnost, alkohol, kajenje, hormonska kontracepcija, nosečnost in dojenje. Debelost je pogost povzročitelj nastanka različnih vrst raka, vključno z rakom dojk. Nastanek raka dojk naj bi bil povezan z ravno estrogena, ki uravnava kopičenje maščobnega tkiva v telesu (NIH, 2017). Brown and Ligibel (2018) navajata, da se za vsakih dodatnih 5 kg/m² v indeksu telesne mase tveganje za nastanek post-menopavzalnega raka dojk poveča za 10 %. Ženske, ki imajo indeks telesne mase višji od 40 kg/m², so dvakrat bolj dovzetne za nastanek in umrljivost zaradi raka dojk. Glede povezave med zaužito vrsto prehrane in rakom dojk še ni dovolj oprijemljivih dokazov (Brennan idr., 2010). Redno uživanje ne-škrobne zelenjave, mlečnih izdelkov, hrane, ki vsebuje karotenoide in hrane, ki vsebuje visoko vrednost kalcija, je povezano z nižjim tveganjem za razvoj raka dojk. Neuravnotežena prehrana z nasičenimi maščobnimi kislinami, uživanje rdečega mesa in predelana hrana pa naj bi bile povezane z višjim tveganjem za razvoj raka dojk. Ženske, ki so gibalno dejavne 7 ur ali več na teden, so manj dovzetne za razvoj raka dojk kot ženske, ki so gibalno dejavne manj kot 3 ure tedensko. Gibalna dejavnost naj bi pozitivno vplivala na energijsko in hormonsko ravnovesje, saj lahko v nasprotnem primeru neravnovesje spodbudi rast malignih celic (Brown and Ligibel, 2018). Gibalna dejavnost pri odraščajočih deklicah povzroča kasnejšo menarho, v odraslem obdobju žensk omogoča vzdrževanje energijskega ravnovesja in optimalne telesne teže, s čimer naj bi posredno vplivala na zmanjšano ogroženost z rakom dojk (Borštnar idr., 2006). Ženske, ki dnevno zaužijejo dve ali več enot alkoholnih pijač, imajo 21 % večje tveganje za razvoj raka dojk kot ženske, ki alkohola ne uživajo. Eden izmed mehanizmov učinka alkohola je zvišanje nivoja estrogena in androgena (ACS, 2018). Obstaja povezava med kajenjem in povečanim tveganjem za nastanek raka dojk, še posebej pri dolgotrajnem kajenju, in pri ženskah, ki so začele kaditi pred prvo nosečnostjo. Uporaba oralne kontracepcije, ki vsebuje estrogen in progesteron, je povezana z rahlo povečanim tveganjem za pojav raka dojk, še posebno pri ženskah, ki so z uporabo pričele pred dvajsetim letom ali pred prvo nosečnostjo. Tveganje naj bi se zmanjšalo, ko ženska preneha z jemanjem kontracepcije, in po približno desetih letih naj bi bilo podobno kot pri tistih ženskah, ki nikoli niso jemale oralne kontracepcije (ACS, 2018). Tveganje je prav tako večje pri ženskah, ki so z jemanjem hormonske terapije začele takoj po začetku simptomov menopavze, v primerjavi s tistimi, ki so z zdravljenjem začele kasneje. Nosečnost je zaščitni faktor ženske, če do nje pride

pred 26. letom starosti, tveganje za nastanek raka dojk pa je večje, če ima ženska prvega otroka po 35. letu starosti ali pri ženskah, ki niso nikoli rodile (Sauter, 2018). V mnogih študijah dokazujejo, da dojenje, ki traja več kot eno leto, rahlo zmanjša kasnejše tveganje za razvoj raka dojk. Avtorji za eno od možnih razlag za to navajajo, da dojenje zavira ponovno vzpostavitev menstruacije, ki posledično zmanjšuje število menstruacijskih ciklusov v življenju ženske (ACS, 2018).

Dejavniki, na katere ženska nima vpliva so starost, menstrualni ciklusi, družinska anamneza, genetske predispozicije, osebna zgodovina raka dojke ter benigne spremembe. Največji dejavnik tveganja za nastanek raka je starost. Starejša je ženska, večja je nevarnost, da ta zbolijo za rakom dojk. Dlje časa kot živimo, večje je tveganje za nastanek genske mutacije v naših celicah, telo pa je z leti manj sposobno za popravilo genskih napak (BCO, 2018). Vsako leto prej kot se menarha pojavi in vsako leto kasneje, ko nastopi menopavza, je večje tveganje za nastanek raka dojk. Kot navaja Ameriško združenje za raka dojke, je pri ženskah, ki dobijo menarho pred 11. letom, tveganje za 20 % večje kot pri ženskah, ki menarho dobijo po 13. letu. Ženske, pri katerih nastopi menopavza v 55. letu ali kasneje, imajo 12 % večje tveganje v primerjavi s tistimi ženskami, pri katerih menopavza nastopi med 50. do 54. letom starosti. Vzrok za večje tveganje naj bi bila daljša življenjska izpostavljenost reproduktivnim hormonom (ACS, 2018). Ženske, katerih sorodnice zbolijo za rakom dojk v prvem kolenu, so dva do trikrat bolj ogrožene. Tveganje za obolenost se poviša, če sta za rakom zboleli mati in hčerka v mladih letih in če sta zboleli na obeh dojkah (Borštnar idr., 2006). Povečano tveganje je povezano z dednimi mutacijami na genu BRCA 1 in BRCA 2. Ženske z rakom dojk imajo rahlo povečano tveganje za razvoj novega raka na drugi dojki (ACS, 2018). Ženske, ki imajo diagnosticirano benigno spremembo dojke, imajo večje tveganje za razvoj maligne bolezni na tej dojki. Tveganje je največje pri ženskah z diagnosticirano atipično hiperplazijo (zanjo je značilno, da se celice hitro delijo in so videti atipično) (Borštnar idr., 2006).

Preprečevanje raka dojk ima ključen pomen pri zmanjševanju mortalitete zaradi nastanka bolezni (Mayet, 2005), zato se mora osredotočiti na izobraževanje žensk vseh starosti o raku dojk, o pomenu rednega samopregledovanja dojk ter o rednem udeleževanju na preventivnih presejalnih programih (Ghoncheh, 2016). Samopregledovanje dojk je ena najpomembnejših in najcenejših metod zgodnjega odkrivanja raka dojke. Ker je postopek zelo preprost, ga ženske lahko izvajajo popolnoma samostojno (Cipora, 2017). Z rednim izvajanjem so lahko spremembe pravočasno odkrite, kar prepreči napredovanje bolezni in s tem povezano smrt (Umbreen idr., 2017). Pomembno je, da ženske redno enkrat mesečno samopregledujejo dojke. V obdobju pred menopavzo je najboljši čas za izvajanje samopregledovanja med sedmim in desetim dnevom po začetku menstruacije. Kasneje pa je pomembno, da ženska določi dan v mesecu in postopek redno izvaja vsak mesec na določen dan. Pregled mora postati mesečna rutina in naj bi trajal vsaj 15–20 minut (ED, 2009; Mayet, 2005).

Dora je državni presejalni program za raka dojk, ki v Sloveniji poteka organizirano s ciljem, da se preiskave udeležijo ženske, stare med 50 in 69 let, saj je v tem obdobju največja verjetnost, da zbolijo za rakom. Vabila na presejalno mamografijo ne

dobijo ženske pred 50. letom, saj je njihovo tkivo zaradi delovanja spolnih hormonov manj pregledno, in ženske po 70. letu, saj se pri njih rak pojavlja redkeje kot pri prej omenjeni populaciji žensk. Ne glede na starost pa je zelo pomembno, da se ob kakršni koli spremembi dojk ženska posvetuje z izbranim osebnim zdravnikom ali ginekologom (DORA, 2018).

Med študentkami zdravstvene nege v Cipru so ugotovili, da polovica od vključenih v raziskavo pozna samopregledovanje dojk, tretjina od njih je to znanje pridobila med študijem. Kljub temu jih dve tretjini ne izvaja samopregledovanja dojk, le 10,9 % jih izvaja samopregledovanje vsak mesec več kot eno leto. Ugotovili so pozitivno korelacijo med pogostostjo samopregledovanja dojk in samozavestjo (Sapountzi - Krepia idr., 2017). Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri učenju samopregledovanja dojk, ženske seznanijo s pogostostjo in tehniko samopregledovanja dojk ter s spremembami, ki jih lahko opazijo oz. zatipajo (Kolak idr., 2017; Mušič idr., 2004; Sapountzi - Krepia idr., 2017). Cilj raziskave je bil ugotoviti znanje študentk zdravstvene nege Zdravstvene fakultete o raku dojk, izvajanju samopregledovanja dojk ter njegovem načinu in pogostosti izvajanja.

V naši raziskavi smo postavili hipotezo, da obstajajo razlike v znanju študentk o raku dojke glede na smer dokončane srednje šole (zdravstvena/nezdravstvena). Predpostavili smo, da bodo imele študentke z zaključeno srednjo zdravstveno šolo več znanja.

2 Metode

Raziskava temelji na kvantitativni metodologiji raziskovanja in deskriptivni metodi dela. Raziskava je bila opravljena v sklopu diplomskega dela na odelku Zdravstvene nege Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Za izvedbo raziskave smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec študentk zdravstvene nege Zdravstvene fakultete. Od skupno 324 rednih in izrednih študentk, vpisanih v program zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti v šolskem letu 2018/2019, jih je v anketi sodelovalo 272, v celoti pa je anketo rešilo 114 študentk (35,2 % odzivnost). Med njimi je bilo 32,5 % študentk z nezdravstveno srednjo šolo in 67,5 % študentk s srednjo zdravstveno šolo. Prvi letnik je obiskovalo 16 % študentk, 17 % 2. letnik, 27 % 3. letnik in 16 % študentk z dodatnim letom. 52 % je rednih in 23 % izrednih študentk. 61 % študentk je bilo starih od 18 do 26 let, ostale so bile starejše.

Uporabili smo strukturiran anketni vprašalnik, ki smo ga za namen raziskave oblikovali po tujih raziskavah (Sapountzi - Krepia idr., 2017; Gaud, 2016; Mayet, 2005). Anketni vprašalnik je zajemal vprašanja zaprtega in odprtega tipa o pogostosti pojavljanja RD, dejavnih tveganja, simptomih, najpogostejšim mestom tumorja, času in načinu samopregledovanja, izvajanju samopregledovanja dojk, poznavanju preventivnega programa Dora in o samooceni znanja o RD ter socialno demografske podatke (starost in predhodna izobrazba (SZŠ - srednja zdravstvena šola; DŠŠ - druga srednja šola)).

Anketni vprašalnik smo oblikovali s pomočjo spletne ankete 1KA (www.1ka.si) in ga posredovali vsem študentkam zdravstvene nege. Anonimnost je bila zagotovljena.

Zbiranje podatkov preko internetnega portala je potekalo od 9. do 27. novembra 2018. V bazi je bilo skupaj 272 enot, od tega klik na anketo (31), klik na nagovor (90) in rešene ankete (151). Od rešenih anket (151) smo morali izključiti 37 nedokončanih. Za analizo je bilo tako ustreznih 114 v celoti rešenih anket. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Ob pristopu smo jasno navedli namen raziskave. Pri izvedbi smo upoštevali etična načela raziskovanja. Etični vidik smo zagotovili s prostovoljnim sodelovanjem in anonimnostjo.

Pridobljene podatke smo statistično obdelali z uporabo programa Excel in SPSS. Z Excel-om smo izdelali tabele s frekvenčnimi in z odstotnimi vrednostmi. Poleg tega smo s pomočjo programa SPSS (verzija 23.0) izračunali srednjo vrednost, standardni odklon, s testom One-Way ANOVA smo ugotavljali pomembne razlike v znanju o raku dojk med študentkami glede na njihovo smer predhodne izobrazbe. Statistično značilnost smo preverjali na ravni $p \leq 0,05$.

3 Rezultati

Večina študentk (78 %) je odgovorila, da je RD najpogostejši rak pri ženskah, medtem ko je 18 % študentk odgovorilo, da je na drugem mestu pojavljanja.

Tabela 1: Dejavniki tveganja, ki vplivajo na nastanek raka dojk

Dejavniki tveganja RD	Vsi		SZŠ	DRSŠ	F	p
	n	%	n	n		
Stres	94	82	65	29	,622	,432
Kajenje	74	65	52	22	,707	,402
Alkohol	62	54	42	20	,002	,961
Nepravilna velikost nedrčka	27	24	17	10	,334	,565
Neplodnost	15	13	10	5	,006	,939
Spol	78	68	49	29	2,525	,115
Starost	82	72	52	30	2,278	,134
Menarha pred 11. letom	38	33	25	13	,079	,780
Pozna menopavza (po 50. letu starosti)	28	25	20	8	,252	,617
Telesna neaktivnost	43	38	30	13	,153	,696
Jemanje kontracepcijskih tablet	63	55	46	17	1,922	,168
Prejšnji rak dojke	97	85	67	30	,685	,410
Rak dojke v družinski anamnezi	111	97	76	35	1,640	,203
Ne-rodnost	14	12	11	3	,877	,351
Višja starost pri prvem porodu	42	37	28	14	,023	,880
Benigne spremembe na dojki	69	61	48	21	,321	,572
Slabe prehranjevalne navade	47	41	39	8	9,243	,003
Prekomerna telesna teža in debelost	46	40	31	15	,001	,977
Genetske spremembe	85	75	62	23	4,539	,035

Legenda: n = frekvenca; F = F-test; p = statistična značilnost

Izmed dejavnikov tveganja so bili največkrat izbrani odgovori RD v družinski anamnezi (97 %), prejšnji RD (85 %) in stres (82 %), medtem ko je pomembnejše dejavnike tveganja izbralo precej manj študentk – benigne spremembe na dojki (61 %), višja starost pri prvem porodu (37 %), zgodnja prva menstruacija (33 %), pozna menopavza (25 %) in ne-rodnost (12 %). Študentke s srednjo zdravstveno šolo statistično značilno navajajo, kot dejavnika tveganja tudi slabe prehranjevalne navade ($p = 0,003$) in genetske spremembe ($p = 0,035$) (tabela 1).

Tabela 2: Simptomi in znaki raka dojk

Simptomi in znaki raka dojk	Vsi		SZŠ	DSSŠ	F	p
	n	%	n	n		
Mlečni izcedek iz bradavice	18	16	16	2	4,541	,035
Krvav izcedek iz bradavice	89	78	62	27	,823	,386
Neboleča, neostro omejena zatrdlina	87	76	61	26	1,099	,297
Bolečina	38	33	27	11	,315	,576
Ugreznjena bradavica ali koža dojke	97	85	65	32	,083	,774
Oteklina dojke	55	48	38	17	,114	,736
Rdeča, topla, pordela koža na dojki	56	49	38	18	,005	,945
Povečane pazdušne bezgavke	97	85	65	32	,083	,774
Bolečina ali zatrdlina nekaj dni pred ali med menstruacijo	15	13	9	6	,442	,507
Sprememba velikosti ali oblike dojke	84	74	56	28	,110	,741

Legenda: n = frekvenca števila odgovorov; F = F-test; p = statistična značilnost

Med simptomi in znaki RD so bili največkrat izbrani odgovori: ugreznjena bradavica ali koža dojke (85 %), povečane pazdušne bezgavke (85 %), krvavi izcedek iz bradavice (78 %) in sprememba velikosti ali oblike dojke (74 %), medtem ko je ostale pomembne simptome in znake izbralo manj študentk: oteklina dojke (48 %) ter rdeča, topla in pordela koža na dojki (59 %). Študentke s srednjo zdravstveno šolo so v primerjavi s študentkami drugih srednjih šol statistično značilno izbrale mlečni izcedek iz bradavice ($p = 0,035$) (tabela 2). Da je zgornji zunanji kvadrant najpogostejše mesto tumorja, je izbralo le 41 % študentk, medtem ko je spodnji zunanji kvadrant izbralo kar 37 % študentk.








Tabela 3: Samopregledovanje dojk žensk v rodnem obdobju

Najprimernejši čas za samopregledovanje dojk za žensko, ki ima menstruacijo	Vsi		ZSŠ	DSŠ	F	p
	n	%	n	N		
Dan pred njeno menstruacijo	4	4	2	2	,237	,627
Tretji dan po začetku menstruacije	3	3	1	2		
7–10 dan po menstruaciji	79	69	55	24		
Ko pride ovulacija	14	12	10	4		
Na izbrani dan v mesecu	14	12	9	5		
Vsak drugi mesec	0	0	0			

Legenda: n = frekvenca; F = F-test; p = statistična značilnost

Največ študentk (69 %) je odgovorilo, da je v rodnem obdobju najprimernejši čas za samopregledovanje dojk 7–10 dan po menstruaciji, kar je skladno s strokovnimi smernicami, odgovor na izbran dan v mesecu pa je izbralo 12 % študentk (tabela 3). 80 % študentk meni, da je najprimernejši čas za samopregledovanje dojk v menopavzi na izbrani dan v mesecu, medtem ko jih je 19 % izbralo odgovor vsak teden.

Tabela 4: Način samopregledovanja dojk

Kateri način samopregledovanja dojk je pravilen?	Vsi		SZŠ	DSŠ	F	p
	N	%	n	n		
  + kolobar	14	12	9	5	,311	,578
  + kolobar	14	12	8	6		
   + kolobar	74	65	52	22		
Noben prikazan način	12	11	8	4		

Legenda: n = frekvenca; F = F-test; p = statistična značilnost

Iz tabele 4 je razvidno, da je največ študentk (65 %) odgovorilo, da so pravilni vsi trije načini samopregledovanja, vključno s kolobarjem, medtem ko jih 11 % meni, da noben izmed navedenih načinov samopregledovanja ni pravilen. Večina študentk (97 %) je odgovorila, da si je potrebno pregledati tudi pazduhe. Študentke so največkrat izbrale kot najbolj primeren način samopregledovanja dojk odgovora: z dvignjenimi rokami (82 %) in pred ogledalom (88 %), medtem ko je precej manj študentk izbralo ostale odgovore: pod prho (39 %), leže na hrbtu (27 %) in s spuščeni rokami (17 %). Odgovor sede je izbralo 12 % študentk.

Na vprašanje, če si študentke samopregledujejo dojke, je z da odgovorilo 67 % študentk, z ne 33 % študentk. Študentke, ki so odgovorile z da, si najpogosteje samopregledujejo dojke enkrat mesečno (61 %) in enkrat na dva meseca (18 %). 50 % študentk, ki so odgovorile z ne, si dojk ne samopregledujejo, ker se tega ne spomnijo, ker nimajo časa (13 %) in nimajo razloga za to (13 %). Študentke z nezdravstveno srednješolsko izobrazbo si dojke statistično značilno pogosteje samopregledujejo ($p = 0,016$).

Na vprašanje, kaj vsebuje presejalni program Dora, je mamografija odgovorilo 95 % študentk. Preostala odgovora: ultrazvok in duktografija je izbralo skupaj 5 % študentk. Veliko študentk (59 %) je na vprašanje, kaj je mamografija, odgovorilo slikanje z računalniško tomografijo in le 40 % slikanje dojke z rentgenskimi žarki. Večina študentk (75 %) je odgovorila, da je v program Dora vključena skupina žensk, starih od 59 do 69 let, medtem ko je odgovora 45–64 let izbralo 16 % in 25–60 let 10 % študentk.

