

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 7 • No. 1 • 2020



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*

Marjeta Kmetič

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).

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Urša Bratun, dr. Bojana Filej</i> Strategije razvoja delovne terapije v skupnosti za potrebe starejših ljudi: študija primera Strategies for the Development of Community-Based Occupational Therapy for Older Adults: A Case Study	3
<i>Marjetka Jelenc, PhD, Aleš Korošec, Mercedes Lovrečič, PhD</i> Trends in Prescription of Drugs for the Treatment of Dementia in Slovenia in the Period from 2008 to 2018 Trendi predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2018	19
<i>Kristina Rakuša Krašovec, dr. Anamarija Zore</i> Pojavnost bakterije <i>Helicobacter pylori</i> v prebavnem traktu človeka v povezavi z njegovim življenjskim slogom s poudarkom na kajenju in uživanju alkohola The Occurrence of <i>Helicobacter Pylori</i> Bacteria in Human Digestive Tract in Connection with Lifestyle	31
<i>Tadeja Palčič, dr. Suzana Mlinar</i> Osveščenost študentk zdravstvene nege o raku materničnega vratu Nursing Students' Awareness About Cervical Cancer	50
<i>Andreja Draginc, dr. Karmen Erjavec</i> Neformalna oskrba starejših v lokalni skupnosti Informal Care for Older People in the Local Community	66
<i>Dr. Vesna Zupančič, Torsten Breuerbach Larsen</i> Ocena stanja na področju razvoja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah: vidik vodstva Assessment of the Development of Patient Safety Culture in Hospitals: a Management Perspective	82

Strategije razvoja delovne terapije v skupnosti za potrebe starejših ljudi: študija primera

Prejeto 12. 4. 2020 / Sprejeto 15. 5. 2020

Znanstveni članek

UDK 615.851.3-053.9

KLJUČNE BESEDE: staranje v domačem okolju, delovna terapija, skupnost

POVZETEK - Kljub temu da si večina starejših ljudi želi čim dlje ostati v svojem domačem okolju, v Sloveniji še vedno primanjkuje ustreznih storitev, ki bi to omogočile. Z raziskavo smo želeli proučiti stanje na področju dela delovnih terapevtov v skupnosti ter poiskati strategije, ki bi lahko izboljšale položaj in dostopnost delovne terapije na področju skrbi za starejše v domačem okolju. Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu – študiji primera. V raziskavi so sodelovale štiri delovne terapevtke, dve iz Slovenije in dve iz tujine. Podatke smo zbrali z delno strukturiranim intervjujem in jih razvrstili v štiri kategorije: prednosti, slabosti, izzivi in nevarnosti. Nato smo uporabili SPIN analizo kot strateško orodje za oblikovanje strategij. Oblikovane strategije so izpostavile pomen dodatnih izobraževanj s področja preprečevanja padcev, prilagoditev domačega okolja in dela z osebami z demenco ter potrebo po promociji stroke in znanstveno-raziskovalnem delu. Delovna terapija kot zdravstvena stroka lahko pomembno prispeva k uspešnemu in varnemu staranju v domačem okolju.

Received 12. 4. 2020 / Accepted 15. 5. 2020

Scientific article

UDC 615.851.3-053.9

KEYWORDS: ageing in place, occupational therapy, community

ABSTRACT - Although most older people want to remain in their home environment for as long as possible, there is a shortage of community care services that would enable that in Slovenia. We wanted to examine the situation surrounding community-based occupational therapy in Slovenia and find strategies that could improve the recognition and availability of occupational therapy for community-dwelling older adults. We employed a qualitative research design – a case study. Four occupational therapists participated in the study, two from Slovenia and two from abroad. Data was collected using semi-structured interviews and organized into four categories: strengths, weaknesses, opportunities and threats. Based on the findings, the SWOT analysis was used as a strategic tool for the development of actionable strategies. The strategies that emerged from the analysis highlighted the need for additional training in the areas of fall prevention, home adaptations and dementia care, as well as the need for promotional and research work. Occupational therapy is a health discipline that could significantly contribute to successful and safe ageing in place.

1 Uvod

Staranje v domačem okolju ali staranje na mestu bivanja (angl. ag(e)ing in place) je trenutno vodilni trend na področju oskrbe starejših oseb, saj ljudem omogoča ohranjanje samostojnosti, občutka vključenosti in večjo kakovost življenja v primerjavi z drugimi alternativami staranja (Coleman, Robin in Wiles, 2016; Robnik idr., 2017; Vanleerberghe idr., 2017). Pogosto se ta oblika staranja povezuje z uspešnim in zdravim staranjem (Kendig idr., 2014). Tako kot v drugih evropskih državah si tudi v Sloveniji večina starejših ljudi želi ostati v svojem domačem okolju čim dlje in imeti zagotovljeno ustrezno oskrbo v skupnosti (Hlebec idr., 2019; Kendig idr., 2017; Robnik idr., 2017). Kljub temu pa raziskave kažejo, da preference posameznika ne vpli-

vajo pomembno na to, kje bo ta živel v srednji in pozni starosti (Kendig idr., 2017). Lastništvo nepremičnine, socioekonomski položaj, mobilnost in prisotnost ustreznih prilagoditev bivališča so pogosto pomembni napovedniki tega, kje se bo človek staral (Hwang idr., 2011; Kendig idr., 2017). Avstralska študija je na primer pokazala, da so bolj pogosto ostali doma starejši ljudje, ki so bili lastniki svoje nepremičnine kot pa najemniki, kljub temu da sta obe skupini izrazili željo po staranju izven institucije (Kendig idr., 2017).

V Sloveniji staranje v domačem okolju omejuje pomanjkanje socialnih in zdravstvenih storitev, ki bi to lahko omogočile (Filipovič Hrast idr., 2019). Znotraj projekta SHARE so Hlebec in sodelavci (2016) ugotovili, da ima v Sloveniji 18.433 posameznikov (2,33 %) potrebe po oskrbi, ki niso zadovoljene. Od tega jih je 15.645 (4,60 %) starih nad 65 let in 12.139 (7,71 %) v starostni skupini nad 75 let. To nakazuje, da ima nezanemarljiv odstotek starih ljudi potrebe, ki niso zadovoljene znotraj obstoječe mreže dolgotrajne oskrbe. Tudi raziskava, ki so jo izvedli Hrovatin, Pišot in Plevnik (2016), je pokazala, da v Sloveniji veliko število starejših oseb živi v bivališču, ki je lahko zanje potencialno nevarno in ogrozi uspešno staranje na domu. Hkrati so avtorji izpostavili, da bi že minimalne spremembe in adaptacije okolja lahko pomembno povečale varnost in samostojnost starejših.

Za staranje v domačem okolju je zelo pomembno, da se najde pravo ravnovesje med posameznikovimi sposobnostmi in značilnostmi prebivališča, za kar se v angleščini uporablja izraz *person-environment fit* (Hwang idr., 2011). Delovni terapevti so strokovnjaki, ki znajo dobro oceniti tako človekove sposobnosti za izvajanje vsakodnevnih aktivnosti kot tudi značilnosti posameznikovega okolja, ki izvedbo aktivnosti bodisi vzpodbuja bodisi zavira. Njihove kompetence so lahko ključnega pomena pri oblikovanju varnega okolja, ki podpira samostojnost posameznika in je skladno z njegovimi željami in prioriteta (Curtis in Beecham, 2018). Raziskave kažejo, da storitve delovne terapije lahko pomembno pripomorejo k uspešnemu staranju v domačem okolju in zmanjševanju potreb po institucionalni oskrbi (De Coninck idr., 2017). Strokovno znanje delovnih terapevtov je pomembno na različnih področjih, na primer pri prilagoditvah domačega okolja in preprečevanju padcev v domačem okolju (Curtis in Beecham, 2018; Elliot in Leland, 2018). Pomembne so tudi njihove intervencije na področju izvajanja aktivnosti ter vključevanja v družbo (Turcotte, Carrier in Levasseur, 2019).

V Sloveniji je aktivnih približno 500 delovnih terapevtov, kar predstavlja 25 delovnih terapevtov na 100.000 prebivalcev (Šuc, Galof in Pihlar, 2014). Večinoma so zaposleni v bolnišnicah, klinikah in ambulantah, domovih za starejše, rehabilitacijskih centrih in zavodih za osebe s posebnimi potrebami. V zadnjih letih se razvija tudi delovna terapija na primarni ravni, ki ponuja priložnosti za zaposlovanje v zdravstvenih domovih in lokalni skupnosti. Čeprav se vedno bolj poudarja pomen delovne terapije v skupnosti, pa so možnosti za delovanje na tem področju omejene, predvsem zaradi organizacijskih in finančnih dejavnikov (Zbornica delovnih terapevtov Slovenije, 2019). Delovna terapija v domačem okolju je tako dostopna večinoma samo v okviru posameznih (časovno omejenih) projektov in kot samoplačniška storitev.

Težava je tudi v tem, da je v Sloveniji še vedno v veljavi Enotni seznam zdravstvenih storitev iz leta 1982, ki je poznan pod imenom »Zelena knjiga«. Ta ni skladen s sodobno paradigmo delovne terapije (Križaj, Lebar in Marušič, 2012). Delovnim terapevtom, ki morajo v sklopu javnega zdravstva beležiti svoje storitve, je tako pogosto onemogočeno, da bi beležili aktivnosti, ki jih izvajajo v praksi. V večini primerov ne morejo beležiti storitev v skupnosti oziroma izvesti obiska na domu, kar preprečuje, da bi bilo to delo ustrezno ovrednoteno in financirano. Križaj, Lebar in Marušič (2012) so pripravile nov predlog storitev delovne terapije, ki bi vključeval tudi nabor storitev, ki bi jih delovni terapevti lahko uporabili pri delu v skupnosti. Žal, kljub prizadevanju Zbornice delovnih terapevtov Slovenije, še ni prišlo do posodobljenja seznama storitev. Delovni terapevti v Sloveniji tako niso rutinsko vključeni v delo v skupnosti, kar zmanjšuje nabor storitev, ki bi bile na voljo starejšim osebam, ki želijo ostati v domačem okolju, s čimer se zmanjšuje njihova samostojnost in varnost v domačem okolju.

Z raziskavo smo želeli proučiti prednosti in slabosti ter izzive in nevarnosti na področju dela delovnih terapevtov v skupnosti in poiskati strategije, ki bi lahko izboljšale položaj in dostopnost delovne terapije na področju skrbi za starejše v domačem okolju v Sloveniji, ter primerjati stanje pri nas še z dvema državama, kjer je delovna terapija na domu že rutinsko vzpostavljena. V skladu s ciljem raziskave smo zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: »Katere strategije bi lahko pripomogle k razvoju delovne terapije na domu za potrebe starejših ljudi v Sloveniji?«

2 Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja – študija primera, s katero smo proučevali izkušnje in mnenja delovnih terapevtov v zvezi z delom v skupnosti. Pri zbiranju in analizi empiričnih podatkov smo uporabili kombinacijo deduktivnega in induktivnega pristopa ter zbrane podatke povezali v SPIN matriko (Perry in Jensen, 2001).

2.1 Opis vzorca

V neslučajnostni namenski vzorec smo vključili štiri delovne terapevtke, ki so bile izbrane glede na njihove izkušnje z raziskovanim pojavom in sposobnostjo, da bodo kot strokovnjakinje na tem področju lahko posredovale poglobljene informacije, ki bodo v pomoč pri doseganju ciljev raziskave (Patton, 2002). Vključitveni kriteriji so bili: (1) diploma iz delovne terapije, (2) več kot 10 let delovnih izkušenj, (3) poznavanje problematike dela v domačem okolju.