Tabela 5: Samoocena znanja o raku dojk in presejalnem programu Dora

Samoocena znanja		5 – odlično	4 – prav dobro	3 – dobro	2 - zadostno	1 - nezadostno
Vsi	n	2	32	59	15	6
	%	2	28	52	13	5
SZŠ	n	2	27	38	7	3
	DSSŠ	n	0	5	21	8
F		8,772				
p		,004				

Legenda: n = frekvenca

Svoje znanje je 52 % študentk samoocenilo kot dobro in 28 % kot prav dobro ter le 2 % študentk sta svoje znanje samoocenila kot odlično (tabela 5). Povprečna vrednost samoocene znanja študentk o RD in samopregledovanju dojk je $2,92 \pm 0,83$. Študentke z nezdravstveno srednješolsko izobrazbo svoje znanje boljše samoocenjujejo ($p = 0,004$) v primerjavi s študentkami s srednjo zdravstveno šolo. Povprečna ocena samoocene znanja je pri študentkah s srednjo zdravstveno šolo $2,76 \pm 0,9$, medtem ko je pri študentkah drugih srednjih šol $3,24 \pm 0,1$.

4 Razprava

RD je po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije za leto 2018 najpogostejši rak med ženskami po svetu (WHO, 2018). Ugotovili smo, da študentke v večini (78 %) poznajo pogostost pojavljanja raka dojk. Med dejavniki tveganja so bili največkrat izbrani splošni dejavniki tveganja za rak dojke (rak dojke v družinski anamnezi, prejšnji rak dojke, stres, benigne spremembe na dojk). Vendar so študentke s predhodno zdravstveno izobrazbo poleg splošnih dejavnikov tveganja statistično značilno izbrale še slabe prehranjevalne navade in genetske spremembe. Iz ostalih odgovorov študentk lahko sklepamo na slabo poznavanje specifičnih dejavnikov tveganja za raka

dojke (višja starost pri prvem porodu, zgodnja prva menstruacija, pozna menopavza, ne-rodnost, jemanje kontracepcijskih tabletk), kar v svoji raziskavi navaja tudi Mayet (2005). V Nigeriji je Olumuyiwa s sodelavci (2001) ugotovil, da več kot četrtnina medicinskih sester ni prepoznala specifičnih dejavnikov tveganja (nižja starost pri menarhi, višja starost pri prvem porodu, število rojenih otrok).

V pričujoči raziskavi so med simptomi raka dojke skoraj vse študentke izbrale odgovora krvav izcedek iz bradavice in povečane pazdušne bezgavke, oteklino dojke in pordelo kožo na dojki je izbrala le tretjina študentk. V Nigeriji je Olumuyiwa s sodelavci (2001) ugotovil, da je več kot 75 % medicinskih sester identificiralo bolečino v prsah kot simptom raka dojke, medtem ko je v naši raziskavi odgovor bolečina identificirala le tretjina študentk. Iz odgovorov lahko sklepamo, da študentke poznajo le splošne znake in simptome raka dojke, medtem ko so jim bolj specifični manj poznani. Ob primerjavi rezultatov s tujimi raziskavami lahko ugotovimo, da je znanje študentk o znakih in simptomih v Nigeriji slabše, saj je le tretjina študentk za opozorilni znak oziroma simptom raka dojke izbrala odgovor zatrdlina v dojki.

V naši raziskavi dobri dve tretjini študentk pozna najprimernejši čas za samopregledovanje dojke žensk v rodni dobi (ko imajo menstruacijo). Na vprašanje, kdaj je najprimernejši čas za ženske, ki menstruacije nimajo več, pa je pravilno odgovorilo 80 % študentk. V Nigeriji je Olumuyiwa s sodelavci (2001) ugotovil, da je le 40 % medicinskih sester prepoznalo pravilni časovni interval samopregledovanja dojke pri ženskah z menstruacijo in pri ženskah v menopavzalnem obdobju ter da imajo ustrezno znanje o raku dojke, vendar potrebujejo več informacij o oceni tveganja za raka. Večina študentk naše raziskave ve, da je samopregledovanje področnih bezgavk pomemben del samopregledovanja dojke. Medtem ko Mayet (2005) navaja ravno obratno, da je le 10 % študentov prepoznalo pregledovanje pazduhe kot pomemben del samopregledovanja dojke. Velika večina študentk iz naše raziskave za samopregledovanja dojke pozna položaja pred ogledalom in z dvignjenimi rokami. Ostale pravilne položaje (leže na hrbtu, s spuščeni rokami, pod prho) je izbralo manj študentk, iz česar lahko sklepamo, da študentke niso bile seznanjene z vsemi možnimi položaji pri samopregledovanju dojke. V pričujoči raziskavi smo ugotovili, da si velika večina študentk samopregleduje dojke enkrat mesečno, ostale to naredijo le nekajkrat letno. Raziskave, ki so narejene v državah, ki nimajo zdravstveno izobraževalnih programov o raku dojke, poročajo o zelo nizki ravni znanja glede samopregledovanja. V Afriki 80 % anketiranih študentk ni poznalo nobenega od načinov samopregledovanja dojke (Sambanje and Mafuvadze, 2012). Sapountzi - Krepija in sodelavci (2017) so na Cipru ugotovili, da si le 10 % anketiranih študentk samopregleduje dojke vsak mesec, 40 % jih je odgovorilo, da si je dojke pregledalo vsaj enkrat v življenju, v Jordaniji pa si mesečno dojke pregleduje le 5 % anketiranih študentk (Ayed idr, 2015). Kot razlog za nesamopregledovanje dojke pa so študentke v raziskavi najpogosteje navedle strah in pomanjkanje znanja na področju raka dojke (Sapountzi - Krepija idr., 2017). V naši raziskavi pa je polovica študentk za razlog navedla, da se na to ne spomnijo ali da nimajo časa.

Rak dojč, ki je odkrit v zgodnji fazi bolezni, povečuje uspešnost zdravljenja. Državni presejalni program Dora v Sloveniji organizira mamografijo, ki je rentgensko slikanje dojč z namenom odkrivanja začetnih rakavih sprememb dojč, še preden spremembe postanejo tipne (DORA, 2018). Študentke, ki so sodelovale v raziskavi, so seznanjene s tem, da v državni presejalni program Dora spada mamografija, medtem ko jih le 40 % ve, da je mamografija postopek slikanja z rentgenskimi žarki in ne slikanje z računalniško tomografijo. Presežek nepravilnih odgovorov na to vprašanje nas je presenetil, saj smo mislili, da študentke z odgovorom ne bodo imele težav. Poleg tega študentke večinoma poznajo ciljno skupino žensk, ki so povabljenе na preiskavo v sklopu programa Dora.

Povprečna vrednost samoocene znanja je dobra (2,9). Študentke z nezdravstveno srednješolsko izobrazbo so imele dobro samooceno in so svoje znanje ocenile boljše kot študentke s srednjo zdravstveno izobrazbo, ki so imele zadostno samooceno. Tudi tuji avtorji v svojih raziskavah (Sapountzi–Krepia idr., 2017; Gaud, 2016; Mayet, 2005) navajajo, da je znanje o raku dojč in samopregledovanju dojč v povprečju dobro. Sapountzi–Krepia in sodelavci (2017) menijo, da bi bilo take raziskave treba razširiti in raziskati dejavnike, vedenje in prepričanja študentov zdravstvene nege, ki imajo zaradi svojih socialno-ekonomskih in kulturnih razlik različna mnenja, ki vplivajo na zgodnje odkrivanje raka dojč.

4 Zaključek

Večina študentk je seznanjenih s tem, da je rak dojč najpogostejša oblika raka pri ženskah. Poznajo osnovne dejavnike tveganja ter slabše poznajo simptome raka dojč ter najpogostejše mesto tumorja v dojki. Študentke boljše poznajo čas in način samopregledovanja dojč. Več kot dve tretjini študentk si dojke tudi samopregleduje, kar je značilno za tiste z dokončano nezdravstveno srednješolsko izobrazbo. Dobro poznajo program Dora, slabše pa poznajo mamografijo. Študentke z nezdravstveno srednješolsko izobrazbo so imele dobro samooceno, medtem ko so študentke s srednjo zdravstveno izobrazbo imele zadostno samooceno.

Omejitev študije je majhen vzorec, ki ne daje reprezentativnih rezultatov. Ob primerjanju pridobljenih rezultatov z rezultati iz literature smo ugotovili, da bi bilo zanimivo izvesti raziskavo, v kateri bi primerjali znanje o raku dojč in odnos do samopregledovanja dojč med študentkami zdravstvene nege in zaposlenimi medicinskimi sestrami v kliničnem okolju.

Medicinske sestre imajo pomembno vlogo pri ozaveščanju žensk o preventivnih dejavnostih za preprečevanje raka dojč. Tako ženske spodbujajo k oblikovanju zdravega življenjskega sloga, jih seznanjajo z dejavniki tveganja in prvimi simptomi raka dojč ter jih spodbujajo k rednemu samopregledovanju in k odzivnosti na povabilo programa Dora.

Neža Lesjak, Suzana Mlinar, PhD

The Self-Assessment of Nursing Students' Knowledge of Breast Cancer

Breast cancer is the most common type of cancer among women and the second most common cancer type in general (Krajc et al., 2010). The main cause of breast cancer is not known but there are some factors that can increase the risk of developing the disease in women. The formation of cancerous cells is a consequence of an interaction of genetic and environmental factors, together with lifestyle (Borštnar et al., 2006). The factors that a woman has control over are obesity, nutrition, exercise, alcohol, smoking, hormonal contraception, pregnancy and breastfeeding. Obesity is a frequent cause of different types of cancer, including breast cancer. The development of breast cancer is believed to be related to the level of oestrogen, which regulates the accumulation of fat tissue in the body (NIH, 2017). Brown and Ligibel (2018) claim that for every additional 5kg/m² in the body mass index (BMI) the risk for postmenopausal cancer increases by 10%. Women with the BMI higher than 40kg/m² are two times more susceptible to the development of breast cancer and death from breast cancer (Brennan et al., 2010). Women that are physically active for 7 hours or more per week are less likely to develop breast cancer than women who are physically active less than 3 hours weekly (Brown and Ligibel, 2018). Women that consume two or more units of alcohol daily have a 21% greater risk of developing breast cancer than women who do not drink alcohol. For every 10g of an alcoholic drink consumed daily the risk of premenopausal and postmenopausal cancer increases by 7–10%. One of the mechanisms of the effect of alcohol is the rise of oestrogen and androgen levels. ACS (2018) states that there should be a connection between smoking and an increased risk of breast cancer, especially with long-term smoking and women that started smoking before their first pregnancy. Using oral contraception that contains oestrogen and progesterone is related to a slightly increased risk of breast cancer, especially in women that began using it before the age of 20 or before their first pregnancy. The risk is supposed to diminish when a woman stops taking contraception, and after approximately 20 years the level of risk should be similar as in women who have never taken oral contraception (ACS, 2018). Pregnancy is a protective factor for women, if it occurs before the age of 26. On the contrary, the risk of breast cancer increases in women who have their first child after the age of 35 or in women who have never been pregnant (Sauter, 2018). Breastfeeding for more than one year slightly lowers the subsequent risk of developing breast cancer. One of the possible explanations for that may be that breastfeeding delays the return of the menstrual cycle and consequently reduces the number of menstrual cycles in a woman's life (ACS, 2018).

The factors that a woman has no control over are age, menstrual cycles, family anamnesis, genetic predispositions, personal history of breast cancer and benign changes. The most prominent risk factor for breast cancer is age. The longer we live, the greater the risk of suffering a genetic mutation in our cells (BCO, 2018). Women that experience menarche before the age of 11 are 20% more likely to develop breast

cancer than those who reach it after the age of 13. Women that begin menopause at 55 or later have a 12% greater risk compared to those that reach it between 50 and 54 years of age. It is assumed that the cause of that is a prolonged life exposure to reproductive hormones (ACS, 2018). The increased risk is related to hereditary mutations on genes BRCA1 and BRCA2. Women diagnosed with breast cancer have a slightly increased risk of developing cancer also on the other breast (ACS, 2018). Women that have been diagnosed with a benign change in one breast are at higher risk of contracting a malign disease on that breast (Borštnar et al., 2006).

Breast cancer typically does not produce any symptoms, if the tumour is small. The most common sign is a lump, which can be sensitive to pressure. The tumour most frequently occurs in the upper, outer quadrant of the breast. It is small, hard and immobile (Mayet, 2005). Breast cancer can sometimes metastasise to nearby lymph nodes and cause them to thicken and swell even before the primary tumour in the breast is large enough to be felt (ACS, 2017). Breast self-examination is one of the most important and cheapest ways to detect breast cancer early (Umbreen et al., 2017). It is crucial that women perform breast self-exams monthly. Before menopause, the best time to do it is between the seventh and tenth day after the beginning of the menstrual period. What is important later on is that the woman specifies a day in the month to do a breast self-exam (ED, 2009; Mayet, 2005).

The aim of the study was to determine the self-assessment of nursing students' knowledge of breast cancer; of breast self-examination, and the manner and frequency of its implementation. The study was based on the descriptive method of work and a quantitative methodology of research. Data were gathered with a survey questionnaire adapted from foreign research studies (Sapountzi - Krepia et al., 2017; Gaud, 2016; Mayet, 2005). The sample comprised 114 full-time and part-time nursing students of the Faculty of Health Sciences, Ljubljana. The study was anonymous. The one-way ANOVA test was used to investigate the differences in the knowledge of breast cancer between students with different levels of education. We used a significance level of $p \leq 0.05$.

The results of the study showed that most nursing students (78%) answered that breast cancer is the most common type of cancer in women. Among the risk factors, students most commonly chose the answers "breast cancer in family anamnesis" (97%), "previous breast cancer" (85%) and "stress" (82%), but the more important risk factors were much less frequently chosen – "benign changes in the breast" (61%), "the first pregnancy at an older age" (37%), "early first period" (33%), "late menopause" (25%) and "never being pregnant" (12%). Among breast cancer symptoms and signs, the most commonly chosen answers were "a dimpling on the nipple or breast skin" (85%), "enlarged armpit lymph nodes" (85%), "sanguineous nipple discharge" (78%) and "changes in the size and shape of the breast" (74%), while other important symptoms were less frequently chosen – "breast swelling" (48%), "redness and warmth on the skin of the breast" (59%). The answer that the tumour most frequently occurs in the upper, outer quadrant of the breast was selected by only 41% of the students.

Our study showed that the majority of the students (69%) answered that during the fertile phase of a woman's life, the best time for breast self-exams is 7–10 days after the menstrual period. Eighty percent of the students opine that during menopause the most appropriate time to do breast self-exams is on a specific day of the month. Sixty-five percent of the students know three ways of doing breast self-exams. Most students (97%) responded that it is necessary to check the armpits too. Sixty-seven percent of the students perform breast self-examinations: sixty-one percent of them do it once a month, while eighteen percent of them do it once every two months. Students with non-nursing secondary school education perform breast self-examinations statistically significantly less often ($p = 0.016$). Ninety-five percent of the students responded that the screening programme DORA includes mammography. Forty percent of the students know that mammography means taking an X-ray picture of the breast. The majority of the students (75%) responded that women aged 59–69 are included in the DORA programme.

In the present study, the most frequently chosen risk factors were the general risk factors for breast cancer (breast cancer in family anamnesis, previous breast cancer, stress, benign changes in the breast). In Nigeria, Olumuyiwa and colleagues (2001) ascertained that more than a quarter of the students did not recognize the specific risk factors (menarche at a lower age, first pregnancy at an older age, the number of children born).

Among breast cancer symptoms almost all the students selected the answers “sanguineous nipple discharge” and “enlarged armpit lymph nodes”. Other more important symptoms and signs (breast swelling, breast skin redness) were chosen by only one-third of the students. In Nigeria, Olumuyiwa and colleagues (2001) ascertained that 75% of the students identified breast pain as a symptom of breast cancer, while in our research only one-third of the students chose pain as a symptom. From the answers we can conclude that the students only know the general signs and symptoms of breast cancer, and are less familiar with the more specific signs and symptoms.

In our research, 70% of the students knew the optimal time to perform breast self-examinations during the fertile phase of a woman's life (when she has menstrual periods). The question about when is the best time to perform breast self-exams during menopause was answered correctly by 80% of the students. In Nigeria, Olumuyiwa and colleagues (2001) ascertained that only 40% of the students recognized the right interval for breast self-exams in women with periods and in women during menopause.

In the present research we concluded that a large majority of the students self-examines their breasts once a month. Half of the students estimated their knowledge as good, a third as very good, and only two students as excellent. The students with a non-nursing secondary school education self-assessed their knowledge higher than the students with a nursing secondary school education. Similarly, in their studies (Sapountzi-Krepia, 2017; Gaud, 2016; Mayet, 2005) foreign authors claim that the knowledge of breast cancer and breast self-examination is good on average.

Nurses have an important role in teaching women how to perform breast self-examinations. Nurses need to educate women about the frequency and technique of breast self-examination and about the changes that they can perceive.

LITERATURA

1. ACS – American Cancer Society (2017). Breast cancer facts & figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society. Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>.
2. ACS – American Cancer Society (2018). Lifestyle related breast cancer risk factors. Pridobljeno dne 11. 12. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html?fbclid=IwAR2cViey9XxeUjDbKIIPVh5Wf17Xo8V2O81BFEoj3177hleU07flsLuBeeE4>.
3. Ayed, A., Eqtaït, F., Harazneh, L., Fashafsheh, I., Nazzal S., Talahmeh, B., Hajar, D. and Awawdeh, R. (2015). Breast self-examination in terms of knowledge, attitude and practice among nursing students of Arab American University/Jenin. *Journal of Education and Practice*, 6, št. 4, str. 91–99.
4. BCO – Breastcancer.org (2018). Breast cancer risk factors. Pridobljeno dne 11. 12. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.breastcancer.org/risk/factors/age>.
5. Borštnar, S., Bračko, M., Čufer, T. idr. (2006). Rak dojke: kaj morate vedeti. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Onkološki inštitut. Pridobljeno dne 5. 10. 2018 s svetovnega spleta: https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/publikacije/#c166.
6. Brennan, S. F., Cantwell, M. M., Cardwell, C. R., Valentz, L. S. and Woodside, J. V. (2010). Dietary patterns and breast cancer risk: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91, št. 5, str. 1294–1302.
7. Brown, J. C. and Ligibel, J. A. (2018). Lifestyle interventions for breast cancer prevention. *Current Breast Cancer Reports*, 10, št. 1, str. 1–7.
8. Cipora, E. (2017). Prevention of breast cancer - the importance of screening tests. *Journal of Education Health and Sport*, 7, št. 8, str. 1733–1749.
9. DORA – Državni presejalni program za raka dojke (2018). Presejanje za raka dojke. Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: https://dora.onko-i.si/presejanje_za_raka_dojk/.
10. ED – Europa Donna (2009). Kako zmanjšamo tveganje. Pridobljeno dne 11. 12. 2018 s svetovnega spleta: http://www.europadonna-zdruzenje.si/rak/kako_zmanjsam_tveganje.
11. Gaud, L. E. (2016). Nursing Student's Breast Cancer Knowledge and Breast- self Examination Technique Confidence (Doktorska disertacija). Minneapolis: Walden University. Pridobljeno dne 9. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations>.
12. Ghoncheh, M. and Pournamdar Salehiniya, H. (2016). Incidence and mortality and epidemiology of breast cancer in the world. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, str. 43–46.
13. Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K. idr. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24, št. 4, str. 549–553.
14. Krajc, M., Kadivec, M., Hertl, K. and Primic Žakelj, M. (2010). V državnem presejalnem programu za raka dojke Dora do sedaj odkritih 86 rakov dojke. *Onkologija*, 14, št. 2, str. 104–110.
15. Mayet, Z. (2005). Breast cancer prevention: the knowledge and skills of final-year undergraduate nursing students (Doktorska disertacija). Johannesburg: Faculty of Health Sciences. Pridobljeno dne 5. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://hdl.handle.net/10539/1903>.
16. Mušič, M. M., Hertl, K., Kadivec, M., Podkrajšek, M. and Jereb, S. (2004). Rentgenska in ultrazvočna anatomija dojke. *Radiology and Oncology*, 38, št. 1, pp. 51–57.
17. NIH – National cancer institute (2017). Obesity and cancer. Pridobljeno dne 11. 12. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/obesity/obesity-fact-sheet#q4>.