K sodelovanju sta bili tako povabljeni dve delovni terapevtki iz Slovenije (DT1, DT2) in dve delovni terapevtki iz tujine (Velika Britanija – OT1, Avstralija – OT2). Delovni terapevtki iz Slovenije sta zaposleni na področju sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti, sta članici Zbornice delovnih terapevtov Slovenije in se aktivno vključujeta v prizadevanja za delovanje delovnih terapevtov v skupnosti. Delovni

terapevtki iz tujine delata na področju sekundarne zdravstvene dejavnosti in se rutinsko vključujeta v delo v domačem okolju z različnimi populacijami.

2.2 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Z vsako od udeleženk smo izvedli delno strukturiran intervju, v katerem so sodelujoče povzemale svoje izkušnje, vezane na delo v skupnosti, ter izpostavile prednosti, slabosti, nevarnosti in priložnosti glede na svoje subjektivno doživljanje trenutne situacije. Za vsako od področij proučevanja smo uporabili ustrezna izhodiščna vprašanja (Kaj delate dobro? (prednosti), Katere so vaše pomanjkljivosti? (slabosti), Katere so priložnosti v okolju? (izzivi), S katerimi ovirami se srečujete? (nevarnosti)). S slovenskima udeleženkama smo intervju izvedli osebno, z udeleženkama iz tujine pa preko spleta (Skypa). Odgovori, ki so bili podani v angleščini, so bili prevedeni v slovenščino.

Analiza intervjujev je temeljila na tehnikah, ki izhajajo iz metode konstantne komparacije (Bogdan in Biklen, 2003). Vsi odgovori so bili najprej večkrat prebrani. Nato so bili kodirani in razporejeni v osemnajst podkategorij in štiri glavne kategorije: slabosti (S), prednosti (P), izzivi (I) in nevarnosti (N). Odgovore, ki so si bili pomensko blizu (npr. »pacient je v središču obravnave« in »na klienta usmerjen pristop«), smo združili. Kode smo z ozirom na frekvenco pojavnosti razvrstili na mesto podkategorije in vsaki kodi pripisali oznako udeleženke. Obdržali smo tudi podkategorije, ki so vsebovale samo eno kodo, saj so v nekaj primerih predstavljale originalno informacijo, ki je prinašala novo znanje o raziskovanem pojavu.

Nato smo s pomočjo SPIN analize oblikovali štiri strategije: (1) PI-strategija (prednosti, da izkoristimo izzive), (2) SI-strategija (premagovanje slabosti za izkoriščanje izzivov), (3) PN-strategija (prednosti za premagovanje nevarnosti) in (4) NS-strategija (izogibanje nevarnostim zaradi slabosti).

2.3 Etični vidiki raziskovanja

Udeležba v raziskavi je bila prostovoljna in udeleženke so lahko sodelovanje prekinile brez posledic. Pri poročanju o rezultatih jim je bila zagotovljena anonimnost in zaupnost.

3 Rezultati

Iz tabele 1 je razvidno, da v odgovorih o slabostih, prednostih, nevarnostih in priložnostih (izzivih) delovne terapije na domu ni bilo razbrati večjih razlik med tujino in Slovenijo, kar je v nasprotju s pričakovanji. Kljub temu da je delovna terapija v skupnosti v Veliki Britaniji in Avstraliji veliko bolj razvita kot v Sloveniji in poteka v sklopu javnega zdravstva, so vse udeleženke navajale podobne slabosti in nevarnosti, in sicer slabo razvita (oziroma ogrožena) identiteta poklica, težave s prepoznavnostjo delovnih terapevtov, delovanje znotraj biomedicinskega modela in pomanjkanje kadra za delo v skupnosti. Udeleženki iz Slovenije sta dodatno izpostavili tudi pomanjkanje

znanja in izkušenj za delo s starejšimi v domačem okolju ter težave z beleženjem storitev. Prav tako je bilo v Sloveniji prepoznano slabo razvito znanstveno-raziskovalno delo na tem področju.

Vse udeleženske so kot prednost delovne terapije izpostavile usmerjenost na posameznika in uporabo namenskih aktivnosti kot glavnega terapevtskega medija. Zavedale so se, da je pomemben doprinos delovnih terapevtov preprečevanje padcev v domačem okolju in zmanjševanje hospitalizacij. Slovenske udeleženske so izpostavile tudi, da med delovnimi terapijami obstaja visoka stopnja motiviranosti, da bi prodrli na področje dela v skupnosti.

Med glavnimi priložnostmi so vse udeleženske prepoznale željo starejših ljudi, da bi čim dlje ostali v domačem okolju. Udeleženke iz tujine sta izpostavili tudi področji dela, ki v Sloveniji še nista razviti, in sicer delo v t. i. spominskih klinikah za osebe z demenco in delo na urgenci, kjer bi delovni terapevti lahko prispevali k hitremu odpuščanju v domače okolje in preprečevanju nepotrebnih hospitalizacij. V prihodnosti bi ti dve področji lahko predstavljali nove priložnosti za zaposlovanje delovnih terapevtov v Sloveniji.

Glavna razlika med odgovori delovnih terapevtk iz tujine in Slovenije je bila ta, da sta terapevtki iz tujine navajali različne vire, ki so že na voljo v skupnosti (informatijske brošure, pripomočki, skupine za ranljive starostnike) in so dobro vzpostavljene ter rutinsko vključujejo delovne terapevte, česar pri nas še ni zaznati. Ena izmed udeleženk iz tujine je kot prednost delovne terapije izpostavila tudi to, da pri njih v skupnosti delajo terapevti, ki so najbolj izkušeni in imajo tako dovolj kompetenc za samostojno delo z ljudmi s kompleksnimi potrebami, na katere lahko primerno odgovorijo in se tako uveljavijo v multidisciplinarnih timih.

Tabela 1: Kode, podkategorije in glavne kategorije

<i>Glavne kategorije</i>	<i>Podkategorije</i>	<i>Kode</i>
Slabosti	Nerazvita identiteta (S1)	osredotočenost na raven okvare (DT1) pomanjkljiva uporaba namenskih aktivnosti (DT1) slabo zastopani v timu (DT2) težavno vzpostavljanje identitete (DT2, OT2) izgubljanje usmeritve na klienta (OT1) pomanjkanje protokolov (OT2) nejasne vloge v timu (OT2)
	Pomanjkanje izkušenj in znanja (S2)	malo možnosti za delovanje (DT1) pomanjkanje izkušenj (DT1) pomanjkanje znanja (DT2)
	Znanstveno-raziskovalno delo (S3)	dolgoročni učinki obravnave neznani (DT1)

Prednosti	Celosten pogled, usmerjen na klienta (P1)	klient je v središču (DT1, DT2, OT2) celosten pogled (DT2, OT1, OT2) ocenjevanje domačega okolja in sposobnosti (DT1, OT1) znanje o kompleksnih potrebah (OT1)
	Uporaba namenskih aktivnost (P2)	analiza aktivnosti (DT1) aktivnost kot terapevtski medij (DT2, OT1, OT2)
	Preprečevanje padcev in zmanjševanje hospitalizacij (P3)	preprečevanje padcev (DT1, OT2) zmanjševanje hospitalizacij preko zgodnjih intervencij (DT1, OT2)
	Motiviranost (P4)	motiviranost posameznikov in zbornice (DT1) prodor v domače okolje (DT1, DT2)
	Ustvarjalnost (P5)	ustvarjalnost pri vodenju obravnave (DT2)
	Izkušnje (P6)	prisotnost najbolj izkušenih (OT1)
Izzivi (priložnosti)	Želja starejših, da ostanejo v domačem okolju (I1)	želja ostati doma (DT1, OT2) mesto staranja (DT2) demografske spremembe (OT1, OT2)
	Aktivnosti v skupnosti (I2)	številne aktivnosti v skupnosti (DT2) brezplačne aktivnosti (OT1) informacijski material (OT1) skupine z DT (OT1)
	Nova področja dela (I3)	delo v spominskih klinikah (OT1) povpraševanje po DT (OT1) delo na urgenci (OT2)
	Višina finančnih sredstev (I4)	več sredstev za oskrbo na domu (DT1)
Nevarnosti	Sistem storitev (N1)	ovire s strani zavarovalnice (DT1) ni storitev (DT1) ne moremo na dom (DT2)
	Biomedicinski model dela (N2)	prednost ima biomedicinski pristop (DT1) pričakovanja pacientov po direktivnem pristopu (DT2) usmerjenost v institucionalno oskrbo (DT2)
	Pomanjkanje časa in zaposlenih (N3)	ni časa (DT1) kadrovske ovire (DT1) malo izkušenih terapevtov (OT2)
	Slaba prepoznavnost (N4)	nismo poznani (DT1) slabo razumevanje in vrednotenje DT (OT2)
	Ageizem	slab odnos družbe (DT2)

Vir: Lastni vir, 2020.

3.1 Spin matrika

Na osnovi analize prednosti, slabosti, nevarnosti in izzivov smo oblikovali štiri strategije: (1) PI-strategija (uporaba prednosti za izkoriščanje izzivov), (2) SI-strategija (premagovanje slabosti s pomočjo izkoriščanja izzivov), (3) PN-strategija (uporaba

prednosti za zmanjševanje nevarnosti) in (4) NS-strategija (zmanjševanje slabosti za izogibanje nevarnostim) (tabela 2).

Tabela 2: SPIN analiza in strategije razvoja na področju delovne terapije (DT) v skupnosti za potrebe starih ljudi

<p>PI-strategija:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vključitev DT in zbornice DT v razpravo o dolgotrajni oskrbi tako, da se izpostavimo specifična DT znanja, ki bi lahko podprla starejše, ki si želijo staranja v domačem okolju (P1, P2, P3, I1). 2. Priprava promocijskega materiala o tem, kako lahko znanje DT na področju preprečevanja padcev v domačem okolju zmanjša število hospitalizacij starih ljudi ter s tem povezane stroške in omogoči, da ostanejo doma (P3, P4, I1). 3. Usmerjanje starostnikov v aktivnosti, ki so že na voljo v skupnosti in so skladne z njihovimi individualnimi željami, potrebami in cilji rehabilitacije (P1, I2, I3). 4. Prodor na področje skupnostne skrbi za bolnike z demenco preko uporabe specifičnih DT znanj (P1, P2, P6, I3). 	<p>SI-strategija:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organiziranje dodatnih DT izobraževanj s področja dela v skupnosti, preprečevanja padcev in demence, ki bi imela poudarek na ravni izvajanja aktivnosti ter oceni dejavnikov okolja ter bi zmanjšala osredotočenost na telesne funkcije in bi krepila DT identiteto (S1, S2, I2, I3). 2. Vključitev v pilotne projekte oskrbe na domu in aktivnosti, ki že potekajo v skupnosti, kar bi bila priložnost za povečevanje izkušenj in znanja ter pridobivanje informacij o učinkovitosti obravnave (S2, S3, I2, I3, I4).
<p>PN-strategija:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zbornica DT nadaljuje s svojimi prizadevanji za spremembo/posodobitev sistema storitev DT (P4, N1). 2. Prizadevanje stroke za znižanje normativov in angažiranje izkušenih DT v skupnosti (P4, P6, N1, N3). 3. Priprava promocijskih aktivnosti, ki bodo predstavile delovno terapijo, kako se razlikuje od drugih strok ter kakšen je lahko njen doprinos preko pristopa, usmerjenega na posameznika (P1, P2, N2, N4). 	<p>NS-strategija:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osredotočiti se na pridobivanje izkušenj z delom v skupnosti, promocijo stroke ter pridobivanje dokazov za svoje delo, da bi tako izboljšali identiteto in vzpostavili delovanje izven biomedicinskega modela (S1, S2, S3, N2, N4).

Vir: Lastni vir, 2020.

Na osnovi štirih strategij (tabela 2) lahko oblikujemo splošno strategijo delovne terapije v skupnosti v skrbi za starejše v domačem okolju, ki temelji na gradnji prednosti, odpravljanju pomanjkljivosti, izkoriščanju priložnosti ter izogibanju nevarnosti. Prednosti za vzpostavitev delovne terapije v domačem okolju, ki jih je potrebno krepiti, so specifična znanja s področja aktivnosti in preprečevanja padcev, motiviranost za prodor v skupnost, že obstoječe aktivnosti in izkušnje. Hkrati pa moramo izkoristiti priložnosti, povezane z željo starejših, da ostanejo v domačem okolju, z novimi področji dela v skupnosti. PI-strategije tako predvidevajo: (1) vključitev delovnih terapevtov in Zbornice delovnih terapevtov v razpravo o dolgotrajni oskrbi tako, da se izpostavimo specifična delovnoterapevtska znanja; (2) pripravo promocijskega ma-

teriala o tem, kako lahko znanje delovnih terapevtov o preprečevanju padcev v domačem okolju zmanjša število hospitalizacij; (3) usmerjanje starejših v aktivnosti, ki so že na voljo v skupnosti in so skladne z njihovimi individualnimi željami, potrebami in cilji rehabilitacije; ter (4) prodor delovne terapije na področje skupnostne skrbi za bolnike z demenco. Odpravljati moramo pomanjkljivosti, povezane s slabo razvito identiteto in pomanjkanjem izkušenj ter znanstveno-raziskovalnega dela. SI-strategiji predvidevata: (1) organiziranje dodatnih delovnoterapevtskih izobraževanj s področja dela v skupnosti, preprečevanja padcev in demence, ki bi imela poudarek na ravni izvajanja aktivnosti ter oceni dejavnikov okolja ter bi zmanjšala osredotočenost na telesne funkcije in bi krepila identiteto delovnih terapevtov, ter (2) vključitev v pilotne projekte oskrbe na domu in aktivnosti, ki že potekajo v skupnosti, kar bi bila priložnost za povečevanje izkušenj in znanja ter pridobivanje informacij o učinkovitosti obravnave. Izogibati se moramo nevarnostim, povezanim s sistemom storitev, načinom dela in slabo prepoznavnostjo. PN-strategije zato svetujejo: (1) naj Zbornica delovnih terapevtov nadaljuje s svojimi prizadevanji za posodobitev sistema storitev; (2) naj se v skupnosti angažirajo izkušeni delovni terapevti ter (3) naj se pripravi promocijske aktivnosti, ki bodo predstavile delovno terapijo in pojasnile, kako se razlikuje od drugih strok. NS-strategija pa predlaga večjo osredotočenost na pridobivanje izkušenj z delom v skupnosti ter pridobivanje znanstvenih dokazov za svoje delo.

4 Razprava

Izobraževalni programi na področju zdravstva morajo ves čas slediti novim trendom, kamor sodi tudi zagotavljanje storitev za starejše v skupnosti (Kemeny in Mabry, 2015). Delovna terapija v skupnosti obsega specifična znanja in kompetence, ki se razlikujejo od znanj delovnih terapevtov, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah (Winstead, 2016). Za delo v skupnosti je zato potrebna ustrezna priprava in strokovna podpora (prav tam). Naša SPIN analiza je pokazala, da delovni terapevti menijo, da imajo premalo znanja za delo s starejšimi v skupnosti, na primer na področju preprečevanja padcev in demence. Pomanjkanje znanja bi lahko nadomestili z dodatnim izobraževanjem, ki bi bilo usmerjeno na specifična delovnoterapevtska področja, s čimer bi tudi izboljšali poklicno identiteto. Raziskava, ki so jo izvedli Mackenzie in sodelavci (2018), je pokazala, da lahko že kratka izobraževanja delovnih terapevtov s področja preprečevanja padcev povečajo njihovo znanje in samozavest. Eliot in Leland (2018) svetujeta, naj se delovni terapevti dobro seznanijo z ukrepi za preprečevanje padcev v domačem okolju ter pridobijo s tem povezana znanja. Ta vključujejo oceno domačega okolja, oceno nevarnosti padcev, znanje o prilagoditvah okolja in zmanjševanju dejavnikov tveganja ter znanje o tehnikah vstajanja s tal, ki so pomembne v primeru, da do padca pride. Navedene strokovne vsebine bi lahko vključili v dodatna delovnoterapevtska izobraževanja, organizirana s strani Zbornice delovnih terapevtov Slovenije, v kolikor bi bila potreba po takem izobraževanju identificirana pri večjem številu delovnih terapevtov.

Raziskave kažejo, da je pri delovnih terapevtih, predvsem začetnikih, pogosto prisotno pomanjkanje občutka kompetentnosti, kar lahko povzroča občutek stresa (Govender idr., 2015; Gray idr., 2012). Zabeleženo je bilo tudi pomanjkanje sposobnosti za povezovanje teorije in prakse, kar se je navadno izboljšalo s pridobivanjem delovnih izkušenj (Naidoo in Van Wyk, 2016). Začetniki potrebujejo do dve leti, da se počutijo kompetentne za samostojno delo ter usvojijo tehnike ocenjevanja in izvajanja terapije (Hodgetts idr., 2007). Poleg tega se delovni terapevti takoj po zaključku šolanja pogosto radi opirajo na že uveljavljene strukture, ki jim dajejo občutek varnosti in avtoritete. Še posebej so jim lahko privlačni medicinski modeli in protokoli, kar včasih privede do obravnave pacientov po biomedicinskem modelu (Unsworth, 2001). Delovanje po biomedicinskem modelu so kot nevarnost izpostavile tudi udeleženke naše raziskave.

Z ozirom na specifičnost dela v skupnosti bi bilo bolje zaposliti bolj izkušene delovne terapevte, ki se ne bi soočali s pomanjkanjem občutka kompetentnosti in bi imeli dobro vzpostavljeno poklicno identiteto. Vendar pa nekateri avtorji menijo, da izkušnost ni vedno pozitiven dejavnik. Terapevti z več leti prakse lahko postanejo bolj ujeti v rutino in rigidni ter zanemarijo individualnost pacienta, saj se zanašajo na pretekle izkušnje (Oven, 2016). V nasprotju s tem so manj izkušeni terapevti bolj odprti za nove oblike dela in prisluhneje pacientom in njihovim željam, saj še nimajo dovolj lastne prakse, na katero bi se zanašali pri sprejemanju strokovnih odločitev (Kuipers in Grice, 2009).

Ker se populacija stara, bi bilo nujno potrebno razmisliti o oskrbi oseb z demenco, ki živijo v skupnosti, kot potencialnem novem področju dela delovnih terapevtov. Mali (2018) izpostavlja, da organizacije, ki trenutno izvajajo dolgotrajno oskrbo za ljudi z demenco pri nas, ne zmorejo zagotoviti ustrezne in kakovostne oskrbe in da so na tem področju potrebne spremembe. Obstajajo sicer številni predlogi in ideje, ki podpirajo dezinstucionalizacijo, vendar bi jih bilo potrebno preizkusiti preko pilotskih projektov, ki bi pomagali vzpostaviti in razviti skupnostne time za demenco (Mali, 2018). Delovni terapevti bi lahko – glede na svoja znanja in kompetence – postali del skupnostnih timov, vendar bi bila verjetno potrebna dodatna specializacija.

Tuji avtorji ugotavljajo, da lahko delovni terapevti uspešno nudijo svoje storitve osebam z blago in srednjo težko demenco ter tudi njihovim oskrbovalcem in družinskim članom (Field idr., 2018). Osebe z demenco in njihovi družinski člani izražajo pozitivno naravnost do delovne terapije in si je želijo že v zgodnjih fazah bolezni, ko je prisotne veliko negotovosti in skrbi (prav tam). Delovni terapevti lahko pripomorejo k ohranjanju sposobnosti za izvajanje dnevnih aktivnosti ter izvajajo različne dejavnosti, ki vključujejo kognitivno stimulacijo in trening. To je izrazila tudi udeleženka raziskave iz tujine, ki je kot pomembno (bodoče) področje dela za delovne terapevte identificirala zaposlovanje v t. i. spominskih klinikah, kjer se izvajajo različne aktivnosti, ki so usmerjene v kognitivna, emocionalna, okupacijska in funkcionalna področja oskrbe oseb z demenco. Collier in Pool (2016) poudarjata, da so delovnoterapevtske intervencije lahko pomembna nefarmakološka storitev za osebe z demenco v

skupnosti in občutno pripomorejo k boljši kakovosti življenja tako pacientov kot tudi svojcev in drugih oskrbovalcev.

Delovna terapija, kljub prizadevanjem, ostaja slabo prepoznavna stroka. Kot primer lahko navedemo slabo vključenost v različne strategije, kot npr. zdravstveno, socialno gerontološko, strategijo dolgotrajne oskrbe, strategijo staranja populacije. Analitsko poročilo o javnem zdravstvenem problemu padcev med starejšimi in preventivnih usmeritvah za zmanjševanje pojavnosti padcev in njihovih posledic navaja, da je potrebno zmanjšati število padcev do leta 2025 za najmanj 10 %, kar naj bi dosegli z dobrim medsektorskim sodelovanjem (Voljč, 2016). Vendar pa v navedenem poročilu ni omenjenega možnega doprinosa delovnih terapevtov, kljub temu da avtor kot pomembno področje dela izpostavlja varnost bivališč in javnih prostorov (prav tam, 29). Varnost bivališč in okolja sodi na področje dela delovnih terapevtov, torej bi bila njihova vključitev pričakovana. Delovni terapevti prav tako niso bili omenjeni v raziskavi Hrovatinove in sodelavcev (2016), ki so proučevali domače okolje starostnikov in s tem povezano kakovost življenja. Ena izmed možnih razlag je, da delovni terapevti niso bili omenjeni zaradi njihove slabe prepoznavnosti in nepoznavanja njihovih kompetenc, kar smo lahko prepoznali tudi v naši raziskavi.

Promocijo delovne terapije bi bilo smiselno izvesti med organizacijami, ki že intenzivno delujejo na področju oskrbe v skupnosti in preprečevanja padcev v okviru različnih strategij za aktivno in zdravo staranje. Sem sodi tako vladni kot nevladni sektor (npr. Zveza društev upokoencev Slovenije, Inštitut Emonicum, Inštitut Antona Trstenjaka, Gerontološko društvo Slovenije in drugi). To so lahko potencialni partnerji delovnim terapevtom, ki bi jim bilo smiselno predstaviti dokaze o učinkovitosti delovne terapije na domu, predvsem rezultate raziskav, ki kažejo, da so intervencije, ki vključujejo delovnega terapevta, bolj učinkovite (De Coninck, 2017). Potrebno je poudariti, da so slovenski delovni terapevti že sodelovali pri pripravi podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje systemskega zakona o dolgotrajni oskrbi, ter se vključili v zbiranje podatkov (Lebar idr., 2017), torej se predlagane strategije promocije in sodelovanja do neke mere že izvajajo.