18. Olumuyiwa, O., Odusanaya, O. and Olufemi, O. T. (2001). Breast cancer knowledge, attitudes and practice among nurses in Lagos, Nigeria. *Acta Oncologica*, 40, št. 7, str. 844–848.
19. Sambanje, M. N. and Mafuvadze, B. (2012). Breast cancer knowledge and awareness among university students in Angola. *The Pan African Medical Journal*, 11, št. 79, str. 1–9.
20. Sapountzi - Krepia, D., Rekleiti, M., Lavdaniti, M., Psychogiou, M., Chaliou, M., Xenofontos, M. and Savva, M. (2017). Evaluating female nursing students' knowledge and attitudes regarding breast self-examination. *Health Care for Women International*, 38, št. 8, str. 786–759.
21. Sauter, E. R. (2018). Breast cancer prevention: current approaches and future directions. *European Journal of Breast Health*, 14, str. 64–71.
22. Umbreen, G., Jabeen, C. and Shahid Riaz, M. (2017). Breast self examination; knowledge, attitude and practice among post rn nursing students in Lahore. *Medical Journal*, 24, št. 3, str. 453–457.
23. WHO – World health organization (2018). Breast cancer. Pridobljeno dne 6. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>.
24. Zadnik, V. and Primic Žakelj, M. (2018) SLORA: Slovenija in rak. *Epidemiologija in register raka*. Ljubljana: Onkološki inštitut. Pridobljeno dne 7. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.slora.si/osnovni-podatki-o-posameznem-raku2>.

Neža Lesjak, diplomirana medicinska sestra.

E-naslov: neza.lesjak@gmail.com

Dr. Suzana Mlinar, višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: suzana.mlinar@zf.uni-lj.si

Pogostost uporabe orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo

Prejeto: 15. 8. 2019 / Sprejeto 19. 11. 2019

Znanstveni članek

UDK 614.2:616.89:343.6

KLJUČNE BESEDE: izvajalci zdravstvene nege, nasilje, deeskalacija, ocenjevalna lestvica BVC

POVZETEK - Nasilje je vse pogostejše tudi v zdravstvu. Zaradi narave dela s pacienti predstavljajo izvajalci zdravstvene nege eno najbolj izpostavljenih skupin med zdravstvenimi delavci. Še zlasti pacienti z duševno motnjo so tisti, ki zaradi nekritičnosti do svojega zdravstvenega stanja, izvajajo nasilje, ki je usmerjeno na zaposlene. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je uporaba orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo glede na oddelek. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja in tehniko anketiranja. Podatke smo zbrali z vprašalnikom, ki smo ga pripravili na osnovi preučevanja znanstvene in strokovne literature. V raziskavo smo vključili 250 izvajalcev zdravstvene nege. Z analizo 142 vprašalnikov (56,8-odstotna realizacija vzorca) smo ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije enako pogosto, ne glede na oddelek ($t = 0,929$, $p = 0,354$), ter ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC statistično značilno pogosteje na oddelku pod posebnim nadzorom ($t = 4,339$, $p = 0,000$). Ker sta obe orodji najučinkovitejši za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo, je nujno, da ju izvajalci zdravstvene nege dobro poznajo in znajo uporabljati, za kar pa seveda potrebujejo znanje in izkušnje, morajo pa se zavedati tudi svojih lastnih omejitev.

1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija je definirala nasilje kot namerno uporabo fizične sile ali moči z namenom ustrahovanja ali dejanskega nasilja proti sebi ali drugemu posamezniku oziroma skupnosti, pri čemer obstaja velika verjetnost, da bo povzročila poškodbo, smrt ali hudo psihološko škodo (Violence against health workers, 2009).

Received 15. 8. 2019 / Accepted 19. 11. 2019

Scientific article

UDC 614.2:616.89:343.6

KEY WORDS: violence, nursing care providers, de-escalation, BVC rating scale

ABSTRACT - Violence in health care is increasing. Due to the nature of working with patients, the professional group of healthcare providers is one of the most exposed groups among healthcare professionals. Patients with a mental disorder are those who most often commit acts of violence, directed at employees, due to their disregard of their medical condition. The research was aimed at determining the use of tools to prevent violent behaviour in patients with a mental disorder in individual wards. We used a quantitative research method and a survey. Data were collected by means of a questionnaire prepared on the basis of a scientific and professional literature review. 250 nursing practitioners were included in the survey. An analysis of 142 questionnaires (56.8% sample realization) revealed that nursing care providers use de-escalation communication techniques equally frequently, regardless of their ward ($t = 0,929$, $p = 0,354$), while the BVC Rating Scale of Violent Behaviour is statistically significantly more frequent in the ward under special supervision ($t = 4,339$, $p = 0,000$). As both tools are most effective in preventing violent behaviour in patients with a mental disorder, it is essential that nursing care providers know them well and know how to use them. While they need knowledge and experience, they must also be aware of their own limitations.

Nasilje je verbalni oziroma fizični napad na človeka, žival ali predmete in je v splošnem etimološkem smislu potrebno živalim za preživetje, medtem ko ga ljudje najpogosteje uporabljajo za obvladovanje individualnih konfliktov in s tem povzročijo čustveno ali fizično prizadetost vseh vpletenih (Kores Plesničar, 2010; Yong idr., 2011).

Nasilno vedenje je lahko verbalno in/ali telesno oziroma fizično (Ozim, 2015). Verbalno nasilje je napad na človekovo samopodobo z namenom prizadejati duševno bolečino, katerega cilj je uveljavljanje fizične nadrejenosti ter ponižanje in razvrstitev žrtve. Značilna je uporaba žaljivk, groženj in poniževalnih pripomb. To obliko nasilja je težje prepoznati, saj ne povzroča vidnih poškodb, kljub temu pa pušča na žrtvi nasilja posledice (Žigon, 2010). Pri fizičnem nasilju se uporablja fizična sila ali grožnje z njo. Ta oblika nasilja je najbolj prepoznavna in najlažje dokazljiva, saj so posledice vidne. Cilj fizičnega nasilja je dokazati svojo moč nad žrtvijo (Keber, 2016).

Dernovšek (2009) meni, da je nasilno vedenje namerno povzročanje bolečine in trpljenja ter povzročanje škode sebi ali drugim, medtem ko je nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo vedno urgentna situacija, ki neposredno ogroža vse vpletene, torej pacienta samega, ostale paciente in zaposlene.

Nasilno vedenje se pri pacientih z duševno motnjo pojavlja pogosteje kot v splošni populaciji. Vendar pa velik delež pacientov z duševno motnjo ni nikoli nasilnih ali nevarnih, čeprav se jim to laično pripisuje in jih s tem stigmatizira. Zato je ocena, ali je določeno nasilno vedenje posledica bolezni oziroma duševne motnje, prepuščena oceni psihiatričnega in telesnega stanja posameznika (Swanson idr., 2006).

Institucionalna obravnava pri pacientu z duševno motnjo povzroča psihični stres, v katerem se zrcalijo njegov strah, negotovost, jeza, fizični stres in socialni stres, pri katerem je v ospredju predvsem občutek manjvrednosti in stigma (Železnik in Ivanušič, 2008). Vse to vodi v nezaupljivost, napetost in se lahko stopnjuje v odklanjanje pomoči in nasilno vedenje pacienta (Čuk, 2010).

Nasilno vedenje ni duševna motnja, temveč je del psihopatologije in morebitne duševne motnje in je prisotno povsod, ne samo v psihiatričnih ustanovah (Papadopoulos idr., 2012).

Najbolj rizična skupina pacientov z duševno motnjo, ki so najpogosteje povzročitelji nasilnega vedenja, so moški, stari med 20 in 45 let, samski, z nizko stopnjo izobrazbe, ki prihajajo iz socialno šibkega okolja in imajo v anamnezi zlorabo alkohola ali drugih prepovedanih psihoaktivnih substanc ter predhodne poskuse samomora oziroma nasilno vedenje v preteklosti (Kores Plesničar, 2010).

Ridenour idr. (2015) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je incidenca verbalnega in fizičnega nasilja s strani pacientov z duševno motnjo najvišja v večernih urah in v dnevih, ko je na oddelku hospitaliziranih več pacientov z osebnostno motnjo.

Podatki kažejo, da so zaposleni na psihiatričnih oddelkih izpostavljeni povečanemu tveganju za nasilje na delovnem mestu, medtem ko študija Hesketh ugotavlja, da je bilo 20 % medicinskih sester na področju psihiatrije v svoji karieri fizično napadenih, 43 % jih ima izkušnjo z grožnjo fizičnega napada, medtem ko je 55 % medicinskih sester, zaposlenih na področju duševnega zdravja, doživelo verbalno nasilje najmanj

enkrat na teden. V obdobju od leta 2005 do leta 2009 je ameriško ministrstvo za pravosodje poročalo, da imajo zaposleni na področju duševnega zdravja drugo najvišjo povprečno letno stopnjo nasilja na delovnem mestu (Ridenour idr., 2015).

10–16 % medicinskih sester, ki se pri svojem delu dnevno srečujejo s pacienti z duševno motnjo, je bilo po raziskavah v obdobju enega leta žrtev hudega nasilnega vedenja s strani pacientov (Van Leeuwen in Harte, 2011). Oblike nasilja, ki so jim najpogosteje izpostavljene medicinske sestre, so fizično nasilje (Llor - Esteban idr., 2017) in v slovenskem prostoru verbalno nasilje, kar v svoji raziskavi ugotavlja Gabrovec (2016).

National Collaborating Centre for Mental Health UK (NICE, 2015) priporoča, da se kot intervencija prvega izbora pri obvladovanju nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo uporabijo deeskalacijske tehnike komunikacije. Poleg tega pa Clarke idr. (2010) priporočajo uvedbo ocenjevalne lestvice Broset (BVC) kot učinkovitega orodja, ki pomaga predvideti potencialno nevarnost za razvoj nasilnega vedenja.

2 Orodja za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo

V zdravstveni negi pacientov z duševno motnjo je odločujoč prvi stik s pacientom in pridobitev njegovega zaupanja. Pri obravnavi pacientov z duševno motnjo stremimo k štirim glavnim ciljem. Ti so: zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih, pomoč pacientu pri obvladovanju njegovih čustev in stiske, izogibanje uporabi prisile in izogibanje prisilnim intervencijam s poseganjem v avtonomijo pacienta, saj to še dodatno stopnjuje njegovo vznemirjenost. Tradicionalni metodi zdravljenja vznemirjenih in nasilnih pacientov, kot sta uporaba prisilnih sredstev in aplikacija terapije proti volji, se poskušata nadomestiti s prizadevanjem za izgradnjo terapevtskega odnosa, predvsem pa s humanizacijo obravnave pacienta z duševno motnjo (Richmond idr., 2012).

Kurinčič in Saje (2017) deeskalacijske tehnike komunikacije opisujeta kot umiritveno metodo pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, ki se vedejo nasilno, Lauge Berring, Pedersen in Buus (2016) pa navajajo, da so deeskalacijske tehnike komunikacije skupni izraz za nabor psihosocialnih intervencij, katerih namen je preusmerjanje pacientove pozornosti in zmanjševanje njegove napetosti.

Deeskalacijske tehnike komunikacije potekajo v štirih korakih po Bowersu (2014): omejitev nasilnega vedenja na način, da zagotovimo varno okolje za vse vpletene (paciente, svojce, zaposlene); zmanjšanje jeze pacienta; razjasnitev nastale situacije; reševanje problema skupaj s pacientom.

Ločimo verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike komunikacije. Verbalna deeskalacija je kompleksen terapevtski proces, v katerem poskušamo z aktivnim poslušanjem in pogovorom umiriti pacienta. Z aktivnim poslušanjem damo pacientu občutek, da je slišan in razumljen, kar močno prispeva k zmanjševanju agitacije in na-

silnega vedenja. Govorimo umirjeno in odločno, izogibamo se vpitju, sarkazmu in humorju. Uporabljamo kratke jedrnate stavke. Nikoli ne govorimo glasneje od vznemirjenega pacienta. Če pacient vpije, ne govorimo. Tišino uporabimo kot čas za razmislek zase ali za pacienta. Priporočljivo je, da s pacientom govori le ena oseba; če ga hkrati sprašuje več ljudi, ga to lahko dodatno zmede in stopnjuje njegovo vznemirjenost in jezo. Uspešno reševanje konflikta s pogovorom je odvisno od tega, kaj rečemo in kako to povemo. Pacienta predvsem poslušamo, v pogovoru uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Ves čas ga spodbujamo k pogovoru, da nam pojasni, kaj se je zgodilo. S tem razjasnimo situacijo in mu pomagamo pri iskanju rešitve. Za rešitev mu ponudimo več različnih možnosti, vendar se ne odločamo namesto njega, rešitev izbere pacient sam (Price in Baker, 2012).

Deeskalacijske tehnike komunikacije se lahko naučimo preko delavnic z igranjem vlog, lahko se pa izvaja v vsakodnevnih kontaktih s pacienti, ki so umirjeni, vendar zahtevni v komunikaciji in odnosnem delu, nezaupljivi in nekritični do svojega zdravstvenega stanja, vendar mirni in sodelujoči (Richmond idr., 2012).

Almvik in Woods (1999) sta objavila lestvico BVC, ki temelji na oceni najbolj pogostih vzorcev vedenja, preden se je pri pacientu pojavilo nasilno vedenje. Uporablja se takoj ob sprejemu ali kasneje ob obravnavi pacienta na oddelku. Izpolnjuje jo oseba, ki je del zdravstvenega tima in je poučena o pravilnem izpolnjevanju ocenjevalne lestvice (Abderhalden, 2008).

Izkušnje iz klinične prakse prav tako kažejo, da ima ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja BVC dobro 24-urno napovedno vrednost za pojav nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo (Abderhalden, 2008). Lestvica je enostavna za uporabo in omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo v zvezi s pacientom med osebjem, izmenami in različnimi ustanovami (Clarke idr., 2010).

Ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja BVC se izpolnjuje tako, da pacienta ocenimo po opisanem vedenju (zmedenost, nemir; napetost, razdražljivost, konfliktnost; glasnost zahtevnost; verbalne grožnje; fizične grožnje; nasilnost do predmetov). Prisotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 1 točko, medtem ko odsotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 0 točk. Končna ocena predstavlja vsoto posameznih opazovanih vedenj. Maksimalni seštevek je 6, medtem ko je v primeru nasilnega vedenja, ki je usmerjeno na ljudi, ocena BVC avtomatično 7. Vsota 0 točk pomeni majhno tveganje za nasilno vedenje, od 1 do 2 točki je tveganje za nasilno vedenje povečano in so potrebni preventivni ukrepi, 3 in več točk pa je tveganje za nasilno vedenje zelo visoko, potrebni so preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialno nasilnega vedenja (Meeha, De Alwis in Stedman, 2017). Vedno označimo začetek in konec določenega vedenja in oceno vpišemo v pacientovo dokumentacijo. Če je ocena več kot 3, o tem obvestimo zdravnika.

Za uspešno preprečevanje nasilnega vedenja je ključno usposobljeno osebje, ki pravočasno prepozna znake za nasilno vedenje, kot so glasno in pospešeno govorjenje, stisnjene pesti, poblede ali rdeč obraz, neprekinjeno brezciljno gibanje po prostoru, napetost, tremor, pot, prisotnost groze na obrazu, strah za lastno življenje, verbalne grožnje ter uničevanje predmetov (Andrejek Grabar, 2009).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je pogostost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC.

Postavili smo naslednjo hipotezo:

Med zaposlenimi na oddelkih pod posebnim nadzorom in na odprtih oddelkih v Univerzitetni psihiatrični kliniki (UPK) Ljubljana se pojavljajo statistično pomembne razlike v pogostosti uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC. Preučevanje navedenega je le del širše raziskave z naslovom »Dejavniki tveganja pri zaposlenih za pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo«.

3 Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu in metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja. Za iskanje sekundarnih virov smo uporabili bibliografske baze podatkov (Cobiss, Proquest, Medline).

Za izvedbo raziskave smo pripravili strukturiran vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature (Francis idr., 2010; Van Wijk, Traut in Julie, 2014; Gabrovec, 2014; Price idr., 2017). Vprašalnik je sestavljalo 5 vsebinsko ločenih sklopov. V enem izmed njih smo preučevali pogostnost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC med zaposlenimi v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Pri obeh vprašanjih je bilo ponujenih pet možnih odgovorov: nikoli, redko, včasih, pogosto, vedno. Anketirani so lahko izbrali en odgovor.

Pred začetkom raziskave smo vprašalnik pilotno testirali pri zaposlenih v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo (N = 15) in s tem preverjali razumljivost navodil in vprašanj. Preverjanje notranje konsistentnosti vprašalnika smo izvedli z izračunom koeficienta Cronbach alfa, ki za celoten vprašalnik znaša 0,797, kar pomeni srednje močno zanesljivost instrumenta.

Za izvedbo raziskave smo izbrali namenski neslučajnostni vzorec, ki je obsegal 250 enot, vrnjenih smo dobili 156 vprašalnikov in jih v končno analizo vključili 142, kar pomeni 56,8-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo več žensk (62,7 %), večina je starih med 31 in 40 let (36,6 %), imajo srednješolsko izobrazbo (54,9 %) in 11-20 let delovne dobe (41,5 %). Ostali podatki o vzorcu so razvidni iz tabele 1.

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

<i>Spol</i>	<i>F</i>	<i>f(%)</i>
ženski	89	62,7
moški	53	37,3
<i>Starost</i>		
20-30 let	21	14,8
31-40 let	52	36,6
41-50 let	44	31,0
51-60 let	24	16,9
61 let in več	1	0,7
<i>Izobrazba</i>		
srednja	78	54,9
višja ali visoka strokovna	45	31,7
univerzitetna	16	11,3
drugo	3	2,1
<i>Delovna doba</i>		
0-10 let	35	24,6
11-20 let	59	41,5
21-30 let	31	21,8
31-40 let	17	12,0

Legenda: F = frekvenca, $f(\%)$ = odstotek

Vir: Anketni vprašalnik, 2019

Anketiranje je potekalo od 1. decembra 2018 do 7. januarja 2019. Vprašalnik smo posredovali v tiskani obliki medicinskim sestram v UPK Ljubljana. Dobljene podatke smo nato uredili in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM SPSS verzija 21.0.

Za analizo podatkov smo uporabili postopke opisne statistike s frekvencami, izračunom srednjih vrednosti in standardnega odklona. Za analizo razlik smo uporabili t-test za neodvisne vzorce, s katerim smo ugotavljali statistično pomembne razlike med dvema neodvisnima skupinama.

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje zavoda in individualni pristanek anketiranih. Anketirancem smo zagotovili pravico do neškodovanja, do samoodločbe, do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

4 Rezultati

Hipotezo smo testirali s t-testom za neodvisne vzorce in preverili, ali obstajajo za ordinalni tip spremenljivk (pogostost uporabe ocenjevalne lestvice BVC in deeskalacijskih tehnik komunikacije) statistično značilne razlike glede na tip oddelka, na katerem so anketirani zaposleni (oddelek pod posebnih nadzorom/odprti oddelek). Preverjali smo statistično pomembne razlike v povprečjih pri izbranih spremenljivkah in izračunali povprečja glede na drugo spremenljivko, ki je neodvisna in izbrane spre-

menljivke deli na dve skupini. Statistično značilne razlike smo sprejeli pri stopnji p , manjši od 0,05, 0,01 ali 0,001, kar je razvidno iz tabel 2 in 3.