Z raziskavo smo želeli pridobiti podatke o področju, ki še ni dobro poznano, in razviti nove strategije nadaljnjega razvoja delovnoterapevtske dejavnosti v lokalni skupnosti. Zajeli smo majhen vzorec delovnih terapevtov, vendar so bili vključeni izkušeni terapevti, ki so lahko prispevali poglobljene podatke o proučevanem problemu. Govorili bi lahko tudi o ekspertnem vzorčenju (Singh, 2007).

Razvite strategije bi v prihodnosti lahko predstavili večjemu številu terapevtov in pridobili njihovo mnenje o pomembnosti in izvedljivosti izbranih strategij. To bi bilo lahko izvedeno preko intervjujev fokusnih skupin ali s pomočjo vprašalnikov. V nadaljnje raziskave bi bili lahko vključeni tudi strokovnjaki drugih disciplin, ki delujejo na področju dela v skupnosti s starejšimi ljudmi, na primer socialni delavci, medicinske sestre in fizioterapevti, da bi tako lahko proučili njihovo mnenje o delovni terapiji v skupnosti in njenem doprinosu.

Naša raziskava je identificirala strategije, ki bi jih lahko uporabili pri razvoju delovne terapije v domačem okolju in ki bi gradile na specifičnih znanjih in kome-

tencah delovnih terapevtov ter bi povečale njihovo prepoznavnost in vključevanje v skupnostne time preko zmanjševanja nevarnosti in slabosti, povezanih s slabo razvito identiteto, delovanjem znotraj medicinskega modela in obstoječim sistemom storitev.

5 Zaključek

Staranje prebivalstva ustvarja potrebo po vzpostavitvi mreže javne zdravstvene službe, ki bo lahko ustrezno podprla potrebe celotnega prebivalstva in se prilagodila na demografske spremembe, s katerimi se soočajo številne postmoderne družbe, tudi Slovenija. Izsledki raziskave kažejo, da se delovna terapija pri prodoru v domače okolje srečuje s številnimi izzivi. Za slovensko delovno terapijo je pomembno, da ustrezno odgovori na demografske spremembe in terapevte opremi z znanji, ki jih bodo potrebovali za uspešno delo v dolgoživi družbi. Pri tem bi izpostavili predvsem specialistična znanja s področja preprečevanja padcev in prilagoditev domačega okolja ter specifična znanja za delo z osebami z demenco v skupnosti.

Delovna terapija v Sloveniji potrebuje jasno vizijo in zagotovo bi moralo delo v skupnosti soditi med njene prioritete. Pomembno je tudi, da se za to dejavnost angažira izkušene strokovnjake, ki bodo s svojimi kompetencami lahko uspešno »oralali ledino« v skupnosti in bili kos kompleksnim situacijam, ki jih prinaša samostojno delo v skupnosti, ter bili v strokovno podporo manj izkušenim kolegom. Delovanje izkušenih terapevtov bi stroko lahko bolje predstavilo različnim organizacijam in širši javnosti, da bi tako dobila ustrezno prepoznavnost in bila vključena v različne iniciative, ki že potekajo v skupnosti.

Več pozornosti je potrebno nameniti tudi raziskovalni dejavnosti, ki naj bo vezana specifično na področje delovne terapije in okupacijske znanosti. Obstajajo številni dokazi za učinkovitost delovne terapije v skupnosti, ki so vezani tako na kakovost storitev kot tudi na zmanjševanje stroškov. Vendar pa so bile raziskave večinoma izvedene v tujini, zato potrebujemo podatke, ki se bodo nanašali na slovenski prostor in upoštevali specifičnosti tega družbeno-kulturnega okolja.

Urša Bratun, MSc OT, Bojana Filej, PhD

Strategies for the Development of Community-Based Occupational Therapy for Older Adults: A Case Study

The ability to live in one's own home, known as "ageing in place", is currently a leading trend in gerontology and has been linked to successful and healthy ageing (Kendig et al., 2014). It enables older people to remain as independent as possible and promotes their inclusion in the society, therefore increasing the overall quality of life (Coleman, Robin and Wiles, 2016; Robnik et al., 2017; Vanleerberghe et al., 2017).

As in most other European countries, the majority of older Slovenian people want to remain in their home environment, also with the help of community services (Hlebec et al., 2019; Kendig et al., 2017; Robnik et al., 2017). However, in Slovenia, there is a shortage of health and social services that could support community-dwelling older adults (Filipovič Hrast et al., 2019).

Occupational therapy is a health discipline that can significantly contribute to successful and safe ageing in the home environment (De Coninck et al., 2017; Curtis and Beecham, 2018; Elliot and Leland, 2018). Occupational therapists have the expertise to evaluate a person's abilities to perform everyday activities as well as his or her environment (person-environment fit). However, community-based occupational therapy in Slovenia is not yet well-developed. Progress has been made in recent years. Nonetheless, many factors are limiting the development of community-based occupational therapy in Slovenia (Slovenian Association of Occupational Therapists, 2019). This field of practice mainly encompasses short-term pilot projects and services not reimbursed by the insurance.

We wanted to examine the situation surrounding community-based occupational therapy in Slovenia and find strategies that could improve the recognition and availability of occupational therapy for community-dwelling older adults. An additional aim of our study was to compare Slovenian community-based occupational therapy with two other countries where occupational therapy in the community is well-established. The following research question guided our study: What strategies could support the development of community-based occupational therapy for older adults in Slovenia?

To explore occupational therapists' experience and opinions about community-based occupational therapy, we employed qualitative methodology. More specifically, a case study was conducted. A purposive sample of four occupational therapists included two therapists from Slovenia (DT1, DT2), one therapist from Australia (OT1) and one therapist from the United Kingdom (OT2). They were all considered experienced therapists with over ten years of clinical practice. We conducted a semi-structured interview with each of the participants. We asked them to relate their experience with community-based occupational therapy, focusing on the strengths, weaknesses, opportunities and threats they encountered.

The data analysis was based on techniques using the constant comparative method (Bogdan and Biklen, 2003). First, all the answers were read several times. Then, they were coded and organized into eighteen sub-categories and four main categories: strengths (S), weaknesses (W), opportunities (O) and threats (T). We used a combination of a deductive and inductive analytical approach (Perry and Jensen, 2001). The analyzed material was organized into a SWOT matrix.

The participation in the study was voluntary, and the participants were able to terminate it at will. We anonymized the material in the reporting stage of the study.

Surprisingly, the analysis showed little difference in the participants' perception of strengths, weaknesses, opportunities and threats between Slovenia and the two international settings included in the study. Although occupational therapy in the com-

community is much more established in Australia and the United Kingdom and is a part of their public health services, the participants described similar weaknesses and threats in all settings. All the participants mentioned the problem of poorly developed professional identity, occupational therapy not being known among the general public, practicing within the bio-medical framework and staff shortages. In addition, occupational therapists from Slovenia also talked about the lack of skills and knowledge for working with older people in the community, as well as difficulties recording the services due to being forced to choose the activities from an outdated list of health services known as "The Green Book", which is used for reimbursement purposes.

All the participants mentioned that some of the strengths of the profession included its client-centredness, and using purposeful and meaningful activities (occupations) as the primary therapy tool. They were aware that occupational therapists could contribute to lower hospitalization rates by preventing falls in the home environment. The Slovenian participants also asserted that the professional group was highly motivated to make a move into the community setting.

The participants identified older people's preferences to stay at home as the foremost opportunity for occupational therapy. The international participants mentioned two areas of work with a lot of potential, that is, work in the "memory clinics" for people with dementia and work in the A&E departments where occupational therapists could facilitate a quick discharge to the community. These two areas of practice might represent future employment opportunities for occupational therapists in Slovenia.

The main difference between the experiences of Slovenian and international occupational therapists was that the latter could rely on numerous resources that already existed in the community, for instance, information brochures, support groups, well-established community programmes for assistive equipment provision. The participant from Australia also highlighted that their community services mostly include experienced therapists with the competency to treat seniors with complex needs living in the community independently.

Based on the findings, we developed four types of strategies that outlined how we could use the strengths, minimize the weaknesses, take advantage of the opportunities and avoid the threats. The strengths (S) that could facilitate occupational therapy in the community include occupational therapy-specific knowledge on falls prevention and activity performance, high motivation levels, and existing experience and skills. At the same time, we could capitalize on the prevailing preference for ageing in place and the necessity to develop new areas of work to meet the needs of the ageing population (opportunities - O). We developed four SO strategies: (1) include occupational therapists and the Slovenian Association of Occupational Therapists in the discourse on long-term care, highlighting occupational-therapy specific skills and knowledge; (2) prepare promotional material on falls prevention and how it can reduce hospitalizations; (3) direct older people to the already existing community activities that can support their preferences, wishes and therapy goals; (4) become involved in the community care of people with dementia.

The weakness (W) that need to be addressed include poor professional identity, lack of experience and underdeveloped research work. Therefore, the two WO strategies predict: (1) organize additional training on community-based occupational therapy, falls prevention and dementia with a focus on activity analysis and environment assessments, which could support practice outside of the bio-medical frame of reference and promote the professional identity of occupational therapists; (2) get included in different pilot projects and on-going community initiatives to improve the knowledge and experience, and gather evidence for community-based occupational therapy.

We should avoid the threats (T) connected with the documentation of services, established models of work and poor recognition of occupational therapy. Therefore, the ST strategies predict: (1) the Slovenian Association of Occupational Therapists to continue with its efforts to update the documentation of services; (2) include the most experienced occupational therapists in the community setting; (3) prepare promotion material that introduces occupational therapy and how it differs from other disciplines. Lastly, one WT strategy outlines that community-based work and research and development in this area should be prioritized.

The findings suggest that Slovenian occupational therapy faces numerous threats and challenges when attempting to establish itself in the community. However, these can be met by drawing on the discipline's theoretical and empirical background.

Occupational therapy in the community requires specialized knowledge and competency that differ from in-patient settings (Winstead, 2016). Our SWOT analysis showed that occupational therapists might feel a lack of knowledge for working with older adults in the community. Therefore, short, occupation-based continuing professional development activities could be beneficial, and could also improve professional identity and confidence (Mackenzie et al., 2018). Also, considering the complexity of community-based work, it might be better to engage more experienced occupational therapists that could meet the challenges of community work. However, some authors believe that years of practice can also be a disadvantage as therapists can become more rigid and routine-like, and can ignore the individuality of their patients by over-relying on experience (Oven, 2016).

Despite numerous efforts, occupational therapy remains under-recognized. Some of the existing national strategies do not mention its potential contributions, possibly due to not being aware of them. It is essential to promote occupational therapy services among organizations that are active in the community, for instance, by presenting the evidence behind community-based occupational therapy (De Coninck, 2017).

Our study identified some strategies that could help develop community-based occupational therapy in Slovenia by promoting specialized knowledge and skills of occupational therapists, and minimizing the negatives connected with poor professional identity, the established bio-medical model of work and difficulties with the reimbursement of services. Future studies are required to test the findings on a bigger sample of occupational therapists and assess the effectiveness of the proposed strategies in practice.