Tabela 2: T-test za neodvisne vzorce – Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC

<i>Merski indikatorji</i>	<i>Odkvisna spremenljivka</i>				
Neodvisne spremenljivke	Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC.				
<i>Tip oddelka</i>	<i>N</i>	\bar{x}	σ	<i>T</i>	P (<i>dvostranska</i>)
Oddelek pod posebnim nadzorom	65	3,95	1,022	4,339	0,000 < 0,001
Odpri oddelek	67	3,16	1,067		

Legenda: N = število enot, \bar{x} = povprečna vrednost; σ = standardni odklon, t = vrednost t -testa, p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Iz t -testa za neodvisne vzorce je razvidno, da pri spremenljivki »Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC« prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,001$) v pogostosti uporabe ocenjevalne lestvice med oddelkom pod posebnim nadzorom ter odprtim oddelkom. Z manj kot 0,1-odstotnim tveganjem lahko trdimo, da anketiranci, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom, statistično značilno pogosteje uporabljajo lestvico nasilnega vedenja BVC ($\bar{x} = 3,95$, $\sigma = 1,022$) kot tisti, ki so zaposleni na odprtem oddelku ($\bar{x} = 3,16$, $\sigma = 1,067$).

Tabela 3: T-test za neodvisne vzorce – Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije

<i>Merski indikatorji</i>	<i>Odkvisna spremenljivka</i>				
Neodvisne spremenljivke	Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije.				
<i>Tip oddelka</i>	<i>N</i>	\bar{x}	σ	<i>t</i>	P (<i>dvostranska</i>)
Oddelek pod posebnim nadzorom	65	4,32	,793	0,929	0,354 > 0,05
Odpri oddelek	67	4,19	,802		

Legenda: N = število enot, \bar{x} = povprečna vrednost, σ = standardni odklon, t = vrednost t -testa, p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da pri spremenljivki »Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije« ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p = 0,354$) v pogostosti uporabe deeskalacijske tehnike komuniciranja med anketiranimi, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom in tistimi na odprtem oddelku. Anketirani, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim

nadzorom, in tisti, ki so zaposleni na odprtem oddelku, uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije približno enako pogosto.

Hipoteze nismo potrdili. Smo pa potrdili, da se med zaposlenimi na oddelkih pod posebnim nadzorom in tistimi na odprtih oddelkih v UPK Ljubljana pojavljajo statistično pomembne razlike ($p < 0,001$) v pogostosti uporabe ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC, zato je hipoteza le delno potrjena.

5 Razprava

V raziskavi nas je zanimalo, kakšna je pogostost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC med zaposlenimi, ki delajo na oddelkih pod posebnim nadzorom, in tistimi na odprtih oddelkih, saj je ocenjevalna lestvica BVC orodje, ki zaposlenim omogoča hitro prepoznavanje nasilnega vedenja, deeskalacijske tehnike pa so najučinkovitejše sredstvo za zmanjševanje in preprečevanje nasilnega vedenja.

Ugotovili smo, da zaposleni v zdravstveni negi pri obravnavi pacientov z duševno motnjo uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije enako pogosto, ne glede na to, ali delajo na oddelkih pod posebnim nadzorom ali na odprtih oddelkih. Iz rezultatov naše raziskave je tudi razvidno, da je uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije pri delu s pacienti z duševno motnjo pravzaprav osnovno terapevtsko sredstvo zaposlenih in predstavlja ključno orodje za preprečevanje nasilnega vedenja tako na oddelkih pod posebnim nadzorom kot na oddelkih odprtega tipa. Tudi Richmond idr. (2012) menijo, da z uporabo deeskalacijskih tehnik komunikacije zaposleni učinkovito rešujejo nastale zaplete pri pacientih z duševno motnjo in s tem preprečujejo agitacije in premestitve pacientov iz odprtih oddelkov na oddelke pod posebnim nadzorom, saj to predstavlja za pacienta velik stres in izgubo zaupanja v zaposlene. Podobno so ugotavljali Lavelle in sodelavci (2016) v svoji raziskavi, v katero je bilo vključenih 522 pacientov z duševno motnjo. Ugotovili so, da se večina neželenih dogodkov začne z verbalnim nasiljem, ki se najuspešneje omejuje in konča s pomočjo deeskalacijskih tehnik komunikacije, kar pomembno vpliva na manjšo uporabo drugih, za pacienta neprijaznih prisilnih ukrepov, kot so aplikacija terapije brez privolitve pacienta in uporaba posebnih varovalnih ukrepov, kar so ugotavljali tudi Godfrey, Tuomi, Jones, Oxley in Carr (2014). Price in Baker (2012) na osnovi ugotovitev priporočata, da naj komunikacijo izvaja ena oseba, ki ima največ izkušenj in ima s pacientom zgrajen dober osebni odnos. To pa ne pomeni, kot navaja Smrdu (2009), da bo deeskalacija vedno uspešna in da bo delovala pri vseh pacientih enako. Za izvedbo potrebujemo veliko časa, znanja in izkušenj ter zavedanje o lastnih omejitvah.

Iz rezultatov raziskave smo ugotovili, da zaposleni na področju zdravstvene nege v UPK Ljubljana, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom, pogosteje uporabljajo lestvico nasilnega vedenja BVC kot tisti anketirani, ki so zaposleni na odprtih oddelkih. D'Etterre in Pellicani (2017) v svoji raziskavi ugotavljata, da je uporaba ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC smiselna, ne glede na tip oddelka, kjer je

pacient obravnavan, saj povečuje pozornost zaposlenih na pacientovo vedenje, obenem pa je učinkovita pri napovedi in preprečevanju nasilnega vedenja. Dejstvo je, da se zaposleni na oddelkih pod posebnim nadzorom pogosteje srečujejo s pacienti, ki so odklonilni, napeti, agitirani in brez uvida v svojo bolezen, zato pogosto odklanjajo hospitalizacijo. Ker so takšni pacienti praviloma vedno sprejeti na oddelek pod posebnim nadzorom, je razumljivo, da zaposleni na teh oddelkih pogosteje uporabljajo ocenjevalno lestvico BVC. Gabrovec (2014) iz analize lestvice ugotavlja, da se nasilno vedenje pri posamezniku spreminja tako v pojavnih oblikah kot tudi v njihovi intenziteti. Prva ocenjevalna lestvica BVC se naredi že ob sprejemu v urgentni psihiatrični ambulanti v sklopu kazalnika kakovosti »Zahtevnost sprejema« in je podlaga za to, koliko zaposlenih bo treba dodatno vključiti v sprejem oziroma ali bo treba zaprositi še za asistenco policije. Široka uporabnost ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC je bila potrjena tudi v raziskavi, ki so jo opravile Babič Pintar, Lipovec in Us (2014), ki so ugotovile, da je poleg dobre napovedne vrednosti lestvica za nasilno vedenje uporabna tudi z vidika načrtovanja kadrovskega potreb in organizacije dela. Za obravnavo, ki bo varna tako za paciente kot za zaposlene, je treba spremeniti nizke kadrovske normative in zagotoviti zadostno število usposobljenega kadra.

Omejitev raziskave je v vzorcu, saj je bila raziskava izvedena med izvajalci zdravstvene nege v UKP Ljubljana, zato rezultatov ne moremo posplošiti na populacijo vseh zaposlenih na psihiatričnem področju. Tudi vrednost merskega instrumenta je bila srednje zanesljiva.

6 Zaključek

Zmanjševanje nasilja in preprečevanje nasilnega vedenja ter zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege v psihiatrični dejavnosti je izziv za izvajalce zdravstvene nege, ki morajo imeti ustrezno znanje in izkušnje. Zato moramo zagotavljati izobraževanje za učenje deeskalacijskih tehnik komunikacije in uporabo ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC. Glede na to, da se trend nasilnega vedenja pacientov in njihovih svojcev zvišuje na vseh nivojih zdravstvenega varstva, bi bilo smiselno tovrstno izobraževanje vključiti v vsa strokovna področja, kjer delujejo izvajalci zdravstvene nege.

Aljoša Lipovec, Bojana Filej, PhD

The Frequency of Using Tools to Prevent Violent Behaviour in Patients with a Mental Disorder

The World Health Organization defines violence as the deliberate use of physical force or power; as intimidation, or actual violence, against oneself or another individual, person or community, with a likely cause of injury, death or serious psychological harm (Violence against health workers, 2009). Violence can be verbal and or physical and can be an attack on a person. Verbal violence is an attack on a person's self-image using offensive, threatening and degrading comments and it is harder to recognize, since it does not cause visible damage (Žigon, 2010), unlike physical violence in which the consequences are visible and therefore more easily recognizable (Keber, 2016).

Violent behaviour causes pain and suffering and can cause harm to ourselves and others. In a patient with a mental disorder, however, violent behaviour is an emergency situation, because it involves the patient, other patients and the employees. Swanson et al. (2016) state that a large share of patients with a mental disorder are never violent or dangerous, although violent behaviour occurs more frequently in patients with a mental disorder than among the general population.

The group of patients with a mental disorder that is at highest risk, and who are most often the perpetrators of violent behaviour, are men between the ages of 20 and 45, single, with a low level of education, who come from a socially disadvantaged background and who have a history of abuse of alcohol or other illicit psychoactive substances, and previous suicide attempts or violent behaviour in the past (Kores Plesničar, 2010).

In case of patients with mental disorders who are abusive, it is recommended to use de-escalation communication techniques and the Broset Rating Scale (BVC scale). De-escalation communication techniques are a calming method or can be seen as a set of psychosocial interventions to divert the patient's attention and reduce his or her tension, while using the BVC scale to predict the potential danger of developing violent behaviour.

De-escalation communication techniques are carried out in four steps (Bowers, 2014): limiting violent behaviour in such a way as to provide a safe environment for all involved (patients, relatives, employees); reducing patient anger; clarification of the situation; solving the problem together with the patient.

The BVC Rating Scale of Violent Behaviour assesses the patient with respect to his or her behaviour (confusion, restlessness, tension, irritability, conflict, loudness of demands, verbal threats, physical threats, violence toward objects). The presence of each described behaviour represents 1 point, and the final score represents the sum of the individually observed behaviours. A sum of 0 points represents a low risk of violent behaviour, 1 to 2 points an increased risk of violent behaviour and preventive

measures are required, and 3 or more points indicate a high risk of violent behaviour, in which case preventive measures and an individual contingency plan are required (Meeha, De Alwis, & Stedman, 2017).

Trained personnel are crucial for the successful prevention of violent behaviour, in order to recognize the signs of violent behaviour in a timely manner (Andrejek Grabar, 2009).

The aim of the study was to determine the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour. The following hypothesis was set forth: There are statistically significant differences in the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour among employees in special care units and open wards at the University Psychiatric Clinic (UPK) Ljubljana.

The present study is only part of a broader study entitled "Risk Factors in Employees for the Incidence of Violent Behaviour among Patients with Mental Illness."

The research was based on a quantitative research approach and a descriptive, compilation and synthesis method. We used a survey technique to obtain data. Bibliographic databases (Cobiss, Proquest, Medline) were used to find secondary sources.

To conduct the research, we prepared a structured questionnaire, which was formulated on the basis of a review of scientific and professional literature (Francis et al., 2010; Van Wijk, Traut and Julie, 2014; Gabrovec, 2014; Price et al., 2017). The questionnaire consisted of 5 separate sections. One of them examined the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour among psychiatric nursing staff. There were five possible answers to both questions: never, rarely, sometimes, often, always. The respondents were allowed to choose one answer.

The questionnaire was tested as a pilot among 15 employees to verify the readability of the instructions and questions. The internal consistency of the questionnaire was verified by calculating the Cronbach's alpha coefficient, which is 0.797 for the entire questionnaire, indicating a medium-strength instrument.

A dedicated non-random sample consisting of 250 units was selected to carry out the survey. 156 questionnaires were returned and 142 were included in the final analysis, which represents a 56.8% realization of the sample. More women (62.7%) participated in the survey than men, most of whom are between 31 and 40 years old (36.6%), have secondary school education (54.9%) and 11-20 years of work experience (41.5%).

Descriptive statistics procedures with frequencies, mean calculations and standard deviation were used to analyse the data. To analyse the differences, we used the t-test for independent samples to determine statistically significant differences between the two independent groups.

The hypothesis was tested by the t-test for independent samples. We also verified if there were statistically significant differences for the ordinal type of variables (frequency of use of the BVC rating scale and de-escalation communication techniques)

with respect to the type of ward (ward under special supervision/open ward). The independent samples *t*-test shows that the variable »To assess the risk of violent behaviour of a patient with a mental disorder in my work I use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour« has resulted in statistically significant differences, which means that employees who are employed in the ward under special supervision use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour ($\bar{x} = 3.95$, $\sigma = 1.022$) statistically more frequently than those employed in the open ward ($\bar{x} = 3.16$, $\sigma = 1.067$). For the variable »When treating a patient with violent behaviour, I use de-escalation communication techniques«, the *t*-test showed that there were no statistically significant differences ($p = 0.354$) and that employees used de-escalation communication techniques about as often in both wards (special supervision ward/open ward) (Tables 2 and 3). Therefore, the hypothesis was not confirmed.

Our research has thus found that the nursing staff use de-escalation communication techniques equally frequently when treating patients with a mental disorder, regardless of whether they work in special care units or open wards. The results of our research also show that the use of de-escalation communication techniques when working with patients with a mental disorder is actually a basic therapeutic tool for employees and is a key tool for preventing violent behaviour. Also, Richmond et al. (2012) find that, through the use of de-escalation communication techniques, employees effectively address the resulting complications in patients with a mental disorder. Similarly, Lavelle et al. (2016) found that most adverse events begin with verbal violence, which is most successfully limited and terminated by de-escalation communication techniques. Godfrey, Tuomi, Jones, Oxley, and Carr (2014) found that this reduces the use of other patient-unfriendly coercive measures (application of therapy without patient consent and the use of special precautions). It takes a lot of time, knowledge and experience to implement de-escalation communication techniques, which still does not guarantee that the de-escalation will be successful.

Our research has also found that the nursing staff in a ward under special supervision were more likely to use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour than those who were employed in open wards. The use of the BVC Rating Scale of Violent Behaviour makes sense regardless of the type of ward where the patient is treated (D'Ettorre and Pellicani, 2017). The fact is that the staff in wards under special supervision are more likely to encounter patients who are dismissive, tense, agitated and without insight into their illness, and therefore often refuse hospitalization. As such patients are, as a rule, always admitted to a ward under special supervision, the result that the employees in these wards are more likely to use the BVC-rating scale is expected. Gabrovec (2014) suggests that violent behaviour in an individual varies both in appearance and in its intensity, based on the analysis of the scale. The broad applicability of the BVC Rating Scale of Violent Behaviour was also confirmed in a study conducted by Babic Pintar, Lipovec, and Us (2014), who found that, in addition to good predictive value, the violent behaviour scale was also useful in terms of human resource planning and work organization.

The limitation of the survey is in the sample, since the survey was conducted among nursing providers at UKP Ljubljana. The results can therefore not be generalized to the population of employees in the psychiatric field. Also, the value of the measuring instrument was only moderately reliable.

As violent behaviour of both patients and their relatives is increasing at all levels of healthcare, all healthcare professionals are faced with the challenge of acquiring the appropriate skills to reduce and prevent violent behaviour and of being critical of their own limitations.

LITERATURA

1. Abderhalden, C. (2008). The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*, 193, št. 1, str. 91–103.
2. Almvik, R. and Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res.*, 4, št. 3, str. 498–505.
3. Andrejek Grabar, E. (2009). Terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu. V: Nelan Stropnik, S. (ur.). Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, str. 119–128.
4. Babič Pintar, M., Lipovec, A. and Us, I. (2014). Zahtevnost sprejema pri pacientu z duševno motnjo v povezavi z Broset lestvico nasilnega vedenja (BVC). V: Skela Savič, B. in Hvalič Touzery, S. (ur.). 7. mednarodna znanstvena konferenca Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 44–51.
5. Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21, št. 6, str. 499–508.
6. Clarke, D., Brown, A. and Griffith, P. (2010). The Broset Violence Checklist; clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, str. 614–620.
7. Čuk, V. (2010). Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 3, str. 145–147.
8. Dernovšek, Z. (2009). Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana.
9. D'Ettorre, G. and Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Saf Health Work*, 8, št. 4, str. 337–342.
10. Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. and Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25, št. 10, str. 1229–1245.
11. Gabrovec, B. (2014). Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov (Doktorska disertacija). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
12. Gabrovec, B. (2016). Types of threats against nursing care workers in psychiatric facilities. *J Health Sci*, 3, št. 2, str. 37–49.
13. Godfrey, J. L., McGill, A. C., Tuomi Jones, N., Oxley, S. L. and Carr, R. M. (2014). Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 65, št. 10, str. 1277–1280.
14. Keber, A. (2016). Analiza nasilja na delovnem mestu v zdravstvu (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo Ljubljana.

15. Kores Plesničar, B. (2010). Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. V: Peterka Novak, J. in Bregar, B. (ur.). Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, str. 27–30.
16. Kurinčič, J. and Saje, M. (2017). Pristopi k obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji. V: Prosen, G. (ur.). V. šola urgence. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, str. 93–97.
17. Lauge Berring, L., Pedersen, L. and Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings – Patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, št. 6, str. 499–507.
18. Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brenna, G. and Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, 25, št. 15–16, str. 2180–2188.
19. Llor - Esteban, B., Sánchez - Muñoz, M., Ruiz - Hernández, J. A. and Jiménez - Barbero, J. A. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, št. 1, str. 33–40.
20. Meehan, T., de Alwis, A. and Stedman, T. (2017). Identifying patients at risk of inpatient aggression at the time of admission to acute mental health care. What factors should clinicians consider?. *Advances in Mental Health*, 15, št. 2, str. 161–171.
21. NICE National Collaborating Center. (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health. London: Pridobljeno dne 13. 5. 2019 s spletne strani: <https://scholar.google.si/scholar?>
22. Ozim, T. (2015). Zdravstvena nega agresivnega pacienta na enoti za forenzično psihiatrijo. Pridobljeno dne 13. 1. 2019 s spletne strani: s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=47301>.
23. Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. and Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric inpatient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, št. 6, str. 425–439.
24. Price, O. and Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, št. 4, str. 310–319.
25. Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D. and Lovell, K. (2017). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of deescalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 74, št. 3, str. 614–625.
26. Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. and Anthony, T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Deescalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13, št. 1, str. 17–25.
27. Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. and Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*, 51, št. 1, str. 19–28.
28. Smrdu, M. (2009). Vedenjsko kognitivna terapija in njene tehnike. V: Pregelj, P. and Kobentar, R. (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, str. 347–353
29. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A. and Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63, št. 5, str. 490–499.
30. Van Leeuwen, M. E. and Harte, J. M. (2011). Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified?. *International journal of law and psychiatry*, 34, št. 5, str. 317–323.
31. Van Wijk, E., Traut, A. and Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37, št. 1, str. 1–8.

32. Yong, K. K., Poh, C. L., Galistan, T. A., Ng, J., Leow, S., Yeap, B. I. idr. (2011). Effects of multisensory therapy on agitated behaviors and cognition of geriatric patients with schizophrenia in a longterm care setting — an experimental study. *Singapore Nursing Journal*, 38, št. 3, str. 24–34.
33. Železnik, D. and Ivanuša, A. (2008). *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. 2. dopolnjena izdaja. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
34. Žigon, N. (2010). Verbalno nasilje: ne preslišite besed, ki ranijo. *Viva*, 1, št. 7, str. 9–11

Aljoša Lipovec, magistrica vzgoje in menedžmenta v zdravstvu, koordinatorica zdravstvene nege v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani.
E-naslov: aljosalipovec@gmail.com

Dr. Bojana Filej, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.
E-naslov: bojana.filej@gmail.com

Najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, in oseb z duševnimi motnjami v skupnostni obravnavi

Prejeto 2. 9. 2019 / Sprejeto 19. 11. 2019

Strokovni članek

UDK 613.83+364-786

KLJUČNE BESEDE: droge, abstinenca, skupnostna obravnava, duševno zdravje

POVZETEK - V Sloveniji je že razvita mreža skupnostne psihiatrične obravnave oseb z duševnimi motnjami. Po podobnem principu se je pričela razvijati tudi mreža mobilnih enot za izvenbolnišnično obravnavo oseb, ki imajo težave z odvisnostjo od psihoaktivnih substanc. Z raziskavo smo želeli ugotoviti najpogostejše težave uporabnikov drog, ki jih strokovnjaki ugotavljajo pri svojem delu in so razvrščene v šestih človekovih razsežnostih: telesna ali biofizikalna, duševna ali psihična, duhovna ali noogena, medčloveško-družbena, zgodovinsko-kulturna in eksistencialna ali bivanjska razsežnost. Uporabili smo kvalitativno metodologijo raziskovanja, podatke smo zbrali z delno strukturiranimi intervjuji. Nenaključni in namenski vzorec je vključeval pet zdravstvenih strokovnjakov, ki obiskujejo uporabnike na domu. Pridobljene podatke smo analizirali z metodo konvencionalne vsebinske analize besedila. Ugotovili smo, da se pri uporabnikih, ki jih strokovnjaki obiskujejo na domu, pojavljajo potrebe po dolgotrajnem spremljanju vseh šestih človekovih razsežnosti. Uporabniki, ki jih obiskujejo mobilne enote in ki so vključeni v skupnostno psihiatrično obravnavo, uspešneje vzdržujejo stabilno duševno zdravje in abstinenco. S pomočjo strokovnjakov pa se lažje soočajo s težavami, ki se jim pojavljajo v vsakdanjem življenju.