LITERATURA

1. Bogdan, R. C. and Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA: Pearson Educational Group.
2. Coleman, T., Kearns, R. A. and Wiles, J. (2016). Older Adults' Experiences of Home Maintenance Issues and Opportunities to Maintain Ageing in Place. *Housing Studies* 31, št. 8, str. 964–983.
3. Collier, L. and Pool, J. (2016). Special issue: Dimensions of dementia. *British Journal of Occupational Therapy*, 79, št. 2, str. 63–64.
4. Curtis, L. and Beecham, J. (2018). A Survey of Local Authorities and Home Improvement Agencies: Identifying the Hidden Costs of Providing a Home Adaptations Service. *British Journal of Occupational Therapy*, 81, št. 11, str. 633–640.
5. De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. and Aertgeerts, B. (2017). Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65, št. 8, str. 1863–1869.
6. Elliott, S. and Leland, N. E. (2018). Occupational Therapy Fall Prevention Interventions for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, št. 4, str. 1–31.
7. Field, B., Coates, E. and Mountain, G. (2019). Influences on Uptake of a Community Occupational Therapy Intervention for People with Dementia and Their Family Carers. *British Journal of Occupational Therapy*, 82, št. 1, str. 38–47.
8. Filipovič Hrast, M., Sendi, R., Hlebec, V. and Kerbler, B. (2019). Moving House and Housing Preferences in Older Age in Slovenia. *Housing, Theory & Society*, 36, št. 1, str. 76–91.
9. Gray, M., Clark, M., Penman, M., Smith, J., Bell, J., Thomas, Y. and Trevan - Hawke, J. (2012). New Graduate Occupational Therapists Feelings of Preparedness for Practice in Australia and Aotearoa/New Zealand. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, št. 6, str. 445–455.
10. Govender, P., Mkhabela, S., Hlongwane, M., Jalim, K. and Jetha, C. (2015). OT Student's Experiences of Stress and Coping. *South African Journal of Occupational Therapy* 45, št. 3, str. 34–39.
11. Hlebec, V., Srakar, A. and Majcen, B. (2016). Care for the Elderly in Slovenia: A Combination of Informal and Formal Care. *Revija za socialno politiku*, 23, št. 2, str. 159–179.
12. Hlebec, V., Srakar, A. and Majcen, B. (2019). Long-Term Care Determinants of Care Arrangements for Older People in Europe: Evidence from SHARE. *Revija Za Socialnu Politiku*, 26, št. 2, str. 135–152.
13. Hrovatin, J., Pišot, S. and Plevnik, M. (2016). Healthy Ageing at Home: Ergonomic Adaptations of Interior Design and Self-Assessed Quality of Life of Older Adults of the Municipality of Ljubljana. *Annales Kinesiologiae*, 7, št. 2, str. 139–152.
14. Hwang, E., Cummings, L., Sixsmith, A. and Sixsmith, J. (2011). Impacts of Home Modifications on Aging-in-Place. *Journal of Housing for the Elderly*, 25, št. 3, str. 246–257.
15. Hodgetts, S., Hollis, V., Taylor, E., Triska, O., Dennis, S. and Madill, H. (2007). Occupational Therapy Students' and Graduates' Satisfaction with Professional Education and Preparedness for Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74, št. 3, str. 148–160.
16. Kemeny, E. and Mabry, B. J. (2015). Changing Paradigm for Supporting Aging Individuals' Health and Well-Being: A Framework for Professional Development. *Schole: A Journal of Leisure Studies and Recreation Education*, 30, št. 2, str. 53–69.
17. Kendig, H., Browning, C., Thomas, S. A. and Wells, Y. (2014). Health, Lifestyle, and Gender Influences on Aging Well: An Australian Longitudinal Analysis to Guide Health Promotion. *Frontiers in Public Health*, 2, št. 70, str. 1–9.
18. Kendig, H., Gong, C., Cannon, L. and Browning, C. (2017). Preferences and Predictors of Aging in Place: Longitudinal Evidence from Melbourne, Australia. *Journal of Housing for the Elderly*, 31, št. 3, str. 259–271.
19. Križaj, T., Marušič, V. and Lebar, C. (2012). Vsebina dela slovenskih delovnih terapevtov. V: *Zbornik prispevkov, Delovna terapija – stroka sedanosti*, str. 141–148.

20. Kuipers, K. and Grice, J. W. (2009). The Structure of Novice and Expert Occupational Therapists' Clinical Reasoning before and after Exposure to a Domain-Specific Protocol. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, št. 6, str. 418–427.
21. Lebar, L., Dremelj, P., Flaker, V., Rode, N., Mali, N. idr. (2017). Priprava podlag za izvedbo pilotnih projektov, ki bodo podpirali prehod v izvajanje sistemskega zakona o dolgotrajni oskrbi. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varnost. Pridobljeno dne 27. 11. 2019 s svetovnega spleta https://www.irsv.si/upload2/Priprava_podlag_aktivnost1_koncno160318.pdf.
22. Mackenzie, L., Lovarini, M., Price, T., Clemson, L., Tan, A. and O'Connor, C. (2018). An Evaluation of the Fall Prevention Practice of Community-Based Occupational Therapists Working in Primary Care. *British Journal of Occupational Therapy*, 81, št. 8, str. 463–473.
23. Mali, J. (2018). Dolgotrajna oskrba ljudi z demenco v mestni občini Ljubljana. V: Lipič, N. (ur.). *Skupnostna skrb na področju demence v mestni občini Ljubljana*. Ljubljana: Gernotološko društvo Slovenije, str. 11–19.
24. Naidoo, D. and Van Wyk, J. (2016). Fieldwork practice for learning: lessons from occupational therapy students and their supervisors. *African Journal of Health Professions Education*, 8, št. 1, str. 37–40.
25. Oven, A. (2016). Vpliv enkratnosti primera na ustvarjalnost delovnega terapevta (Doktorska dizertacija). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.
26. Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks CA: Sage.
27. Perry, C. and Jensen, O. (2011). *Approaches to Combining Induction and Deduction in One Research Study*. Pridobljeno dne 16. 2. 2020 s svetovnega spleta: https://www.researchgate.net/publication/255654388_Approaches_to_Combining_Induction_and_Deduction_In_One_Research_Study.
28. Robnik, M., Hovnik Keršmanc, M., Žerjal, Ž., Sučić Vuković, M., Pavlič, H., Stanojević, O. idr. (2017). Izzivi staranja po mnenju deležnikov v posameznih slovenskih regijah. *Javno zdravje*, 1, št. 1, str. 23–33.
29. Singh, K. (2007). *Quantitative Social Research Methods*. New Delhi: SAGE publishing.
30. Šuc, L., Galof, K. and Pihlar, Z. (2014). Izobraževanje delovnih terapevtov v okviru Zbornice delovnih terapevtov Slovenije. V: Mušič, K., Kociper, T. and Sikošek, M. (ur.). *Turizem in management. Na poti k uspešni poslovni prihodnosti*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, str. 685–996.
31. Turcotte, P. C., Carrier, A. in Levasseur, M. (2019). Community-Based Participatory Research Remodelling Occupational Therapy to Foster Older Adults' Social Participation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86, št. 4, str. 262–276.
32. Unsworth, C. A. (2001). The Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, št. 4, str. 163–173.
33. Vanleerberghe, P., Witte, N., Claes, C., Schalock, R. and Verte, D. (2017) The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, št. 11, str. 2899–2907
34. Voljč, B. (2016). Javno-zdravstveni pomen padcev med starejšimi in preventivne usmeritve v Sloveniji: analitsko poročilo. Ljubljana: Inštitut Emonicum za zdravo in aktivno življenje. Pridobljeno dne 19. 11. 2019 s svetovnega spleta: www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/analitsko_porocilo3-_padci_0.pdf.
35. Winstead, S. R. (2016). What's in the Fridge? Unique Competencies of Community-Based Occupational Therapists. *Open Journal of Occupational Therapy*, 4, št. 4, str. 1–7.
36. Zbornica delovnih terapevtov Slovenije. 2019. O delovni terapiji. Pridobljeno dne 24. 11. 2019 s svetovnega spleta: <http://zds.si/index.php/delovna-terapija>.

Urša Bratun, diplomirana delovna terapevtka, Master of Science (Kraljevina Švedska).
E-naslov: ursa.bratun@gmail.com

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

Trends in Prescription of Drugs for the Treatment of Dementia in Slovenia in the Period from 2008 to 2018

Received 10. 2. 2020 / Accepted 27. 4. 2020

Scientific article

UDC 616.892.3+615.2

KEYWORDS: dementia, drugs, prescriptions, trends

ABSTRACT - Dementia is a clinical syndrome in mostly older people that manifests with cognitive function problems. Its consequences represent a growing health, social and economic problem in many countries. Monitoring drug prescription contributes to better management of treatment. Our aim was to evaluate changes and trends in the prescribing of drugs for the treatment of dementia in Slovenia in the period from 2008 to 2018, by gender and age groups. Therefore, we conducted a retrospective, observational study based on the data from the "Database of prescriptions for outpatients" of the Republic of Slovenia. The analysis showed that the number of prescriptions for anti-dementia drugs increased by 140% between 2008 and 2018. The most commonly prescribed drugs were acetylcholinesterase enzyme inhibitors. Outpatient prescribing increased in both men and women, and the number of recipients of at least one prescription more than doubled in the observed period. However, not all dementia patients are treated with appropriate medicines, especially at an early stage of the disease when dementia is not yet recognized or diagnosed.

Prejeto 10. 2. 2020 / Sprejeto 27. 4. 2020

Znanstveni članek

UDK 616.892.3+615.2

KLJUČNE BESEDE: demenca, zdravila, recepti, trendi

POVZETEK - Demenca je klinični sindrom, ki se kaže z motnjami kognitivnih funkcij predvsem pri starejših. Posledice bolezni predstavljajo naraščajoč zdravstveni, socialni in ekonomski problem v mnogih državah. Spremljanje predpisovanja zdravil prispeva k boljšemu nadzorovanju zdravljenja. Naš cilj je bil oceniti spremembe oz. trende pri predpisovanju zdravil, specifičnih za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2018 po spolu in starostnih skupinah. Zato smo izvedli retrospektivno, opazovalno študijo na podlagi podatkov iz Baze ambulantno predpisanih zdravil Republike Slovenije. Analiza je pokazala, da se je število receptov za zdravila za zdravljenje demence med letoma 2008 in 2018 povečalo za 140 %. Najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji v opazovanem obdobju so bili zaviralci encima acetilholinesteraze. Ambulantno predpisovanje se je povečalo pri moških in ženskah. Število prejemnikov vsaj enega recepta se je v opazovanem obdobju več kot podvojilo. Kljub temu vsi bolniki z demenco niso zdravljeni z ustreznimi zdravili, zlasti v zgodnji fazi bolezni, ko demenca še ni prepoznana ali diagnosticirana.

1 Introduction

In many European countries, as well as in Slovenia, the population is ageing and the number of chronic non-communicable diseases is increasing with age, including various forms of dementia, which represents a serious problem (Jelenc et al., 2018). There are over 47 million people with dementia in the world, and the number is expected to triple by 2050 (Satizabal et al., 2016).

Dementia is a chronic neurodegenerative disorder that usually develops over many years before it is expressed in the classical clinical form of the dementia syndrome. The most common subtype of dementia is Alzheimer's disease, followed by mixed vascular dementia and dementia with Lewy bodies (Gregorič Kramberger, 2017; Saitizabal et al., 2016).

The disease develops on average in the period of 8 to 12 years, and its development is divided into three basic stages: early, middle and late. The boundaries between these levels are not sharply defined, and the symptoms are different between individuals (Ministry of Health, 2016; Kogoj, 2011).

Population ageing and the increasing number of elderly people who are characterized by the disease are not the only two problems connected with dementia. Despite intensive research and testing of many potential active substances, a drug that would stop or significantly slow down the neurodegenerative process of dementia does not exist. Only symptomatic drugs for the treatment of dementia are available that are most effective in the early stages of the disease (Cummings et al., 2016; Gregorič Kramberger, 2017).

Currently registered substances – acetylcholinesterase inhibitors donepezil, rivastigmine and galantamine – affect cholinergic connections in the central nervous system. All of these drugs have proven anticholinergic activity; galantamine acts also as an allosteric modulator on nicotinic cholinergic receptors. The acetylcholinesterase inhibitors listed are registered for mild to moderate dementia.

Memantine, the fourth dementia drug in addition to the three mentioned, is the first registered anti-dementia drug with effect on the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor and glutamatergic pathways. All of these drugs have beneficial symptomatic effects and are prescribed to slow the decline in the quality of patient's life (Gregorič Kramberger, 2017).

Early detection, diagnose and treatment of dementia are essential. If the family physician in Slovenia determines no reversible signs of the important cognitive impairment and recognises that dementia has not emerged rapidly, that forgetfulness and altered behaviour exist without clear neurological cause and signs, this may already indicate Alzheimer's dementia.

Given the change in prescribing, adopted by the Slovenian Health Insurance Institute (SHII) in accordance with Slovenian guidelines for the treatment of patients with dementia, a family doctor may prescribe cognitive modulators, both acetylcholinesterase inhibitors and glutamate receptor antagonists, without waiting for the opinion of a psychiatrist or neurologist (Blejc, 2018).

Monitoring drug prescription helps to identify medical, economic and social impacts of the disease (Jelenc, 2013; Kostnapfel Rihtar & Korošec, 2014).

The purpose of our study was to assess and evaluate changes and trends in the prescribing of neuropsychopharmacological drugs specific for the treatment of dementia in Slovenia in the period from 2008 to 2018, by gender and age groups.

2 Methodology

2.1 Data Source

The data source for this retrospective observational analysis is the “Database of prescriptions for outpatients” of the Republic of Slovenia available at the National Institute of Public Health (NIPH). The analysis encompassed data on the number of prescriptions for anti-dementia drugs in the period from 2008 to 2018.

All prescriptions reported from the pharmacies, except hospital pharmacies, were analysed. Data was collected according to the Healthcare Databases Act (Official Gazette of the Republic of Slovenia, 2000). A consent from the National Medical Ethics Committee was not required because the data used had already been anonymised.

2.2 ATC Classification and DDD definition

The presented drugs consumption illustration respects the WHO Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) classification. The whole ATC group N06D (donepezil, rivastigmine, galantamine, memantine) was analysed. In fact, according to the ATC classification system, the drugs for the nervous system (group N) are divided in seven groups (N01-N07). Anti-dementia drugs (N06D) are classified as the subgroup within psychoanaleptics (N06).

The defined daily dose (DDD) is a statistical unit of measurement and is defined as the assumed average maintenance dose per day for a drug used for its main indication in adults. Therapeutic doses for individual patients and patient groups are often different, but it is necessary to standardize the reporting of drug utilization data across countries, population groups and years for research purposes. Only one DDD is assigned per ATC code and route of administration (WHO, 2000).

2.3 Statistical Analysis

ATC data was used to calculate the number of DDD per package for every proprietary name and packaging type of drugs in the ATC code N06D. DDD per 1000 inhabitants per day (hereinafter DID) was calculated as the sum of DDD for each active substance, divided by 365 and by the total number of inhabitants in Slovenia on 1 July in each year, multiplied by 1000.

The analysis of anti-dementia drugs prescription was performed with regard to gender, age and time period. Statistical software IBM SPSS Statistics, version 25 for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA), was used for data analysis. Compiled data was processed by means of descriptive statistics (numbers, percentages ...).

Data was presented in tabular form and using bar charts and graphs. Age was classified in five year age groups, with the last one as 90 years or more. The age-specific prevalence rate of anti-dementia drug users is calculated as the proportion of anti-dementia drug users among the total number of inhabitants in Slovenia on 1 July, separately for each year, sex and age group.

3 Results

Data analysis showed that the number of patients who received at least one prescription for anti-dementia drugs from the N06D group more than doubled between 2008 and 2018. The most commonly prescribed drugs for the treatment of dementia in Slovenia in the observed period were acetylcholinesterase enzyme inhibitors. The ATC codes and by the WHO assigned DDDs for donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine are shown in Table 1. For example, if a drug package contains 28 tablets, each with 10 mg memantine, the package contains 14 DDD of memantine.

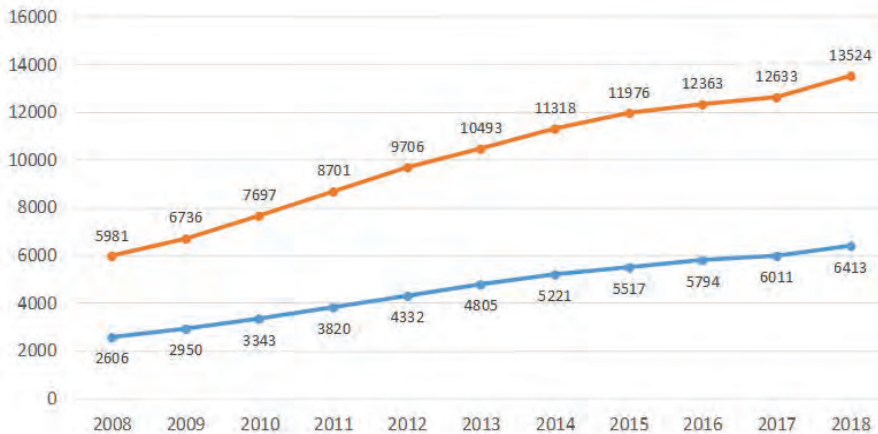
Table 1: DDD for donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine.

ATC code	Name of the drug	DDD
N06DA02	donepezil	7.5 mg O
N06DA03	rivastigmine	9 mg O / 9.5 mg TD
N06DA04	galantamine	16 mg O
N06DX01	memantine	20 mg O

Note: 'O' stands for oral route of administration and 'TD' stands for transdermal route of administration.

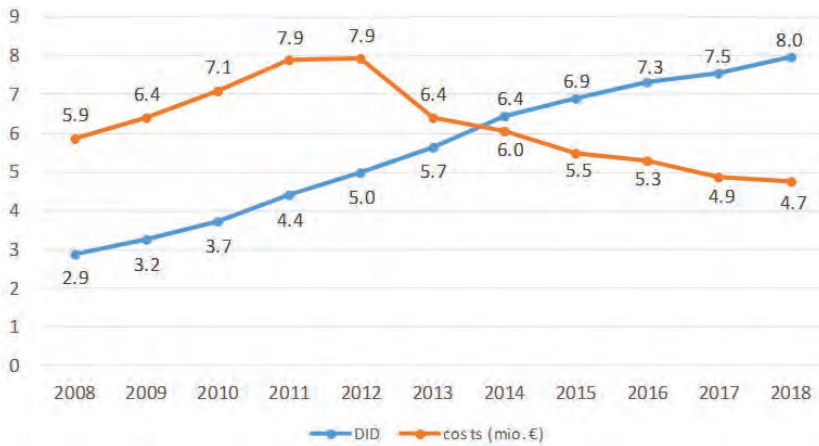
Figure 1 shows the number of patients who received at least one prescription for anti-dementia drugs from the N06D group in the period between 2008 and 2018, by gender. The number of women recipients of anti-dementia drugs increased by 126% and the number of men increased by 146% over the same period. However, female to male ratio decreased from 2.30 to 2.11.

Figure 1: Number of patients who received at least one prescription for anti-dementia drugs from the group N06D in the period 2008-2018, by gender.



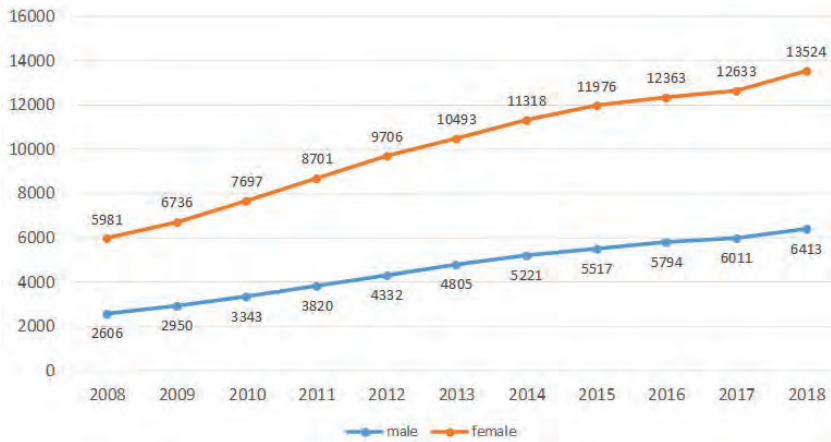
The analysis showed that the number of prescriptions for anti-dementia drugs increased by 140% between 2008 and 2018. The increase in the number of prescriptions is shown in Figure 2.

Figure 2: Increase in the number of prescriptions for anti-dementia drugs in the period from 2008 to 2018.



Despite the increase in the prescription of anti-dementia drugs in DDD/1000 inhabitants per day by 175%, the costs for the described drugs have been decreasing since 2012, as shown in Figure 3.

Figure 3: Demonstration of the consumption of anti-dementia drugs in DDD/1000 inhabitants per day (DID) and costs for these drugs.



The number of patients who received at least one prescription for anti-dementia drugs, arranged by age group and by year of prescription, is presented in Figure 4. Most prescriptions for anti-dementia drugs were given to patients older than 80 years.

Figure 4: Number of patients who received at least one prescription for anti-dementia drugs, arranged by age and by year of prescription (years 2008 (●) through 2018 (▶)).