Received 2. 9. 2019 / Accepted 19. 11. 2019

Professional article

UDC 613.83+364-786

KEY WORDS: drug users, human dimensions, abstinence, community treatment, mental health

ABSTRACT - In Slovenia, a network of community-based psychiatric treatment for people with mental disorders is already developed and in use. On a similar principle, a network of mobile units for the community treatment of people with drug addiction began to develop. The purpose of this research is to identify the most common problems of users as observed by experts and to classify them into six human dimensions (the physical or biophysical dimension, the mental or psychological dimension, the spiritual or noogenic dimension, the human-social dimension, the historical-cultural dimension or the existential dimension). Qualitative research methodology was used, and data were collected through semi-structured interviews. The non-random and purposeful sample included five healthcare professionals visiting home users. The obtained data were analysed using the conventional content analysis method. It has been found that users who are visited by professionals at home have a need for long-term follow-up in all six dimensions. Users involved in mobile units and community psychiatric treatment are more likely to maintain stable mental health and abstinence, and can, with the help of professionals, cope readily with the problems they face in their daily lives.

1 Uvod

Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014–2020 (Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog, 2014) navaja 9 pomembnih načel reševanja problematike na področju drog v Sloveniji. Eno izmed pomembnih načel je načelo celovitega in sočasnega reševanja problematike drog.

Govori o reševanju problematike drog, ki zahteva celosten pristop. Upošteva problematiko uporabe in zlorabe drog kot posledico sočasnega večplastnega dogajanja na individualnem in širšem socialnem področju, pri katerem so vključeni različni akterji in različne ravni delovanja in usklajevanja. Reševanje problematike drog je naloga različnih sektorjev s področij socialnega varstva, zdravstva, šolstva, pravosodja, notranjih zadev, financ in obrambe, torej različnih delov civilne družbe in splošne (laične) javnosti.

V sodelovanju z Ministrstvom za zdravje je Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (UPK Ljubljana) leta 2018 pričel aktivno izvajati projekt Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. Projekt je bil osnovan z namenom, da bi uporabnike prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc opolnomočili pri iskanju zaposlitve v njihovem okolju. Prav tako pa je poudarek tudi na zdravstveni in socialni rehabilitaciji uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc (Medved in Bregar, 2019). Poleg CZOPD UPK Ljubljana je v Mrežo mobilnih enot (Ministrstvo za zdravje, 2019) vključenih več vladnih in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju zmanjševanja škode v mobilnih enotah (Zdrava pot, Svit, Stigma, Socio, Šent), v preventivni/socialni rehabilitaciji v mobilni enoti (Projekt Človek), pri substitucijskem zdravljenju v mobilni ambulanti (ZD Slovenj Gradec, ZD Ptuj) in testiranju snovi v mobilnem laboratoriju (DrogArt).

Odvisni od prepovedanih drog se ne srečujejo le s težavami bolezni same, ampak so pogosto izpostavljeni tudi negativnim odzivom socialnega okolja, socialni zavrnitvi in diskriminaciji (Ronzani, Higgins - Biddle in Furtado, 2009). Obiski na domu (so prilagojeni populaciji naših uporabnikov) so postavljeni po doktrini Skupnostne psihiatrične obravnave po modelu Assertive community treatment (ACT) in so ene izmed najnovejših aktivnosti. Na tak način smo z uporabniki v stiku izven institucije, v njihovem domačem okolju (Medved in Bregar, 2019). Jerič (2011) navaja podatke, kako se je tim zdravstvenih delavcev Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana leta 2005 odpravil na strokovno izmenjavo v Luton in Cambridge v Anglijo, da bi spoznali skupnostno psihiatrijo, ki jo izvajajo tam. S to strokovno izmenjavo so bili postavljeni začetki skupnostne psihiatrične obravnave v Sloveniji in implementacija modela ACT v naše okolje.

Eden izmed kriterijev za vključitev v skupnostno psihiatrično obravnavo je prisotnost pridruženih težav, med katere spada tudi zloraba psihoaktivnih substanc, vendar je v obravnavi poudarek na hudi duševni motnji in manj na področju odvisnosti (Jerič, 2011). Švab (2012) navaja definicijo za skupnostno obravnavo, ki pravi, da je to organizacija služb za duševno zdravje, ki zagotavlja učinkovito obravnavo oseb z duševnimi motnjami za opredeljeno skupino prebivalstva v skladu z njihovimi potrebami. Med velikim številom najrazličnejših človeških potreb se najlažje orientiramo, če imamo pred očmi vse človeške razsežnosti. Ramovš (2010) opisuje šestrazsežnostno antropohigiensko podoba človeka, ki nam daje naslednjo razporeditev potreb:

- v telesni ali biofizikalni razsežnosti so temeljne potrebe po ohranitvi sebe (potrebe po rasti, zdravju, hrani in tekočini, toploti, gibanju in počitku) in ohranitvi človeške vrste (razmnoževanje, skrb za otroke),

- v duševni ali psihični razsežnosti so potrebe po informacijah, užitku, varnosti, veljavi,
- v duhovni ali noogeni razsežnosti so potrebe po svobodi, odgovornosti in življenjski orientaciji,
- v medčloveško-družbeni razsežnosti so potrebe po temeljnih medčloveških odnosih in funkcionalnih razmerjih, po lastnem ugledu v družbi, po smotrni organizaciji družbe in reda v njej,
- v zgodovinsko-kulturni razsežnosti so glavne potrebe po učenju, razgledanosti in napredovanju, po ustvarjalnosti in delovni uspešnosti, po predajanju svojih življenjskih spoznanj in izkušenj drugim ljudem in v konzerviran kulturni zaklad,
- v bivanjski ali eksistencialni razsežnosti pa ima človek zelo močno voljo do smisla (Frankl, 1994), to je potrebo po doživljanju smisla trenutka, v katerem živi, ali situacije, v kateri se nahaja, po doživljanju smisla posameznih obdobj v svojem življenju ter svojega življenja kot celote, pa tudi potrebo po doživljanju smisla človeške zgodovine in celotne resničnosti.

Vedno več ljudi doživlja notranjo, osebno stisko v obliki eksistencialne krize in krize smisla. Tovrstna problematika se zaznava na vseh ravneh človekovega delovanja in se kaže tako navznoter (osebnostno, bivanjsko) kakor tudi navzven (družbeno, socialno, ekonomsko) (Kristovič, 2013).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti najpogostejše težave uporabnikov, odvisnih od psihoaktivnih substanc, ki jih ugotavljajo zdravstveni strokovnjaki, izvajalci skupnostne skrbi.

2 Metode

Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, saj omogoča širšo razlago preučenihi fenomenov (Creswell, 2013), ter izvedli kvalitativno opisno študijo, ki raziskovalcu omogoča natančne opise podatkov (Sandelowski, 2000), pridobljenih z intervjujem strokovnjakov, ki izvajajo skupnostno obravnavo. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo konvencionalne vsebinske analize (Hsieh in Shannon, 2005).

2.1 Opis instrumenta

Za izvedbo intervjuja in za zbiranje podatkov smo pripravili izhodiščna vprašanja: »Kaj ste po izobrazbi?«, »Koliko uporabnikov trenutno obiskujete na domu?«, »Koliko časa porabite za en obisk?«, »Katero so najpogostejše opažene težave uporabnikov, vključenih v vašo obravnavo?«, »Kako poteka vaš obisk na domu?«, »Na kakšen način obravnavate uporabnike?«, »Kaj je po vašem mnenju celostna obravnavo uporabnika?«, »Kakšni so cilji izvajanja vaših storitev pri uporabnikih?«, Med pogovorom smo intervju dopolnjevali z dodatnimi podvprašanji.

2.2 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit in Beck, 2012). V vzorec smo vključili diplomirano medicinsko sestro, diplomiranega zdravstvenika, univerzitetnega diplomiranega socialnega delavca in dve diplomirani delovni terapevtki. Strokovnjaki so zaposleni na različnih področjih, kjer prihajajo vsakodnevno v stik z osebami, ki aktivno uživajo ali pa so nekoč uživale prepovedane droge. Štirje strokovnjaki aktivno izvajajo projekt Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc, ena strokovnjakinja pa aktivno izvaja skupnostno psihiatrično obravnavo že več let. Za razumevanje vloge skupnostne obravnave pri spremembi življenjskega sloga uporabnika, odvisnega od prepovedanih drog, smo v raziskavo vključili pet izvajalcev zdravstveno-socialne oskrbe, tri ženske in dva moška.

2.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Udeležencem, ki so sodelovali v intervjuju, smo pred intervjujem pojasnili namen in cilje raziskave, potek raziskave, način varovanja in pomen zaupnosti podatkov. K intervjuju so udeleženci pristopili prostovoljno in pojasnjeno jim je bilo tudi, da od njega lahko odstopijo kadar koli. Udeležence smo intervjuvali v prostem času. Pred pričetkom intervjuvanja smo udeležence obvestili o snemanju pogovora z mobilnim telefonom, ki smo ga postavili na vidno mesto. Intervjuje s strokovnjaki smo opravili aprila 2019. Že po treh intervjujih smo zaznali zasičenost s podatki, kar pomeni, da novo pridobljeni podatki k dodatnemu pojasnjevanju kategorij niso prispevali bistveno več. Po izvedenih intervjujih smo transkribirali posnetke, kjer so izjave strokovnjakov ostale nespremenjene. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo konvencionalne vsebinske analize besedila (Hsieh in Shannon, 2005), ki poteka v več korakih. Najprej smo vsak zapis večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali inicialne kode, ki smo jih smiselno vsebinsko povezali v kategorije.

3 Rezultati

V raziskavi smo se osredotočili na težave uporabnikov oziroma pacientov, vključenih v mobilne enote in skupnostno psihiatrično obravnavo, ter glede na izjave petih strokovnjakov, ki se srečujejo z njimi, izpostavili štiriintriideset kod, iz katerih smo izoblikovali šest kategorij oz. razsežnosti (telesna ali biofizikalna, duševna ali psihična, duhovna ali noogena, medčloveško-družbena, zgodovinsko-kulturna in eksistencialna ali bivanjska).

Tabela 1: Razvrstitev najpogostejših težav uporabnikov, ki jih pri svojem delu opazujejo strokovnjaki z zdravstvenega, delovnoterapevtskega in socialnega področja, po življenjskih razsežnostih

<i>Kategorija/Category</i>	<i>Kode/Codes</i>
Telesna ali biofizikalna razsežnost	Prihod po substitucijsko terapijo z avtom in ne peš. Težave pri skrbi zase in zloraba psihoaktivnih substanc. Slabe prehranjevalne navade. Težave pri pridobivanju statusa invalida. Težave pri organizaciji prostega časa in telesnih aktivnosti.
Duševna ali psihična razsežnost	Težave pri vzdrževanju abstinence na dolgi rok. Neresnost pri zdravljenju, ignoriranje in nedosegljivost strokovnjakom. Veliko uporabnikov je med obiskom pod vplivom THC in drugih drog. Težave pri jemanju predpisane terapije. Nizka samopodoba.
Duhovna ali noogena razsežnost	Pritiski staršev na uporabnike zaradi nepoznavanja in strahu, da bi se jim kaj slabega zgodilo (bolezen, smrt). Uporabniki, ki nimajo zaposlitve, životarijo. Težave s kriminalnimi dejanji. Samostigmatizacija. Nezaupanje v svoje delovne sposobnosti. Preusmerjanje misli na drogo v različne druge dejavnosti. Težave s pasivnostjo in pomanjkanjem motivacije.
Medčloveško-družbena razsežnost	Netočnost prihoda na lokacijo, kjer prejmejo substitucijsko terapijo. Uporabnikova družina funkcionira slabo, težave v odnosih s starši, svojci in sosedi. Težave s psihoaktivnimi substancami drugih članov v družini (brat, sestra). Težave pri skrbi za okolico. Neurejene bivalne razmere in socialni statusi. Težko s finančno stanje. Socialna izključenost in osamljenost.
Zgodovinsko-kulturna razsežnost	Več uporabnikov hkrati na isti lokaciji, kjer poteka obravnava mobilne enote. Uporabniki imajo težave pri iskanju zaposlitve. Težave pri odnašanju smeti, pranju perila, postiljanju postelje, pri pripravi jedilnika za cel teden, nakupovanju živil. Težak premik iz ustaljenih vzorcev vedenja in slabih navad. Materialno pomanjkanje (obleke, pohištvo).
Eksistencialna ali bivanjska razsežnost	Uporabniki nas sprašujejo, zakaj bi delali, če dobijo okoli 1000 evrov socialne podpore zase in za 3 otroke? Izguba službe, ker se uporabniku ne ljubi več delati. Težave pri funkcioniranju v domačem okolju. Nizka motivacija za spremembe – brezvoljnost. Težave z željo po psihoaktivnih substancah, preusmeritvijo želje, vzpodbujanje želje in izpostavljanje tveganim situacijam.

Vir: Lastni vir, 2019.

Prva kategorija: Telesna ali biofizikalna razsežnost

Pri vseh uporabnikih strokovnjaki ugotavljajo slabše prehranjevalne navade in pogosto tudi kaheksijo ali debelost. Tudi strukturo dneva (delo, prosti čas) imajo zelo slabo organizirano, zato prihaja pogostokrat do težav s spodrsjlaji in recidivi ter z nezmožnostjo prenehanja uživanja psihoaktivnih substanc, kar povzroča težave v telesnem zdravju (krize, predoziranja, odpoved organov itd.).

Druga kategorija: Duševna ali psihična razsežnost

Velikokrat so uporabniki ob prihodu na lokacijo prejemanja substitucijske terapije pod vplivom THC in drugih psihoaktivnih substanc, kar onemogoča trezno komunikacijo s strokovnjaki. Uporabniki, ki aktivno uživajo prepovedane droge ali so jih ponovno pričeli uživati, velikokrat izkazujejo neresnost in ne sodelujejo v procesu zdravljenja. Strokovnjake pogostokrat ignorirajo in so jim kljub dogovoru nedosegljivi. Pri osebah, ki že vzpostavijo abstinenco, strokovnjaki opažajo nizko samopodobo. Pri uporabnikih s pridruženimi duševnimi motnjami pa strokovnjaki opažajo, da imajo težave z rednim jemanjem predpisane psihiatrične terapije, kar vodi v poslabšanje bolezni in hospitalizacijo.

Tretja kategorija: Duhovna ali noogena razsežnost

Na uporabnike, ki so aktivni uživalci, velikokrat starši na silo pritiskajo, da bi prekinili z uživanjem prepovedanih drog, ker jih je strah za njihovo zdravje. Strokovnjaki opažajo, da so starši velikokrat veliko breme uporabnikom in jim poskušajo vzeti vso svobodo in odgovornost za odločanje o življenju. Uporabniki se samostigmatizirajo, kar predstavlja težave pri njihovem vsakodnevnem odločanju. Veliko uporabnikov nima zaposlitve, so pasivni in životarijo iz dneva v dan in ne zaupajo v svoje delovne sposobnosti. Velikokrat izvajajo kriminalna dejanja, ki imajo lahko hude posledice (zapor, preganjanja, grožnje itd.).

Četrta kategorija: Medčloveško-družbena razsežnost

Strokovnjaki opažajo, da so uporabniki na lokaciji, kjer prejemajo substitucijsko zdravlilo, velikokrat netočni. Njihove družine funkcionirajo slabo. Uporabniki imajo velikokrat težave v odnosih s starši, velikokrat imajo težave s psihoaktivnimi substancami tudi drugi člani družine (brat, sestra), kar privede do še težje vzpostavitve abstinence ali vzdrževanju le-te, saj bivajo v okolju, kjer je veliko psihoaktivnih substanc. Poleg težav s starši imajo uporabniki težave v odnosih s sosedi in ostalimi svojci. Veliko uporabnikov nima urejenih bivalnih razmer, socialnega statusa, so socialno izključeni in osamljeni.

Peta kategorija: Zgodovinsko-kulturna razsežnost

Pri aktivnih uporabnikih psihoaktivnih substanc, ki prejemajo substitucijsko terapijo na terenu, se pojavijo občasno težave, da jih na isto lokacijo pride več hkrati, kar omogoča škodljivo in negativno pridobivanje informacij s področja psihoaktivnih substanc. Veliko jih ima težave na zaposlitvenem področju. Strokovnjaki opažajo, da imajo uporabniki s pridruženimi komorbidnimi motnjami težave pri odnašanju smeti, pranju perila, postiljanju postelje in nakupovanju živil. Tisti, ki jim uspe vzpostaviti abstinenco, imajo velikokrat težave pri premiku iz ustaljenih vzorcev vedenja in slabih navad.

Šesta kategorija: Eksistencialna ali bivanjska razsežnost

Uporabniki, sprašujejo strokovnjake »Zakaj bi delali, če dobimo okoli 1000 evrov socialne podpore zase in za 3 otroke?«. Pri uporabnikih se velikokrat zgodi, da izgubijo službo zaradi tega, ker se jim ne ljubi več delati in ne vidijo več smisla v takšnem načinu življenja. Pojavljajo se jim tudi težave pri funkcioniranju v domačem okolju, nizka motivacija za spremembe in težave z nadzorom želje po psihoaktivnih substancah.

4 Razprava

Prepovedane droge in porast števila njihovih uporabnikov je velik socialno-medicinski problem, zasvojenost pa ni le družinski problem in problem uporabnikov prepovedanih drog, ampak je postal multidisciplinarni in globalni problem celotne družbe (Kostnapfel Rihtar in Švab, 2013). Zasvojenost z drogami predstavlja pomemben problem javnega zdravja, ki ima visoko stopnjo ponovitve kljub optimalni medicinski terapiji in rehabilitacijski podpori (Wang, Moosa, Dallapiazza, Elias in Lynch, 2018).

Antropološko je človek nedeljiva celota, ki je sestavljena iz šestih razsežnosti (Rammovš, 2003). Strokovnjaki pri svojem delu z uporabniki, ki so vključeni v mobilnih enotah in v skupnostni psihiatrični obravnavi, opažajo težave pri vseh šestih človekovih razsežnostih. Predvsem te prevladujejo na duševni ali psihični, medčloveško-družbeni, zgodovinsko-kulturni in eksistencialni ali bivanjski razsežnosti. Nekoliko manj opažene, vendar ob prisotnosti izrazitejše, so na telesni ali biofizikalni in duhovni ali noogeni razsežnosti. Prispevki različnih avtorjev kažejo, da se potrebe oseb z duševno motnjo izražajo na področju osnovnih življenjskih aktivnosti, torej na področju zdravstvene nege. Po vsebini se nanašajo na fizično in psihosocialno funkcioniranje ter kakovost življenja v ožjem domačem in širšem družbenem okolju posameznika (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013). Pri uporabnikih, ki so uživali psihoaktivne substance vrsto let in so ravno vzpostavili abstinenco, je še vedno močno prisoten upad vedenjskih in kognitivnih funkcij (Makovec, 2013). Funkcioniranje oseb z duševno motnjo ali odvisnostjo od psihoaktivnih substanc v njihovem okolju je zaradi velike stigmatizacije družbe in samostigmatizacije okrnjeno in omejeno, kar posledično pripelje do njihove osamljenosti in socialne izključenosti, takšno stanje pa lahko vodi tudi v smrt (Cvahte, 2004; Nolimal, 2013; Feeg, Prager, Moylan, Smith in Cullinan, 2014; Kadenšek in Bregar, 2017).

Na osnovi zbranih težav, razvrščenih v šest človekovih razsežnosti, lahko naredimo individualni celostni načrt obravnave uporabnika/pacienta, ki se ga pregleda na timskih sestankih in se ga kasneje izvaja tudi v praksi. Tim sestavljajo zdravnik psihiater, diplomirana medicinska sestra, univerzitetni diplomirani socialni delavec in delovni terapevt (Medved in Bregar, 2019). Vključevanje uporabnika v skupnostno obravnavo Jerič (2011) opredeljuje z ocenjevanjem potreb, na podlagi katerega se napravi načrt obravnave za tri mesece s kratkoročnimi cilji in postavitevijo dolgoročnih ciljev za obdobje treh let oziroma do konca predvidene obravnave. Izvajanje in

prilagajanje načrta se preverja na tri mesece (Lipovec, 2015). Pri obravnavi je poudarek na samostojnosti pacienta ter izobraževanju njega in njegovih svojcev, kadar le ti sodelujejo v obravnavi (Kalabić, 2017). Dobre rezultate lahko pričakujemo samo s sodelovanjem uporabnika, kar pa zahteva spoštljiv odnos do posameznika, njegovo aktivno sodelovanje pri načrtovanju obravnave in obojestransko spoštovanje dogovorov (Žajdela, 2011).

Skupnostni tim koordinira diplomirana medicinska sestra, ki prevzema področje organizacije, kamor med drugim spadajo redni tedenski sestanki tima, namenjeni preverjanju stanja in načrtovanju obravnave za vse vključene paciente (Jerič, 2011). Za učinkovito zdravstveno-socialno obravnavo te ranljive populacije morajo medicinske sestre posedovati dodatno specialno znanje (Go, Santos in Muxlow, 2011). K izboljšanju njihovega življenjskega sloga medicinska sestra lahko bistveno pripomore s poznavanjem različnih terapevtskih metod (npr. kognitivne vedenjske terapije) (Zhuang, An in Zhao, 2014). Iz literature je razvidno, da imajo v tujini (Anglija in Nizozemska) jasno opredeljene kompetence in znanje, ki jih mora imeti medicinska sestra za delo v skupnosti. Za to imajo urejeno tudi izobraževanje za medicinske sestre, tako na diplomskem kakor tudi na podiplomskem nivoju (Kent in Burns, 2005; Snowden, 2010; van Veldhuizen in Bähler, 2013).

Vloga socialnega delavca v skupnostni obravnavi je pri opolnomočenju pacienta, pri zagovorništvu, pri pomoči družini in pri reševanju bolnikovih socialnih težav (neurejena dokumentacija, neurejeno finančno stanje, neurejeni bivalni pogoji, težave na delovnem področju, pomoč pri nadaljevanju prekinjenega študija in neurejene družinske razmere) (Žajdela, 2011).

Z delovnoterapevtskim informiranjem/poučevanjem in svetovanjem tudi delovni terapevt lahko prispeva k boljšemu razumevanju težav pacienta in vseh ovir, zaradi katerih ne zmore dobro psihofizično funkcionirati. Naloga delovnega terapevta je na subtilen način spodbuditi sodelovanje svojcev v dobro pacienta (Sušnik, 2011).

Zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je celosten, dolgotrajen in velikokrat tudi neuspešen proces, kljub vsemu pa obstajajo tudi uspešno rešeni primeri uporabnikov, ki vzdržujejo abstinenco vrsto let (The commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017).

5 Zaključek

Najpogostejše ugotovitve intervjuvanih strokovnjakov so težave uporabnikov na področju telesnega zdravja, strukture dneva, komunikacije, zlorabe psihoaktivnih substanc, nerednega jemanja predpisane terapije, nemotiviranosti za doseganje višje ravni zdravja, nesodelovanja v procesu dela, slabega funkcioniranja v družini in v svojem okolju, stigme, brezposelnosti, kriminala, pomanjkanja materialnih dobrin, manipulacije, socialne izključenosti in osamljenosti. Omejitve raziskave vidimo v majhnem številu intervjuvanih strokovnjakov in v kratkem trajanju projekta Mobilne enote za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoak-

tivnih substanc. Prav tako so štirje strokovnjaki šele začetniki pri tem delu in mogoče niso dobro ocenili vseh problemov, s katerimi se soočajo uporabniki v svojem okolju, mogoče jih v tako kratkem času niso niti opazili. Vendar menimo, da smo za začetek projekta dobili dobre potrditve za naše delo. Menimo, da bi bile potrebne še nadaljnje raziskave na temu področju po daljšem časovnem obdobju in z večjim številom intervjuvanih strokovnjakov.

Robert Medved

Common Problems of Drug Users and People with Mental Disorders in Community Treatment

In cooperation with the Ministry of Health, the Centre for the Treatment of Drug Addiction (CZOPD) of the University Psychiatric Clinic Ljubljana (UPK Ljubljana) began to actively implement the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances" in 2018. The project was designed to empower drug users and new psychoactive substance users to find employment in their environment. At the same time, the focus is on the health and social rehabilitation of drug users and new psychoactive substance users (Medved & Bregar, 2019). In addition to CZOPD UPK Ljubljana, several governmental and non-governmental organizations are involved in the Mobile Units Network (Ministry of Health, 2019) that work in mobile units in the field of harm reduction (Zdrava pot, Svit, Stigma, Socio, Šent), of prevention/social rehabilitation in a mobile unit (Projekt Človek), of substitutional treatment in a mobile clinic (ZD Slovenj Gradec, ZD Ptuj) and of substance testing in a mobile laboratory (DrogArt).

Drug addicts face not only problems related to the disease itself, but are often also exposed to negative responses from the environment, social rejection and discrimination (Ronzani, Higgins-Biddle & Furtado, 2009). Home visits (tailored to the population of our users), set up under the Assertive Community Treatment (ACT) model of Community Psychiatric Care, are one of the most recent activities. In this way we interact with users outside the institution, in their home environment (Medved & Bregar, 2019). Jerič (2011) cites an example of how a team of health workers from the University Psychiatric Clinic Ljubljana went on a professional exchange to Luton and Cambridge in England in 2005 in order to get to know the community psychiatry they perform there. This expert exchange marked the beginnings of community psychiatric treatment in Slovenia and the implementation of the ACT model in our environment.

One of the criteria for inclusion in community psychiatric treatment is the presence of associated problems, which include substance abuse, but it focuses more on severe mental disorders and less on addiction (Jerič, 2011). Švab (2012) cites a definition of community-based treatment that states it is an organization of mental health services that provides effective treatment for people with mental disorders for a

defined population group in accordance with their needs. Among the great variety of human needs, the easiest way to orient ourselves is to consider all human dimensions. Ramovš (2010) describes a six-dimensional anthropohygienic image of man, which gives the following distribution of needs:

- In the physical or biophysical dimension, the basic needs are to maintain oneself (the need for growth, health, food and liquid, heat, movement and rest, etc.) and to preserve the human species (reproduction, child care, etc.);
- The mental or psychological dimension contains the need for information, pleasure, security, validity, etc.;
- In the spiritual or noogenic dimension, there is the need for freedom, responsibility and orientation;
- In the human-social dimension, there is a need for basic interhuman relations and functional relationships, for one's own reputation in society, for the proper organization of society and for order within it;
- In the existential dimension, however, humans have a very strong will to perceive (Frankl, 1994), that is, the need to experience the meaning of the moment in which they are living or of the situation which they are in, to experience the meaning of particular periods in their lives and also the need to experience the meaning of human history.

More and more people are experiencing internal, personal distress in the form of an existential crisis and a crisis of meaning. This kind of problem is perceived at all levels of human activity and manifests itself inwardly (personal, living dimension) and outwardly (social, economic dimension) (Kristovič, 2013). The research sought to identify the most common problems of substance users identified by community health professionals.

The sample included a graduate nurse, a medical doctor, a university social worker, and two graduate occupational therapists. Thus, these experts are employed in various fields where they come into daily contact with persons who are actively consuming or who have been using illicit drugs. Four experts are effectively implementing the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances", and one expert has been actively conducting group psychiatric treatment for many years. In order to understand the role of community treatment in changing the lifestyle of users addicted to illicit drugs, five healthcare providers, three women and two men, were involved in the research.

The research focused on the problems of users or patients involved in mobile units and community psychiatric treatment and, according to the statements of the five experts who work with them, revealed thirty-four codes from which six categories/dimensions were formed. In the physical or biophysical dimension, experts observe that users have poor eating habits, often resulting in cachexia or obesity. Even the structure of their day (work, leisure) is very poorly organized, so there are often problems with slips and relapses and the inability to stop consuming psychoactive substances, which causes physical health problems (crises, overdoses, organ failure, etc.). In the mental or psychological dimension, professionals observe that users have difficulty commu-

nicating with professionals, are less involved in the healing process, and have low self-esteem. Users with associated comorbid disorders often have difficulty adhering to the prescribed psychiatric therapy, as they often forget to take their medication, which leads to a worsening of the disease and usually to hospitalization. In the spiritual or noogenic dimension, experts often observe that parents are often a big burden for the users, trying to take away all their freedom and responsibility for their life decisions. Experts have also observed self-stigmatization, unemployment, passivity, scraping by, a distrust of their abilities and the commission of criminal acts. In the interhuman dimension, experts have observed the dysfunctionality of the users' families, and the problems users have in dealing with their parents, neighbours and other relatives. Many users have poor living conditions and social status, are socially excluded and isolated. In the historical-cultural dimension, experts have observed that users often have difficulty moving away from the established patterns of behaviour and bad habits. Many users have problems in the employment field. Experts have observed that users with associated comorbid disorders have problems with their daily tasks. In the existential dimension, professionals most often observe that users lose their jobs simply because they no longer like working and no longer see the point in working. They also experience difficulties in functioning in the home environment, low motivation for change, and problems with controlling their craving for psychoactive substances.

Based on the above-mentioned problems classified into six human dimensions, we can make an individualized comprehensive treatment plan for the user or patient. The implementation and adaptation of the plan are reviewed every three months (Lipovec, 2015). The team consists of a psychiatrist, a nurse practitioner, a university social worker and an occupational therapist (Medved and Bregar, 2019). In the treatment, the emphasis is on the patient's independence and on educating the patient and his or her relatives if they are involved in the treatment (Kalabić, 2017). Good results can only be expected if the user is actively involved, which in turn requires a respectful attitude towards the individual, his/her active participation in the planning of the treatment, and mutual honouring of the agreements reached (Žajdela, 2011).

In their work with users involved in mobile units and community psychiatric treatment, experts have noted that users have problems in all six dimensions. Above all, in the mental or psychological dimension, and in the human-social, historical-cultural and existential dimensions. Observed to a lesser extent, but more pronounced when present, are problems in the physical or biophysical and spiritual or noogenic dimensions. The articles of various authors show that the needs of persons with mental disorders are expressed in the field of basic life activities, i.e. in the field of nursing. In terms of content, they refer to the physical and psychosocial functioning and quality of life in the narrow domestic and wider social environment of an individual (Škerbinek, 1998; Sedlar, 2002; Švab, 2012; Kramar Zupan, 2013). In users who were consuming psychoactive substances for many years and have just achieved abstinence, a decline in behavioural and cognitive functions is still largely present (Makovec, 2013). The functioning of persons with mental disorders or addictions to psychoactive substances in their environment is reduced and limited due to the great stigmatization of soci-

ety and self-stigmatization, which in turn leads to loneliness and social exclusion; consequently, such situations can lead to death (Cvahte, 2004; Nolimal, 2013; Feeg, 2014; Kadenšek & Bregar, 2017).

Drug abuse treatment is a holistic, time-consuming and often unsuccessful process; however, there have been successful cases of users being abstinent for many years (The Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health, 2017).

The limitations of the survey are seen in the low number of experts interviewed and in the short duration of the project "Mobile Units for the Health Rehabilitation of Users of Illicit Drugs and New Psychoactive Substances". Moreover, four experts are new to this kind of work and may not have evaluated all the problems that users face in their environment and/or may not have noticed them over such a short time. However, we believe that the project was accepted well and, so far, we have received good reactions to our work. We believe that further research in this area will be needed and that it should also include more interviewed experts.

LITERATURA

1. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and reasearch design: choosing among five approaches* (3rd edition). University of Nebraska, Lincoln: SAGE Publication.
2. Cvahte, B. (2004). Realnost človeških stisk v pobudah varuhu človekovih pravic. V: Gornik, J. (ur.). *Zbornik 1. posveta na temo revščina in socialna izključenost oziroma vključenost*. Ljubljana: Urad RS za mladino in Mladinski svet Slovenije, str. 111–115.
3. Feeg, V. D., Prager, L. S., Moylan, L. B., Smith, K. M. and Cullinan, M. (2014). Predictors of mental illness stigma and attitudes among college students: using vignettes from a campus common reading program. *Issues in mental health nursing*, 35, št. 9, str. 694–703.
4. Frankl, E. V. (1994). *Zdravnik in duša*. Celje: Mohorjeva družba (prevod knjige: *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Wien: Franz Deuticke).
5. Go, F., Dykeman, M., Santos, J. and Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance treatment: A systematic review of nurse's role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18, št. 1, 17–27. Pridobljeno dne 6. 8. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01628.x>.
6. Hsieh, H. F. and Shannon, E. S. (1 November 2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <http://C:/Users/38651/AppData/Local/Temp/QualHealthRes-2005-Hsieh-1277-88.pdf>.
7. Jerič, A. (2011). Razvoj programa skupnostne psihiatrične obravnave po ACT modelu v Psihiatrični kliniki Ljubljana. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 7–10.
8. Kadenšek, K. and Bregar, B. (2017). Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog. *Obzornik zdravstvene nege*, 51, št. 2, str. 124–133.
9. Kalabić, A. (2017). Vloga medicinske sestre v skupnostni psihiatrični obrnavi pri pacientu z hudo in ponavljajočo se duševno motnjo (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
10. Kent, A. and Burns, T. (2005). Assertive community treatment in UK practice: revisiting. setting up an Assertive Community Treatment team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, št. 6, 388–397.

11. Kostnapfel Rihtar, T. and Švab, I. (2013). Tvegano vedenje uživalcev prepovedanih drog na potovanju. *Zdravniški vestnik*, 82, št. 7, str. 458–465.
12. Kramar Zupan, M. (2013). Skupnostna psihiatrična obravnava kot multidisciplinarni timi v osnovnem zdravstvu. V: Filej, B. (ur.). *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, str. 179.
13. Kristovič, S. (2013). Bivanjska varnost in duhovnost z vidika logoterapije. *Bogoslovni vestnik*, 73 št. 4, str. 625–637. Pridobljeno dne 5. 5. 2019 s spletne strani: <http://www.teof.uni-lj.si/uploads/File/BV/BV%202013%204/BV-73-4-Kristovic.pdf>.
14. Lipovec, A. (2015). Pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni. V: Lončnar, D. (ur.). *Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III* (str. 29–30). *Dolenjske Toplice: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji*.
15. Makovec, M. (2013). Odvisnost od psihoaktivnih snovi. V: Pregelj, P., Kores Plesničar, B., Tomori, M., Zalar, B. and Zihrel, S. (ur.). *Psihiatrija*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika, str. 164–194.
16. Medved, R. and Bregar, B. (2019). Izkušnje z delom v mobilni enoti za zdravstveno rehabilitacijo uporabnikov prepovedanih drog in novih psihoaktivnih substanc. V: Kastelic, A. and Kostnapfel, T. (ur.). *7. slovenska konferenca o zdravljenju odvisnosti in 8. slovenski simpozij o okužbi z virusom hepatitisa C pri osebah, ki jemljejo droge. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Prohealth, str. 38.
17. Ministrstvo za zdravje (2019). *Mreža mobilnih enot*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno dne 27. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/preprecevanje_tveganih_vedenj_in_zasvojenosti_tobak_in_povezani_izdelki_alkohol_droge/prepovedane_droge/mreza_mobilnih_enot/.
18. Nolimal, D. (10. 1. 2013). Ja, kriza vpliva na vaše zdravje. *Mladina*, 2. Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.mladina.si/119509/ja-kriza-vpliva-na-vase-zdravje/>.
19. Polit, D. F. and Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
20. Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
21. Ramovš, J. (2010). *Gerontologija*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka. Pridobljeno dne 5. 8. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/gerontologija/slovar/1043.html>.
22. *Resolucija o Nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014-2020 (ReNPPD14-20)*. (2014). Uradni list RS, št. 98/99 in 2/04 – ZPNNVSM, Uradni list RS, št. 92/07 – uradno prečiščeno besedilo, 105/10 in 80/13. (2. 4. 2014). Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/9142/Ministry%20of%20Health%2C%20Ministry%20of%20Interior%2C%20Slovenia%20%282014%29%20Slovenia%E2%80%99s%20National%20Programme%20on%20Illicit%20Drugs%202014-20.pdf>.
23. Ronzani, T. M., Higgins - Biddle, J. and Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science & medicine*, 69, št. 7, str. 1080–1084. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>.
24. Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods: whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing and Health*, 23, št. 334–340. Pridobljeno dne 19. 3. 2019 s svetovnega spleta <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.4974&rep=rep1&type=pdf>.
25. Sedlar, T. (2002). Dolgoročne strategije razvoja zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. *Obzornik zdravstvene nege*, 36, št. 3, str. 143–151.
26. Snowden, A. (2010). Integrating medicines management into mental health nursing in UK. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24, št. 3, str. 178–188.
27. Sušnik, V. (2011). *Delovni terapevt v skupnostni psihiatrični obravnavi*. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 67–72.

28. Škerbinek, L. (1998). Pasti psihiatrične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 32, št. 5–6, str. 181–183.
29. Švab, V. (2012). Skupnostna psihiatrija. Ljubljana: V. Švab, 2012. Pridobljeno dne 11. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf.
30. The commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. (2017). National Drug Strategy 2017-2026. Canberra: Department of Health. (18. 9. 2017). Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.hcasa.asn.au/documents/555-national-drug-strategy-2017-2026/file>.
31. Van Veldhuizen, J. R. and Bähler, M. (2013). Manual Flexible Assertive Community Treatment. Groningen: Addiction Care Northern Netherlands. Pridobljeno dne 6. 8. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.eaof.org/factmanual.pdf>.
32. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
33. Wang, T. R., Moosa, S., Dallapiazza R. F., Elias J. W. and Lynch W. J. (2018). Deep brain stimulation for the treatment of drug addiction. *Neurosurg Focus*, 45, št. 2, str. 1–10. Pridobljeno dne 5. 5. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.3171/2018.5.FOCUS18163>.
34. Zhuang, S. M., An, S. H. and Zhao, Y. (2014). Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroindependent individuals in detoxification: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 23, št. 9–10, str. 1239–1248. Pridobljeno dne 14. 4. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1111/jocn.12287> PMID:23845099.
35. Žajdela, B. (2011). Vloga socialnega delavca – skupnostna psihiatrična obravnava. V: Bregar, B. in Peterka Novak, J. (ur.). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 61–66.