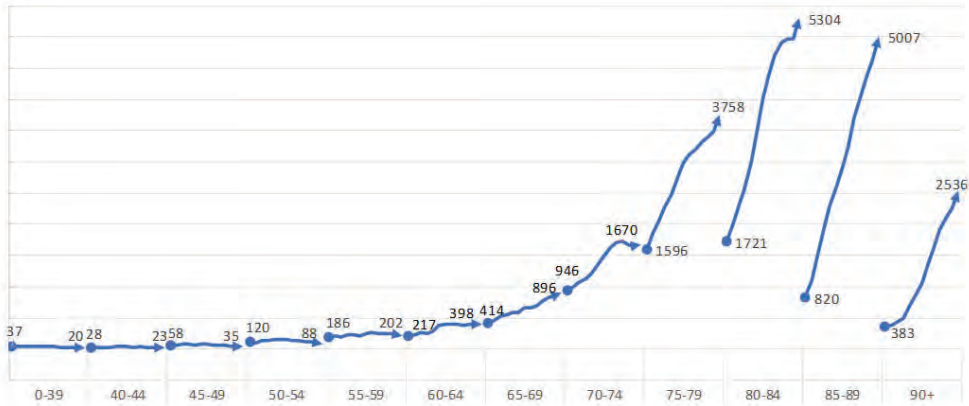
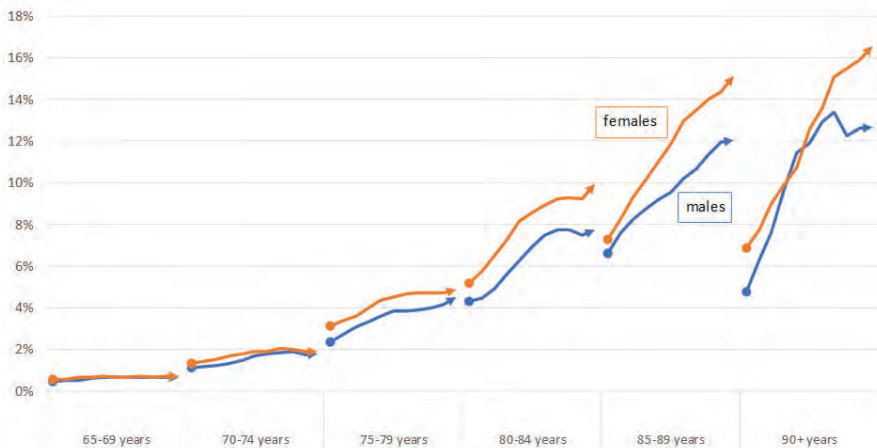


Figure 5 shows the age-specific rate of recipients of anti-dementia drugs in the time period from 2008 to 2018, arranged by gender. Not only the number of patients but also the rate of recipients of these drugs increased over the reference period. Among men aged 85-89, the age-specific rate rose from 6.6% in 2008 to 12.1%, and among women, from 7.3% to 15.1%. There was a particularly significant increase in age-specific rates among the elderly (85+ years). In women aged 90 years and more, the rate of receiving the prescriptions for the anti-dementia drugs was over 16%.

Figure 5: Age-specific prevalence rate of anti-dementia drug users by age and by gender in the period from 2008 (●) through 2018 (▶).



4 Discussion

With this retrospective, observational study, we aimed to evaluate changes and trends in the prescribing of dementia-specific drugs in Slovenia in the period from 2008 to 2018, by gender and age groups. Our results show that the number of patients who received at least one prescription for N06D anti-dementia drugs more than doubled in the observed period. The number of prescriptions for anti-dementia drugs increased by 140% in the period from 2008 to 2018, while the number of DDD /1000 inhabitants per day increased by 175%. The increase is observed in both genders, however, it is higher among men (146%) than among women (132%). Age-specific prevalence rates of receiving prescriptions were expectedly higher among women than among men of equal age and increased significantly, especially with age (85 years and older). However, the number of older people also increased during the observed period. For example, in 2008, there were around 330 thousands inhabitants aged over 65 in Slovenia, and in 2018, there were already 407 thousands inhabitants older than 65 years. The slight decrease in the number of patients in the age group 70-74 is due to the lower number of births during the Second World War. A very limited number of studies with a similar aim are available, therefore it is difficult to compare the trends in Slovenia with the trends in other countries, especially countries with similar demographic data. A longitudinal retrospective cohort study was performed in the United Kingdom in the period 2005-2015 with the aim of describing changes in the proportion of people diagnosed with dementia and pharmacological treatments prescribed to them over a 10-year period. The authors found that the prescription of anti-dementia drugs more than doubled after the introduction of national dementia strategies (Donegan et al., 2017).

The results of our analysis showed that the costs of the neuropsychopharmacological drugs for the treatment of dementia increased by 35% in the period from 2008 to 2012, and fell by 40% between 2012 and 2018. This fall in costs from 2012 is attributed to the fall in drug prices in Slovenia due to the entry of cheaper generic manufacturers on the prescription drug market.

The population is ageing and the consequences of dementia are becoming a growing health, social and economic problem. Given the demographic trends of the ageing population, an increase in the number of people with dementia is expected in the future. The problem is even greater because anti-dementia drugs do not cure the disease. They can slow its progression and symptoms of the disease may improve over the time. Etiological treatment of dementia that is absolutely necessary does not exist (Cummings, 2017). Currently available treatment is effective when it is prescribed at an earlier stage of the disease. Early detection and diagnose of dementia is therefore essential. However, the diagnosis of dementia is often made in the late stage of the disease. Dementia is currently treated with cognitive modulators, acetylcholinesterase inhibitors and glutamate receptor antagonists, which can slow its progression. Therefore, it is of key importance to improve and accelerate the research and drug development in the field of dementia (Pankevich et al., 2014). On the other hand, it is also

necessary to recognise and treat many other symptoms of this disease. In fact, especially at an early stage when the disease has not yet been diagnosed, the patient has for example symptoms of depression or insomnia. All these symptoms of unrecognised disease are usually treated without knowing the disease behind them (Sommerlad et al., 2018). This is also one of the limitations of our study. Drugs for the treatment of non-specific symptoms of dementia or for complications were not included in the study. In summary, not all dementia patients are treated with appropriate medicines, especially at an early stage of the disease when dementia is not yet recognized or diagnosed. By identifying and treating these patients, we can make a significant contribution to their quality of life, their autonomy and dignity. Furthermore, caregivers of dementia patients are at a high risk of physical and mental illness as a consequence of caring, and they require equal attention and support (Gregorič Kramberger, 2017).

4.1 Limitations

Only outpatient prescriptions were included in this study. Hospital data was not available at that time. The duration of prescription was not followed up. Drugs for the treatment of non-specific symptoms of dementia or for complications were not included in the study.

5 Conclusion

This retrospective, observational study showed that the most commonly prescribed drugs for the treatment of dementia in Slovenia from 2008 to 2018 were acetylcholinesterase enzyme inhibitors. In the observed period, outpatient prescribing increased in both men and women, and the number of recipients of at least one prescription more than doubled. Access to the treatment has significantly improved since 2018 due to the measures adopted by SHII. However, we estimate that only a fraction of dementia patients is treated with appropriate drugs, and that there are also people with unrecognized dementia in different stages. By better identifying and involving these people in the treatment, we can make a significant contribution to the quality of life of older people with dementia, their dignity and autonomy, and make life easier for caregivers and families.

Dr. Marjetka Jelenc, Aleš Korošec, dr. Mercedes Lovrečič

Trendi predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2018

Tako kot v mnogih evropskih državah se tudi v Sloveniji prebivalstvo stara in število kroničnih nenalezljivih bolezni narašča s starostjo, vključno z različnimi oblikami demence, ki predstavljajo resen problem (Jelenc, 2018). Na svetu živi več kot 47 mili-

jonov ljudi z demenco; pričakuje se, da se bo število do leta 2050 potrojilo (Satzabal idr., 2016).

Demenca je kronična nevrodegenerativna motnja, ki se običajno razvija več let, preden se izrazi v obliki sindroma demence. Najpogostejša podvrsta demence je Alzheimerjeva bolezen, ki ji sledita mešana vaskularna demenca in demenca z Lewyjevimimi telesci (Gregorič Kramberger, 2017; Satzabal, 2016). Bolezen se razvija v povprečju od 8 do 12 let, razvoj pa je razdeljen na tri osnovne faze: zgodnjo, srednjo in pozno. Meje med fazami niso natančno določene, simptomi pa se pri posamezniku različno izražajo (Ministrstvo za zdravje, 2016; Kogoj, 2011). Za vse večje število starejših ljudi, za katere je bolezen značilna, pa ni edina težava le demenca. Kljub intenzivnim raziskavam in testiranju številnih potencialnih učinkovin zdravila, ki bi ustavilo ali bistveno upočasnilo nevrodegenerativni proces demence, nimamo. Na voljo so le simptomatska zdravila za zdravljenje demence, ki so najbolj učinkovita v zgodnjih fazah bolezni (Cummings idr., 2016; Gregorič Kramberger, 2017). Trenutno registrirane učinkovine – zaviralci acetilholinesteraze donepezil, rivastigmin in galantamin – vplivajo na holinergične povezave v centralnem živčnem sistemu. Vsa navedena zdravila imajo dokazano antiholinergično delovanje; galantamin deluje tudi kot alosterični modulator na nikotinske holinergične receptorje. Navedeni inhibitorji acetilholinesteraze so registrirani za blago do zmerno demenco. Memantin, četrto zdravilo za demenco poleg omenjenih treh, je prvo registrirano zdravilo z učinkom na receptor za N-metil-D-aspartat (NMDA) in glutamatergične poti. Vsa navedena zdravila imajo koristne simptomatske učinke in so predpisana za upočasnitev upada kakovosti življenja bolnikov (Gregorič Kramberger, 2017).

Bistvenega pomena je zgodnje odkrivanje, diagnosticiranje in zdravljenje demence. Če družinski zdravnik v Sloveniji ugotovi, da ni reverzibilnih znakov za kognitivni upad, da se pri bolniku ni pojavil hitro ter da pozabljivost in spremenjeno vedenje obstajata brez jasnih nevroloških vzrokov in znakov, lahko to kaže na Alzheimerjevo demenco. Glede na administrativno spremembo predpisovanja, ki jo je sprejel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) v skladu s slovenskimi smernicami za zdravljenje bolnikov z demenco, lahko družinski zdravnik predpiše kognitivne modulatorje, tako zaviralce acetilholinesteraze kot antagoniste receptorjev glutamata – ne da bi čakal na specialistični pregled in izvid psihiatra oz. nevrologa (Blejc, 2018).

Spremljanje predpisovanja zdravil pomaga ugotavljati zdravstvene, ekonomske in socialne posledice bolezni (Jelenc, 2013; Kostnapfel Rihtar in Korošec, 2014).

Namen naše študije je bil oceniti spremembe oz. trende pri predpisovanju zdravil, specifičnih za zdravljenje demence v Sloveniji od leta 2008 do leta 2018 po spolu in starostnih skupinah. Vir podatkov za to retrospektivno opazovalno analizo je bila Baza ambulantno predpisanih zdravil na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) Republike Slovenije. V analizo so bili zajeti podatki o številu izdanih receptov za zdravila za zdravljenje demence v obdobju od leta 2008 do leta 2018. Analizirani so bili vsi recepti ambulantno predpisanih zdravil, pridobljenih iz lekarn, razen iz bolnišničnih lekarn. Podatki so bili zbrani v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov na področju

zdravstva (Uradni list, 2000). Soglasje Republiške etične komisije ni bilo potrebno, ker so bili uporabljeni podatki že anonimizirani.

Raziskava temelji na anatomsko-terapevtsko-kemijski (ATC) klasifikaciji Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). Analizirali smo celotno ATC-skupino N06D (donepezil, rivastigmin, galantamin, memantin). Po klasifikacijskem sistemu ATC so zdravila za živčni sistem (skupina N) razdeljena v sedem skupin (N01-N07). Zdravila za zdravljenje demence (N06D) so razvrščena med podskupine psihoanaleptikov (N06).

Definirani dnevni odmerek zdravila (DDD) je statistična mera in je opredeljen kot pričakovan povprečni dnevni vzdrževalni odmerek zdravila za njegovo glavno indikacijo pri odraslih. Dejanski terapevtski odmerki pri individualnih bolnikih in skupinah bolnikov so pogosto lahko različni, vendar je potrebno standardizirati porabo zdravil v raziskovalne namene med državami, skupinami ljudi in leti (WHO, 2000).