Ustreznost uporabe besednih zvez »dajanje« ali »nudenje« prve pomoči

Prejeto 9. 8. 2019 / Sprejeto 5. 11. 2019

Strokovni članek

UDK 614.88+81'373.46

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena oskrba, dati/jati/prvo pomoč, strokovna terminologija

POVZETEK – Prva pomoč je takojšnja zdravstvena oskrba, ki jo dobi poškodovanec ali nenadno oboleli na kraju dogodka. Opravljena mora biti čim prej, tudi s preprostimi in improviziranimi pripomočki. Izvajamo jo, vse dokler ni omogočeno strokovno zdravljenje. Ljudje so si v zdravstvenih težavah skušali pomagati že od nekdaj, zamisel o prvi pomoči in uporaba tega pojma pa se pojavita v 19. stoletju ob industrijskih nesrečah in vojnih poškodbah. V prispevku obravnavamo pogostnost uporabe besednih zvez da(ja)ti in nuditi prvo pomoč ter njuno pomensko različnost. V raziskavi smo pojavnost ugotavljali s pomočjo spletnih iskalnikov Google in Google Učelnjak ter Digitalne knjižnice Slovenije. Ugotovili smo, da sta raziskovani besedni zvezi pomensko identično sestavljeni semantični enoti. Ob tem opozarjamo, da je zaradi nedvoumnosti v strokovni komunikaciji zaželeno za določen pojem uporabljati le en termin, kar velja tudi za besedne zveze. Enotna strokovna terminologija je nujna za ustrezno izobraževanje, raziskovanje in komuniciranje. Strokovna terminologija je živ organizem, ki se nenehno dopolnjuje, nadgrajuje in bogati, pri tem je nujno sodelovanje strokovnjakov z različnih področij.

Received 9. 8. 2019 / Accepted 5. 11. 2019

Professional article

UDC 614.88+81'373.46

KEY WORDS: first aid, give, offer, perform, professional terminology

ABSTRACT – First aid is immediate medical care given to any person suffering from a serious and sudden illness or injury before professional medical help is available. It includes initial intervention using, if necessary, simple and improvised equipment. First aid in the modern sense began to develop in the 19th century as an indirect result of industrial progress and war injuries. The article discusses the frequency of the use of verbs in conjunction with the phrase 'first aid' and their possible different interpretations. The data were searched via the search engines Google and Google Scholar and on the Digital Library of Slovenia portal. It was established that the above collocations present semantically identical units and as such the choice of either phrase does not hinder the intended meaning. It should, however, be emphasized that unified and standardized terminology is necessary in order to avoid misunderstandings in education, research and communication. Professional terminology is a living organism which is constantly evolving and expanding, and in the realm of which the cooperation of relevant professionals is of utmost importance.

1 Uvod

Modernizacija, ki je v 19. stoletju spodbudila družbeni napredek, je hkrati prinesla nove probleme. Poleg industrijskih nesreč so bile to tudi vojne s številnimi poškodbanci, zaradi uporabe novih oblik orožja pa tudi z novimi vrstami poškodb (zlasti glave). Vendar so prav izkušnje z oskrbo ranjencev na bojiščih pomembno pripomogle k napredku prve pomoči, in sicer na področju triaže, oskrbe ran in transporta ter pri zaščiti pred poškodbami (npr. uporaba jeklene čelade, plinske maske) (Milčinski, 1972; Chung, 2001; Priolcar, 2012). Med vojnimi spopadi ima v zvezi z razvojem prve pomoči posebno mesto bitka pri Solferinu, ki je spodbudila ustanovitev Rdečega

križa, razvoj organizirane prve pomoči ter mednarodnega humanitarnega prava (Kalinšek, 1987; Dunant, 2006; Haug, 2006). Vendar pa je bilo veliko pobud, da bi omilili trpljenje ranjenih vojakov na bojiščih, že pred nastankom Rdečega križa leta 1864 (Žnidaršič, 1988).

Ljudje so si v zdravstvenih težavah skušali pomagati že od nekdaj. Zamisel o prvi pomoči in uporabo pojma v angleškem jeziku pa je leta 1878 uvedel vodja vojaških kirurgov Peter Shepherd (Pearn, 2012); sprva so jo imenovali prva oskrba (angl. first treatment) in ljudska pomoč (angl. National Aid) (Priolcar, 2012). V slovenski literaturi najdemo eno prvih navedb termina prva pomoč v delih Kratek navod o prvi pomoči pri nezgodah (Valenta, 1886) in Postrežba bolnikov (Homan, 1899). Da je Homan eden prvih, ki je v slovenskem prostoru uporabil pojem prva pomoč, je opozoril že Košir (2008). Homan (1899) uporabi besedno zvezo »prva pomoč« v naslovu poglavja III: Prva pomoč v sili. V uvodnem odstavku piše: »Na deželi se dostikrat primerjajo nesreče in bolezni, pri katerih je treba hitre pomoči, da se ohrani zdravje ali celó življenje. Mogoče je veliko storiti, če je o pravem času pri roki zvedena in izkušena pomoč. Zgodi se pa večkrat, da je zdravnik oddaljen, in v prvi sili pridejo pomagat in svete dajat popolnoma nepoučeni ljudje, ki se izkušene in zvedene delajo in z napačno pomočjo le škodujejo; pri tem pa odlašajo in odlašajo, in predno pošljejo po zdravnika, je večkrat vse zamujeno«.

Derganc (1947) je v svoji prvi izdaji knjige Prva pomoč že kar v prvem stavku zapisal: »Nuditi prvo pomoč pomeni v prvi vrsti pomagati človeku, ki je v življenjsko nevarnem stanju« in prvo pomoč opredelil kot zasilen, začasen ukrep, ki v svojem bistvu pomeni »prvo in včasih najvažnejšo stopnjo zdravljenja«. Avtor je definicijo dopolnil v tretji izdaji (Derganc, 1969): »Čimprejšnjo koristno zdravstveno oskrbo poškodovanega ali obolelega človeka imenujemo prva pomoč. Znati jo moramo dati takoj in brez posebnih priprav na kraju dogodka, preden pride zdravnik ali strokovna pomoč ali preden moremo izročiti poškodovanca ali bolnika v varstvo poklicnih zdravstvenih delavcev in bolnišnice«. Izpopolnjeno definicijo prve pomoči najdemo v članku Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje, objavljenem v Obzorniku zdravstvene nege že leta 1972: »Prva pomoč je neposredna zdravstvena oskrba, ki jo dobi poškodovanec ali nenadno oboleli na kraju dogodka in čimprej po dogodku, ki je opravljena z enostavnimi pripomočki in z improvizacijo, všteti improvizirani transport, in ki traja toliko časa, dokler ne prispe strokovna pomoč ali dokler z bolnikom ne dosežemo ustrezne strokovne pomoči« (Milčinski, 1972). To posodobljeno definicijo, ki pa v bistvu temelji na njegovih prejšnjih, je povzel tudi Derganc, vanjo pa je vključil še etični, moralni in ekonomski vidik prve pomoči in poudaril, da dajanje prve pomoči ni le izkaz človeške solidarnosti in moralna dolžnost do sočloveka, ampak sočasno eden najpomembnejših segmentov zdravstvenega varstva (Derganc, 1982).

V nekaterih drugih virih najdemo sorodne definicije prve pomoči:

1. »Prva pomoč je neposredna in takojšnja zdravstvena oskrba poškodovanega, nenadno obolelega ali zastrupljenega na kraju dogodka, kar je državljanska in moralna dolžnost (posameznika).« (Slovenski medicinski e-slovar, 2019)

2. »Prva pomoč (obsega) najnujnejša zdravstvena opravila pri poškodovanih ali nenadoma obolelih, preden je mogoče normalno zdravljenje.« (SSKJ, 2014)
3. »Prvo pomoč opredeljujemo kot pripravljenost nuditi pomoč in kot začetna oskrba ob akutni bolezni ali poškodbi. Prvo pomoč lahko nudi kdor koli v kakršni koli situaciji.« (Gradišek in sod., 2015)

Prva pomoč se je na našem ozemlju že zgodaj pojavila kot predmet z zakonom predpisane obveznosti in ob opustitvi nudenja oz. dajanja tudi kot predmet kazenske odgovornosti (Balažic, 2006). Dajalec prve pomoči je tisti, ki je usposobljen za dajanje prve pomoči: je sposoben prepoznati, oceniti in določiti prioritete oskrbe, s svojim znanjem izvesti ustrezne ukrepe, v konkretnih okoliščinah tudi prepoznati omejitve prve pomoči ter poiskati dodatno (strokovno) pomoč, kadar je ta potrebna (Gradišek in sod., 2015). Prva pomoč ne sme biti nadomestilo za posredovanje ekipe nujne medicinske pomoči, je pa pogoj, da do zagotovitve strokovne zdravstvene oskrbe sploh pride. Prva pomoč praviloma traja, dokler poškodovani, nenadoma zboleli ali zastrupljeni ne dobi medicinske oskrbe, zato prva pomoč obsega tudi improviziran transport (Derganc, 1994).

1.2 Namen

Namen prispevka je predstaviti ustreznost uporabe besednih zvez »dajanje« in/ali »nudenje« prve pomoči. Pri raziskovanju se nam je najprej pojavila dilema, ali je sploh pomembno, kako poimenujemo samo dejavnost prve pomoči, če je njen cilj ohranjati življenje, preprečiti poslabšanje zdravstvenega stanja ali pospešiti zdravljenje? Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

1. Katera besedna zveza se pogosteje uporablja v slovenskem jeziku v besedilih, ki so dostopna na svetovnem spletu: dati prvo pomoč ali nuditi prvo pomoč?
2. Katere so morebitne razlike pri uporabi besednih zvez dati prvo pomoč in nuditi prvo pomoč glede na tip časopisja (obče, znanstveno)?

2 Metode

Za primerjavo pogostosti uporabe omenjenih besednih zvez smo za izhodišče vzeli njihovo pojavnost v spletnih iskalnikih Google in Google Učenjak ter v Digitalni knjižnici Slovenije (DLIB, 2019). Poleg zvez z glagoli v nedoločniških oblikah smo v iskanje vključili tudi vse osebne glagolske oblike (npr. dajem/dam/nudim; dajemo/damo/nudimo), deležniške oblike (npr. dal/dajal/nudil; dala/dajala/nudila) ter njihove glagolniške oblike (dajanje; nudenje).

3 Rezultati

Dobljeni rezultati kažejo, da se vse preučevane besedne zveze uporabljajo v vseh vrstah zapisanih besedil. Številčno pomembne razlike pa se kažejo med uporabo besednih zvez dati/dajati prvo pomoč in nuditi prvo pomoč (tabela 1).

Tabela 1: Primerjava pogostosti uporabe iskanih besednih zvez v slovenskih besedilih v spletnih iskalnikih Google in Google Učenjak ter v Digitalni knjižnici Slovenije

<i>Število virov z navedbo besednih zvez v celotnem besedilu v slovenskem jeziku</i>				
<i>Besedna zveza</i>	<i>Google</i>	<i>Google Učenjak</i>	<i>Digitalna knjižnica Slovenije</i>	
			<i>Časopisje</i>	<i>Znanstveno časopisje</i>
Dajanje	13811	33	1461	74
Nudenje	79728	236	11552	298

Kolokacija prva pomoč z glagolom nuditi se v celotnem številu pojavlja 5,8 krat bolj pogosto kot z glagoloma dati in dajati (vir: Google). Prav tako se sedemkrat pogosteje pojavlja kolokacija z glagolom nuditi v spletnem iskalniku Google Učenjak, ki vključuje večino spletnih recenziranih znanstvenih revij in knjig, konferenčnih gradiv, disertacij, povzetkov, in druge znanstvene literature, vključno s patenti in citati. Digitalna knjižnica Slovenije je omogočila iskanje in primerjavo rabe raziskovanih besednih zvez tudi ločeno glede na časopisje in znanstveno časopisje, skupaj s knjigami, raziskovalnimi projekti, programi in visokošolskimi deli. Tudi ta vir potrjuje, da je besedna zveza nuditi prvo pomoč pomembno pogosteje rabljena, tako v časopisju kot tudi v strokovni literaturi, in to v podobnem razmerju kot kažejo rezultati v Google Učenjaku.

4 Razprava

Vir za izhodišče razprave je Slovar slovenskega knjižnega jezika. Slednji v danem primeru ne izpostavlja semantičnih razlik med glagoloma dajati oz. nuditi, opominja pa, da je glagol nuditi pogosteje rabljen publicistično, tj. značilno za dnevni in revialni tisk ter za druge oblike javnega sporočanja (SSKJ, 2014). Rezultati naše raziskave potrjujejo to trditev, kar bomo razčlenili še v nadaljevanju. Ob tem želimo opozoriti na rabo glagola v besedni zvezi ponuditi prvo pomoč, katerega semantično polje pa je popolnoma drugačno, saj lahko oboleli ali poškodovanec prvo pomoč sprejme ali zavrne. Torej nuditi prvo pomoč ne pomeni, da prvo pomoč ponujamo, dajemo na voljo ali razpolago, kot bi lahko ta isti glagol razumeli v drugih kontekstih. Nuditi prvo pomoč ni identično nudenju storitev ali oglaševanju, na primer, kaj je na voljo. V oglaševanju je ta glagol zelo pogost (nudimo malice in kosila, nudimo najem strojev, nudimo storitve). V zvezi nuditi prvo pomoč sta po našem mnenju zajeta oba pomena, tako za posameznikovo usposobljenost izvajanja prve pomoči kot tudi izvajanje samo.

Zaradi nedvoumnosti je v strokovni komunikaciji zaželeno, da se za določen pojem praviloma uporablja le en termin (Felber, 1984; Humar, 2009; Žagar Karer, 2018). To velja tudi za besedne zveze, saj naj bi besedo spoznali po tem, s kom se družijo. V danem primeru ni bilo težko ugotoviti in potrditi, da gre za popolno sinonimijo. Kolokacije dati, dajati in nuditi v isti besedni zvezi (prva pomoč) imajo popolnoma enak pomen in imajo možnost nadomestitve oziroma so zamenljive. Oba sopomenska termina dati in nuditi sta v zvezi prva pomoč pomensko prekrivna, sta dejansko sopomenki, čeprav nista enakovredno uveljavljeni v stroki in splošnem jeziku. Isto velja tudi za glagolniške oblike dajanje in nudenje prve pomoči. Na osnovi pregleda literature se besedna zveza nuditi prvo pomoč pojavlja bistveno pogosteje kot kolokacija z glagoloma dati, dajati ne glede na vrste besedila. Glede na pomen bi težko določali, katera je prednostna in katera je neprednostna sopomenska besedna zveza in katera je strokovno in jezikovno primernejša. Uporabniki se verjetno odločajo med možnostma z ozirom na osebni jezikovni občutek, neodvisno od konteksta situacije. Izmenično rabo ene in druge besedne zveze tako lahko ponazorimo tudi s primerom iz Uradnega lista RS, ki že v 1. členu Pravilnika o opremi in sredstvih za dajanje prve pomoči, usposabljanju in preizkusih iz prve pomoči ter zdravniških pregledih reševalcev iz vode (Uradni list RS, št. 70/2003) uporabi obe zvezi brez pomenske distinkcije. »Ta pravilnik določa opremo in sredstva za dajanje prve pomoči, program usposabljanja za nudenje prve pomoči, obseg preizkusa usposobljenosti za nudenje prve pomoči, obseg zdravniškega pregleda reševalca iz vode, pogoje za izvajanje programa preizkusa usposobljenosti za nudenje prve pomoči in opravljanje zdravniških pregledov.«

Nujno poenotenje strokovne terminologije je razumljivo, vendar so nekateri jezikovni puristi pri odločanju, ali je ustreznejše oz. bolj pravilno uporabljati besedno zvezo nuditi ali dati, dajati prvo pomoč, po naši oceni, ponekod prešli meje smiselnega. Pri presojanju o ustreznijšem izboru med variantnimi besednimi zvezami ali dvojnicami je pregled literature potrdil naša predvidevanja, da izbira ene ali druge besedne zveze nima nikakršnega vpliva na način ali postopke prve pomoči, ki jo izvajamo pri nenadno obolem, zastrupljencu ali poškodovancu.

Podobno najdemo tudi v drugih jezikih variantne sopomenske zveze, katerih pogostnosti pojavljanja nismo raziskovali. Pri terminološki sopomenskosti gre za dve ali več poimenovanj za isti pojem, katerih pomeni so v celoti prekrivni, ne da bi se razločevali v kateri koli pomenski sestavini, kar pomeni, da gre za dejansko sopomenskost (Košmrlj Levačič, 2007).

V angleškem jeziku se uporablja celo več različnih glagolov v besednih zvezah s terminom prva pomoč (first aid): give first aid; offer first aid; deliver first aid; administer first aid; perform first aid; provide first aid.

V francoskem jeziku je pestrost izbire še večja: apporter les premiers secours; donner les premiers secours; porter les premiers secours; administrer les premiers secours; dispenser les premiers secours; délivrer les premiers secours.

Pri tem pa želimo vseeno še enkrat opozoriti na pomembnost in utemeljenost enotne/poenotene strokovne terminologije (ang. uniform, unified, standardized terminology). Strokovni termini so običajno vezani na eno stroko ali pa imajo v specifični

stroki specifičen pomen. Značilnost strokovnih terminov je, da so izrazno ustaljeni, pomensko jasno določeni in zamejeni (Cabr e, 2003). McCloskey in sodelavci (1990) so na primer  e zelo zgodaj izpostavljali nujnost enotne terminologije v vseh fazah procesa zdravstvene nege, v razvoju stroke in pri delu v praksi. Enotna terminologija na področju zdravstvenih ved omogoča enotno razumevanje ključnih terminov/pojmov pri načrtovanju in izvajanju storitev, komunikaciji o zdravstvenih problemih pacientov s sodelavci, ter jasno, konsistentno, natančno in nemoteno komunikacijo med vsemi deležniki - upravljavci zdravstvenega sistema, izvajalci in prejemniki zdravstvenih storitev. Jasna opredelitev in enotno razumevanje pojmov je pomembno orodje in temelj uspešnega dokumentiranja, še posebej v elektronskih zapisih (Prevolnik Rupel in sod., 2014).

Enotna terminologija je nepogrešljiva na področju izobraževanja, sistematičnega raziskovanja, zbiranja, primerjanja in analiziranja ter prenosa raziskovalnih izsledkov v prakso in ne nazadnje tudi za usklajeno oblikovanje standardov in vodenja kakovosti, varnosti, financiranja, ekonomike zdravstva, zdravstvene politike in zakonodaje (Daly in sod., 1995; Prevolnik Rupel in sod., 2014). Strokovna terminologija je  iv organizem, ki se s hitrim razvojem znanosti in z novimi spoznanji nujno razvija, bogati, posodablja, dograjuje in izboljšuje. Pri tem sodelujejo strokovnjaki s potrebnim teoretičnim strokovnim znanjem in izkušnjami.

5 Sklep

Naša razmišljanja lahko zaključimo z ugotovitvijo, da je za učinkovito sporazumevanje jezik stroke treba očistiti različnega poimenovanja istih stvari ali pa enakega pojmovanja različnih stvari, zastarelih pojmov in sprejeti jasne definicije novih. Vendar bi želeli opozoriti, da je to proces, dozorevanje, kjer pa zahajanje v ekstreme prav tako ni smiselno. V primeru, ki ga obravnavamo (dati, dajati ali nuditi prvo pomoč) gre za kolokacije – pomensko identične sestavljene semantične enote, ki so le pogojno fiksne, drugače kot je na primer pri kolokaciji vrh ledene gore, kjer ne moremo nadomestiti nobene izmed besed v zvezi (npr. vrh ledene dobe) . Razprava o tem vprašanju nas spominja na dilemo Franceta Prešerna »Al prav se piše kaša ali kasha« (Prešeren, 1902), ki na okus jedi nima nikakršnega posebnega vpliva, prav tako kot je prejemniku prve pomoči popolnoma vseeno, ali mu jo dajejo ali nudijo, le da izvajalci poznajo prave postopke in da je pomoč uspešna.

Tina Levec, Damjan Slabe, PhD

To “Give” or to “Offer” First Aid: Which Collocation is More Appropriate?

The rapid scientific and technological advances in the 19th century, which prompted significant development in several areas of life, simultaneously generated some new problems. The new types of wounds caused by numerous industrial accidents and new weapons of war necessitated new approaches and techniques, especially in the treatment of head injuries. Paradoxically, the experiences with such casualties on the battlefields significantly enhanced the development of first aid in the approaches to triage, wound treatment, transport of the injured, and protective devices, such as helmets and gas masks (Milčinski, 1972; Chung, 2001; Priolcar, 2012).

As early as in 1878, the concept of first aid was conceived by Peter Shepherd (Pearn, 2012), the leading war surgeon, who also introduced a new term into the English language. At the beginning these services were called ‘the first treatment’ and the ‘National Aid’ (Priolcar, 2012). In the Slovenian literature, first aid was mentioned for the first time by Valenta in 1886 (Kratek navod o prvi pomoči pri nezgodah) and by Homan in 1899 (Postrežba bolnikov).

When publishing professional articles, authors are often faced with the dilemma which of the available terms or phrases would better serve the desired purpose. In the field of first aid no consensus has been reached among professionals and the interested public as to which verb to use in collocation with ‘first aid’. The corpus search shows that the phrases ‘dati’, ‘dajati prvo pomoč’ (give, giving first aid) and ‘nuditi prvo pomoč’ (offer first aid) are the two most commonly used phrases in the Slovenian language. Accordingly, the following two research questions were put forward:

- *Which of the two phrases is more frequently used in the texts available on the Internet?*
- *Are there any significant differences in the use of the two phrases by the type of publication (general, scientific, etc.)?*

In order to determine and compare the frequency of occurrence of the two phrases, we searched the web using Google Search, Google Scholar and the Digital Library of Slovenia (DLIB, 2019). Along with the infinitival verb forms, the keywords also included all the personal forms of the verbs (e.g. dajem/dam/nudim – I give/give/offer; dajemo/damo/nudimo – we give/give/offer), the participial forms (e.g. dal/dajal/nudil – given/giving/offered, offering; dala/dajala/nudila – given/giving/offered, offering) and gerundial forms (e.g. dajanje – giving; nudenje – offering).

According to the search findings, all the studied collocations are used in all types of publications. However, significant differences were established in the use of ‘dati/dajati prvo pomoč’ (give/giving first aid) and ‘nuditi prvo pomoč’ (offer first aid).

The collocation ‘prva pomoč’ (first aid) with the verb ‘nuditi’ (offer) occurs 5.8 times more frequently than with the verbs ‘dati’ (give) and ‘dajati’ (giving) (source:

Google). Similarly, the collocation with 'nuditi' (offer) occurs seven times more frequently than with the verb 'dati' (give) or 'dajati' (giving) in Google Scholar, which includes the vast majority of the reviewed scientific journals and books, conference papers, doctoral theses, and other professional literature, including patents and references, published online. The Digital Library of Slovenia enabled the search and comparison of the frequency of the two phrases in separate sources, namely, in general and scientific papers as well as in research projects, undergraduate programmes and studies. The results obtained confirm that the use of the phrase 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) is significantly more common, both in newspapers and journals, and in professional literature. The frequency of use identified in this source is similar to the results obtained in Google Scholar.

The analysis and discussion of the results is based on the Dictionary of Standard Slovenian Language, which does not single out any semantic differences between the two phrases. However, the dictionary entry 'prva pomoč' (first aid) includes an observation that the collocation with the verb 'nuditi' (offer) belongs to the more journalistic style of writing, typically used in general daily newspapers, magazines and other forms of public reports (SSKJ, 2014). The results of the present study are in line with the above observation.

It is necessary to draw the readers' attention to the collocation of 'prva pomoč' (first aid) with the verb 'ponuditi' (offer), the semantic field of which differs from the two phrases discussed in the paper. It is important to note that the verb 'ponuditi' (offer) indicates the individual's choice of either accepting or rejecting the first aid offered. Contrarily, 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) does not mean that we offer the first aid in the sense of 'make it available', 'be at one's disposal', as this verb may be interpreted in other contexts. In advertising, this verb is very commonly used (e.g. we may offer snacks and lunch, machines for sale or rent, services).

According to the sources examined, the collocation 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) encompasses the meanings of a person's ability to perform first aid procedures as well as the performance itself.

In order to avoid any ambiguity which may cause confusion, it is recommended that in professional communication only one term is used to denote a specific phenomenon, object or activity (Felber, 1984). This applies also to the established phrases or collocations as the meaning of the word depends on the context and the purpose for which it is used. In the case of 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) and 'dajati prvo pomoč' (give first aid), it can be concluded that the two phrases are semantically equivalent. The verbs 'dati' (give), 'dajati' (give) and 'nuditi' (offer) in collocation with 'prva pomoč' (first aid) are completely synonymous and interchangeable. Both phrases are semantically overlapping even though there are significant differences in occurrence in general and professional literature. The same applies to the gerundial forms 'dajanje' (giving) and 'nudenje' (offering). The literature search shows that the phrase 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) is significantly more common than the collocation with the verb 'dati' (give), 'dajati' (give), as regards the type of publication. The semantic range of the two phrases or their boundaries from the perspective of

meaning do not determine the priority of one phrase in any circumstance. There is no established rule to state which phrase is more appropriate or on which occasion. The speakers or writers choose one or the other phrase according to their personal preference, independent of the context of use. There are instances where the two phrases are used interchangeably even in the same published source (e.g. *The Official Gazette of the Republic of Slovenia*, no. 70/2003).

Similar cases of various linguistic possibilities can be found also in other languages. In the English and French languages, there is even a greater diversity in the choice of verbs to express the same meaning (give first aid, offer first aid, deliver first aid, administer first aid, perform first aid, provide first aid; *apporter les premiers secours, donner les premiers secours, porter les premiers secours, administrer les premiers secours, dispenser les premiers secours, délivrer les premiers secours*). The study of the frequency and preference of use of these phrases was beyond the scope of the present article.

The importance of unified and standardized professional terminology cannot be overemphasized. A large number of words or word-groups belong to special scientific or professional terminological systems, which are not used or even understood by people outside the particular discipline. Typical of professional terms is that they convey concepts which are peculiar to a particular branch of knowledge (Cabr , 2003). Ideally, these terms are monosemantic, i.e. they have only one meaning and are not interchangeable with other words or word-groups. The use of monosemantic terms allows precision and promotes a common understanding and usage of concepts. Thus, professional communication is not hindered by potential misunderstandings occurring with polysemantic terms.

McCloske et al. (1990) were among the first to highlight the importance of standardized terminology in all phases of the nursing process, research, and nursing practice. Unified terminology in the field of health care is crucial in the planning and performance of services, as well as communication among the policy makers, providers and recipients of health care. It is an important tool for successful documentation, especially for electronic records (Prevolnik Rupel et al., 2014). Standardized and unified terminology is essential in the field of education, as well as systematic research and translation of knowledge into practice, the development of standards, quality control, health policy and legislation (Daly et al., 1995; Prevolnik Rupel et al., 2014).

Professional terminology is evolving like a living organism, accepting new terms and changing or expanding the semantic field of the existing terms, which is dictated by the rapid development of specific disciplines. The updating of professional terminology should be developed and agreed upon by the experts possessing the necessary theoretical knowledge and experience.

As unified terminology in professional disciplines is crucial for effective communication, users should be encouraged to avoid the non-standardized words or phrases. They should refrain from using polysemes which may cause misunderstanding and confusion. However, there are instances where the use of different terms or phrases poses no threat to effective communication, as was established also in our study. In

such cases, the choice of a specific term is subject to the type of publication, register and personal preferences of the writers/speakers. The phrases 'dati' (give), 'dajati' (give) or 'nuditi prvo pomoč' (offer first aid) are considered semantically synonymous units which are only conditionally fixed. In contrast, there is no such liberty of choice in the fixed phrases, such as 'the tip of the iceberg' where none of the elements can be replaced by another word (e.g. the tip of the ice age).

LITERATURA

1. Ahčan, U. (2006). Prva pomoč. Ljubljana, Rdeči križ Slovenije, str. 396.
2. Balažič, J. (2006). Pravni in etični vidiki prve pomoči. V: Ahčan U. (ur.). Prva pomoč. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, str. 3–4.
3. Cabré Castellví, M. T. (2003). Theories of terminology: their description, prescription and explanation. *Terminology*, 9, št. 2, str. 163–199. Pridobljeno dne 25. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1075/term.9.2.03cab>.
4. Chung, C. H. (2001). The evolution of emergency medicine. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 8, št. 2, str. 84–89.
5. Daly, J. M., Maas M. and Buckwalter, K. (1995). Use of standardized nursing diagnoses and interventions in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, št. 8, str. 29–36. Pridobljeno dne 30. 3. 2019 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19950801-09>.
6. Derganc, M. (1947). Prva pomoč. Priročnik za sanitejce in bolničarje. Ljubljana: Jugoslovanski Rdeči križ, Glavni odbor Slovenije.
7. Derganc, M. (1969). Osnove prve pomoči za vsakogar. Ljubljana: Jugoslovanski Rdeči križ, Republiški odbor Slovenije.
8. Derganc, M. (1982). Osnove prve pomoči za vsakogar. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
9. Derganc, M. (1994). Osnove prve pomoči za vsakogar. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
10. DLIB. (2019). Digitalna knjižnica Slovenije. Pridobljeno dne 25. 9. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.dlib.si/>.
11. Dunant, H. (2006). Spomini na Solferino. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
12. Felber, H. (1984). Terminology manual. Paris: Unesco, International Information Centre for Terminology.
13. Gradišek, P., Grošelj Grenc, M., Strdin Košir, A., Baznik, Š., Vlahović, D., Kaplan, P., Možina, H., Poredoš, P., Prosen, G., Vilman, J., Najdenov, P., Radšel, P., Markota, A., Fischinger, A., Grünfeld, M. and Zelinka, M. (2015). Smernice za oživljanje 2015 Evropskega sveta za reanimacijo. Slovenska izdaja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
14. Haug, H. (2006). Dunantove ideje – preizkus časa. V: Dunat, H. (ur.). Spomini na Solferino. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, str. 117–124.
15. Homan, A. (1899). Postrežba bolnikov. Celovec: Družba sv. Mohorja v Celovcu.
16. Humar, M. (2009). Sinonimija v slovenskih terminoloških slovarjih. V: Ledinek, N., Žagar Karer, M. and Humar, M. (ur.). Terminologija in sodobna terminografija. Ljubljana: Založba ZRC, Znanstvenoraziskovalni center SAZU, str. 75–95.
17. Kalinšek, I. (1987). Nujna medicinska pomoč. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
18. Košir, T. (2008). Dr. Alojzij Homan (1863-1922). Škofja Loka: Loški razgledi, 55, str. 121–137.
19. Košmrlj Levačič, B. (2007). O terminih z vidika terminografske prakse. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
20. McCloskey, J. C., Bulechek, G. M., Cohen, M. Z., Craft, M. J., Crossley, J. D., Denehy, J. A. and Tripp - Reimer, T. (1990). Classification of nursing interventions. *Journal of Professional Nursing*, 6, št. 3, str. 151–157. Pridobljeno dne 29. 3. 2019 s svetovnega spleta: [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(05\)80145-0](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(05)80145-0).

21. Milčinski, J. (1972). Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživljanje. Zdravstveni zbornik 6, št. 2, str. 65–73. Pridobljeno dne 25. 3. 2019 s svetovnega spleta: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=3856a380-ad0d-4cf79ee6-02ae1ad2ce91.
22. Pearn, J. (2012). »Where there is no doctor«: self-help and pre-hospital care in colonial Australia. Health and History, 14, št. 2, str. 162–180.
23. Pravilnik o opremi in sredstvih za dajanje prve pomoči, usposabljanju in preizkusih iz prve pomoči ter zdravniških pregledih reševalcev iz vode 2003. Uradni list RS, št. 70/2003). Pridobljeno dne 27. 3. 2019 s svetovnega spleta: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV3146>.
24. Prešeren, F. (1902). Prešernove poezije. V: Aškerc, A. (ur.). Ljubljana: L. Schwentner.
25. Prevolnik Rupel, V., Simčič, B. and Turk, E. (2014). Terminološki slovar izrazov v sistemu zdravstvenega varstva. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
26. Priolcar, X. (2012). First-aid at workplace-past, current and future. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 16, št. 1, str. 1–2.
27. Slovenski medicinski e-slovar. (2019). Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
28. SSKJ. (2014). Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni center SAZU. Pridobljeno dne 25. 9. 2019 s svetovnega spleta: <http://www.fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika>.
29. Valenta, A. (1886). Kratek navod o prvi pomoči pri nezgodah. Ljubljana: Kleinmayr & Bamberg.
30. Vlahovič, D. (2006). Pristop k poškodovancu ali nenadno obolelemu. V: Ahčan, U. (ur). Prva pomoč – priručnik s praktičnimi primeri. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, str. 21–31.
31. Žagar Karer, M. (2018). Upoštevanje terminoloških načel v terminografski praksi. Slavistična revija, 66, št. 2, str. 235–249. Ljubljana: Slavistično društvo Slovenije. Pridobljeno dne 26. 9. 2019 s svetovnega spleta: https://srl.si/sql_pdf/SRL_2018_2_09.pdf
32. Žnidaršič, I. (1988). Rdeči križ za humanizem, razvoj in mir. Ljubljana: ČGP Delo.

Tina Levec, profesorica angleškega jezika na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: tina.levrec@zf.uni-lj.si

Dr. Damjan Slabe, docent na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: damjan.slabe@zf.uni-lj.si



Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede *Faculty of health sciences*

- visokošolski strokovni študijski program
Zdravstvena nega
- visokošolski strokovni študijski program
Fizioterapija
- magistrski študijski program
Vzgoja in menedžment v zdravstvu
- magistrski študijski program
Integrirana zdravstvena in socialna oskrba
- magistrski študijski program
Zdravstvena nega
- doktorski študijski program
Edukacija in menedžment v zdravstvu

Vabljeni k vpisu!

NAVODILA AVTORJEM

Revija za zdravstvene vede objavlja znanstvene, strokovne in druge prispevke. Kategorijo prispevka predlaga avtor, končno presojo pa na osnovi strokovnih recenzij opravi uredništvo oziroma odgovorni urednik. Članki, ki so objavljeni, so recenzirani.

Avtorje prosimo, da pri pripravi znanstvenih in strokovnih člankov upoštevajo naslednja navodila:

1. Prispevke z vašimi podatki pošljite na naslov: Uredništvo JHS – Revija za zdravstvene vede, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenija. Prispevke sprejemamo tudi na elektronski naslov uredništva. Prispevek naj bo napisan z urejevalnikom besedil Microsoft Word. V primeru, da ga posredujete izključno v elektronski obliki, mora biti tudi v PDF obliki.
2. Prispevki lahko obsegajo do 30.000 znakov.
3. Vsak prispevek naj ima na posebnem listu naslovno stran, ki vsebuje ime in priimek avtorja, leto rojstva, domači naslov, številko telefona, naslov članka, akademski in strokovni naslov, naslov ustanove, kjer je zaposlen in elektronski naslov. Če je avtorjev več, se navede zahtevane podatke za vsakega avtorja posebej. Vodilni avtor mora biti med avtorji napisan na prvem mestu.
4. Znanstveni in strokovni prispevki morajo imeti povzetek v slovenskem (do 1.200 znakov s presledki) in v angleškem jeziku. Povzetek in ključne besede naj bodo napisani na začetku prispevka. Priložiti je treba tudi razširjeni povzetek (10.000 znakov s presledki) v angleškem jeziku.
5. Tabele in slike naj bodo vključene v besedilu tja, kamor sodijo. Slike naj bodo tudi priložene kot samostojne datoteke v ustreznem slikovnem (jpg, bmp) oziroma vektorskem (eps) zapisu.
6. Seznam literature uredite po abecednem redu avtorjev, in sicer:
 - za knjige: priimek in ime avtorja, leto izdaje, naslov, kraj, založba. Primer: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - za članke v revijah: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, naslov revije, letnik, številka, strani. Primer: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, št. 4, str. 479-486.
 - za članke v zbornikih: priimek in ime avtorja, leto objave, naslov članka, podatki o knjigi ali zborniku, strani. Primer: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. V: Filej, B. (ur.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 7-16.
 - za spletne reference je obvezno navajanje spletne strani z imenom dokumenta ter datumom povzema informacije. Primer: Bracar, P. (2003). Kako poskrbeti za zdravje šolarjev. Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno dne 20.08.2012 s svetovnega spleta: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. Vključevanje reference v tekst: Če gre za točno navedbo, napišemo v oklepaju priimek avtorja, leto izdaje in stran (Debevec, 2013, str. 15). Če pa gre za splošno navedbo, stran izpustimo (Debevec, 2013).

Vsa dodatna pojasnila glede priprave in objave prispevkov, za katere menite, da niso zajeta v navodilih, dobite pri glavnem in odgovornem uredniku. Za splošnejše informacije in tehnično pomoč pri pripravi prispevka se lahko obrnete na uredništvo oziroma na naš elektronski naslov: urednistvo@jhs.si.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Journal of Health Sciences publishes scientific and professional papers as well as other relevant papers. The category of the paper is proposed by the author, and the final assessment is based on peer review and made by the Editor-in-Chief. The published papers are reviewed.

In the preparation of scientific and professional papers, please consider the following instructions:

1. Papers in printed form with your information and abstracts should be sent to: Editorial Board of Journal of Health Sciences, Na Loko 2, SI-8000 Novo mesto, Slovenia. We also accept papers sent to our e-mail address. The paper should be written with Microsoft Word text editor. In case that you send the paper only in electronic form, you should also send the paper in PDF format.
2. Scientific papers may include up to 30,000 characters.
3. Each paper should have a separate sheet cover page that contains the name and surname of the author, year of birth, home address, phone number, title of the article, academic and professional title, address of the institution where the author works and e-mail address. In the event that there are several authors, the Journal writes the required information for each author individually. The leading author should be written in the first place.
4. Scientific and professional papers should have an abstract in Slovene (up to 1,200 characters with spaces) and in English. The abstract and keywords should be written at the beginning of the paper. It should also be accompanied by an extended abstract (10,000 characters including spaces) in English.
5. Tables and figures should be appropriately included in the text where they belong. Images should also be attached as separate files in the corresponding image (jpg, bmp) or vector (eps) format.
6. The list of references should be arranged in alphabetical order of authors, as follows:
 - for books: surname and name of the author, publication year, title, place, publisher. Example: Henderson, V. (1998). Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.
 - for articles in journals: surname and name of the author, publication year, article title, journal title, volume, number, pages. Example: Orel, R. (2010). Sindrom razdražljivega črevesa. Medicinski razgledi, 49, No. 4, pp. 479-486.
 - for articles in proceedings: surname and name of the author, publication year, article title, information about the book or journal, pages. Example: Robida, A. (2013). Zaznavanje kulture pacientove varnosti v slovenskih akutnih splošnih bolnišnicah. In: Filej, B. (ed.). Celostna obravnava pacienta. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 7-16.
 - for online references, it is compulsory to state the exact website along with the name of the document and the date of finding information. Example: Bracar, P. (2003). How do the health of schoolchildren. Institute of Public Health. Retrieved on 8/20/2008 from the Internet: <http://www.sigov.si/ivz/vsebine/zdravje.pdf>.
7. The inclusion of references in the text: If it is a quotation, write the surname, publication year and page in brackets (Debevec, 2013, p. 15). If it is a citation, the page is omitted (Debevec, 2013).

For any further clarification and information not covered in these instructions with regard to the preparation and publication of papers, please contact the Editor-in-Chief. For general information and technical assistance in preparing the paper, please contact the editorial office or send your questions to our e-mail address: editorial.office@jhs.si.