Podatki ATC so bili uporabljeni za izračun števila DDD za vsako lastniško ime zdravila in njegovo pakiranje znotraj ATC-skupine N06D. Število DDD na 1.000 prebivalcev na dan (v nadaljevanju DID) se izračuna kot vsota števila definiranih dnevnih odmerkov za vsako posamezno učinkovino, deljeno s 365 in celotnim številom prebivalcev v Sloveniji na dan 1. 7. posameznega leta, pomnoženo s 1000. Analiza podatkov je pokazala, da se je število bolnikov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila za zdravljenje demence iz skupine N06D, med letoma 2008 in 2018 več kot podvojilo. Najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji v opazovanem obdobju so bili zaviralci encima acetilholinesteraze.

Posledice demence so vse večji zdravstveni, socialni in gospodarski problem. Glede na demografska gibanja oz. staranje prebivalstva se v prihodnosti pričakuje povečanje števila oseb z demenco. Težava je še večja, ker zdravila za zdravljenje demence boleznini ne pozdravijo, ampak lahko le upočasnijo njeno napredovanje. Simptomi boleznini se lahko sčasoma izboljšajo. Etiološko zdravljenje demence, ki je nujno potrebno, ne obstaja (Cummings, 2017). Trenutno razpoložljivo zdravljenje je bolj učinkovito, kadar ga začnemo v zgodnejši fazi boleznini, zato je zgodnje odkrivanje in diagnosticiranje boleznini nujno. Pogosto se diagnoza demenca postavi v napredovalnih oblikah boleznini (Sommerlad, 2016). Demenco trenutno zdravimo s kognitivnimi modulatorji, zaviralci acetilholinesteraze in antagonisti receptorjev glutamata. Zato je ključnega pomena, da izboljšamo in pospešimo raziskave in razvoj zdravil na področju demence (Pankevich idr., 2014).

Po drugi strani pa je treba zdraviti tudi številne nespecifične simptome te boleznini, še posebej v zgodnji fazi, ko bolezen še ni diagnosticirana in ima bolnik na primer simptome depresije ali nespečnosti. Vsi ti nespecifični simptomi nediagnosticirane osnovne boleznini se običajno zdravijo z zdravili. Na to dejstvo se navezuje tudi ena izmed pomankljivosti naše raziskave, ki ni vključevala zdravil za zdravljenje spremljevalnih simptomov nediagnosticirane boleznini.

S to retrospektivno, opazovalno študijo smo želeli oceniti trende predpisovanja zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji v obdobju od leta 2008 do leta 2018. Ugotovili smo, da se je število bolnikov, ki so prejeli vsaj en recept za zdravila iz skupi-

ne N06D, v opazovanem obdobju več kot podvojilo. Povišanje je večje med moškimi (146 %) kot med ženskami (132 %). Število receptov za zdravila za zdravljenje demence se je v obdobju od leta 2008 do leta 2018 povečalo za 140 %, medtem ko se je število DDD/1000 prebivalcev na dan povečalo za 175 %. Stroški teh zdravil so se v obdobju od 2008 do 2012 zvišali za 35 % in med letoma 2012 in 2018 padli za 40 %, kar je posledica padca cen zdravil zaradi vstopa cenejših proizvajalcev generičnih izdelkov na trg. Vendar pa se je v opazovanem obdobju povečalo tudi število starejših. Na primer, leta 2008 je bilo v Sloveniji okrog 330 tisoč prebivalcev starejših od 65 let, v letu 2018 pa je bilo starejših od 65 let že 407 tisoč prebivalcev. Rahlo zmanjšanje števila bolnikov v starostni skupini 70–74 let je posledica manjšega števila rojstev med drugo svetovno vojno. Na voljo je zelo omejeno število študij s podobnim ciljem, zato je težko primerjati trende v Sloveniji s trendi v drugih državah, zlasti ne z državami s podobnimi demografskimi podatki. V Veliki Britaniji je bila v obdobju 2005–2015 opravljena longitudinalna retrospektivna kohortna študija, katere cilj je bil opisati spremembe v deležu ljudi z diagnozo demenca in zdravil, ki so jim bila predpisana v desetletnem obdobju. Avtorji so ugotovili, da se je predpisovanje zdravil proti demenci po uvedbi nacionalnih strategij za demenco več kot podvojilo (Donegan idr., 2017).

Naša raziskava je imela tudi nekaj pomanjkljivosti. Vanjo so bili vključeni le ambulantni recepti, bolnišnični podatki še niso bili na voljo. Študija tudi ni vključevala zdravil za zdravljenje spremljevalnih simptomov nediagnosticirane bolezni. Ocenjujemo, da se le del bolnikov z demenco zdravi z ustreznimi zdravili in da obstajajo tudi osebe z neprepoznano demenco v različnih fazah. Z boljšo identifikacijo in vključitvijo teh ljudi v zdravljenje lahko bistveno prispevamo h kakovosti življenja starejših z demenco, njihovem dostojanstvu in samostojnosti ter olajšamo življenje skrbnikom in družinam. Negovalci pacientov z demenco so zaradi zahtevnega dela zelo izpostavljeni telesnim in duševnim boleznim, zato potrebujejo enako pozornost in podporo (Gregorič Kramberger, 2017).

Pričujoča retrospektivna opazovalna študija je pokazala, da so bila najpogosteje predpisana zdravila za zdravljenje demence v Sloveniji od leta 2008 do leta 2018 zaviralci encimov acetilholinesteraze. V opazovanem obdobju se je ambulantno predpisovanje zdravil za zdravljenje te bolezni povečalo pri moških in ženskah, število prejemnikov vsaj enega recepta pa se je kar več kot podvojilo. Dostopnost do zdravljenja je od leta 2018 zaradi ukrepov ZZZS bistveno boljša. Predvidevamo pa, da nekateri bolniki z demenco še vedno niso ustrezno zdravljeni, predvsem zaradi neprepoznane bolezni v zgodnji fazi. Zgodnja diagnoza bolezni in takojšnje ustrezno zdravljenje sta ključna za bolnika, njegove svojce in skrbnike.

LITERATURE

1. Blejc, U. (2018). Ob demenci ne smemo izgubljati časa. *Pharmonia*, 42.
2. Cummings, J. (2017). Disease modification and neuroprotection in neurodegenerative disorders. *Translational Neurodegeneration*, 6, p. 25.
3. Cummings, J., Morstorf, T. and Lee, G. (2016). Alzheimer's disease drug development pipeline:

2016. *Alzheimers Dement*, 2, pp. 222–223.
4. Databases Act in the area of healthcare (2000). *Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* (2000). Uradni list Republike Slovenije, št. 65. Retrieved on 01/21/2020 from the Internet: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>.
 5. Donegan, K., Fox, N., Black, N., Livingston, G., Banerjee, S. and Burns, A. (2017). Trends in diagnosis and treatment for people with dementia in the UK from 2005 to 2015: a longitudinal retrospective cohort study. *Lancet Public Health*, 2, No. 3, e149–e156.
 6. Gregorič Kramberger, M. (2017). Demenca je izziv sodobne družbe. *Farmacevtski vestnik*, 68, No 2, pp. 123–128.
 7. Jelenc, M. (2013). Characteristics of prescriptions of medicines for patients with the highest number of prescriptions in Slovenia in 2011 (Diploma thesis). Ljubljana: Medical Faculty.
 8. Jelenc, M., Kostnapfel, T. and Eržen, I. (2018). Naraščanje porabe zdravil za zdravljenje demence v Sloveniji. In: Kregar Velikonja, N. (ed.). *Celostna obravnava pacienta*. Novo Mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 186–190.
 9. Kogoj, A. (2011). *Vedenjske in psihične spremembe pri demenci*. Celje: Visoka zdravstvena šola.
 10. Kostnapfel Rihtar, T. and Korošec, A. (2014). The importance of monitoring the use of medicines in the health care system. In: *Consumption of outpatient prescribed drugs in 2014 in Slovenia*. Ljubljana: NIPH.
 11. Ministry of Health of the Republic of Slovenia. Ministrstvo za zdravje RS. (2016). *Dementia management strategy in Slovenia until 2020. Strategija obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020*. Retrieved on 01/11/2020 from the Internet: <https://www.google.si/search?q=strategija+obvladovanja+demence+v+sloveniji+do+leta+2020>.
 12. Pankevich, D. E., Altevogt, B. M., Dunlop, J., Gage, F. H. and Hyman, S. E. (2014). Improving and accelerating drug development for nervous system disorders. *Neuron*, 84, pp. 546–453.
 13. Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V. et al. (2016). Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*, 374, pp. 523–532.
 14. Sommerlad, A., Perera, G., Singh - Manoux, A., Lewis, G., Stewart, R. and Livingston, G. (2018). Accuracy of general hospital dementia diagnoses in England: Sensitivity, specificity, and predictors of diagnostic accuracy 2008–2016. *Alzheimer's & Dementia*, 14, pp. 933–943.
 15. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Definition and General Considerations. Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway. Retrieved on 01/21/2020 from the Internet: https://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/.

Marjetka Jelenc, MD, PhD, Center for Health Care, National Institute of Public Health, Slovenija.
E-mail: marjetka.jelenc@nijz.si

Aleš Korošec, BSc, National Institute of Public Health, Slovenija.
E-mail: ales.korosec@nijz.si

Mercedes Lovrečič, PhD, Assist. Prof. National Institute of Public Health, Slovenija.
E-mail: mercedes.lovrecic@nijz.si

Pojavnost bakterije *Helicobacter pylori* v prebavnem traktu človeka v povezavi z njegovim življenjskim slogom s poudarkom na kajenju in uživanju alkohola

Prejeto 29. 10. 2019 / Sprejeto 8. 4. 2020

Znanstveni članek

UDK 579.84+613.8

KLJUČNE BESEDE: *Helicobacter pylori*, gastro-intestinalna obolenja, način življenja, diagnostika okužbe

POVZETEK - Bakterija *Helicobacter pylori* pri človeku povzroča želodčne okužbe. Namen dela je predstaviti bakterijo *Helicobacter pylori* in težave, ki jih povzroča, načine ugotavljanja njene prisotnosti, zdravljenje in dovzetnost za okužbo glede na življenjski slog. Izvedena je bila anketa med pacienti, ki so prišli na gastrokopijo na Klinični oddelek za gastroenterologijo v Univerzitetni klinični center Ljubljana od marca 2014 do junija 2014. Vprašalnik je vseboval demografska vprašanja in vprašanja o prehrani in življenjskem slogu. Nanj je odgovorilo 200 anketirancev. Odgovore smo statistično obdelali s pomočjo programa Excel. Ugotovljeno je bilo, da ni statistično značilne povezave med okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* in spolom anketirancev, njihovim uživanjem alkoholnih pijač ter kajenjem. Ugotovitve naše raziskave se skladajo s podobnimi raziskavami, ki so bile izvedene drugod po svetu. Med 200 vzorci, ki so bili odvzeti pri gastrokopiji, je bila z ureaznim testom dokazana bakterija *Helicobacter pylori* v 36 %.

Received 29. 10. 2019 / Accepted 8. 4. 2020

Scientific article

UDC 579.84+613.8

KEYWORDS: *Helicobacter pylori*, gastrointestinal disorders, lifestyle, diagnostics of infection

ABSTRACT - *Helicobacter pylori* causes stomach infections in humans. The purpose of this work is to present *Helicobacter pylori* and the problems it is causing, the methods for determining its presence, treatments, and susceptibility to infection considering a person's lifestyle. We were determining the occurrence of the infection with *Helicobacter pylori* in people who come for gastroscopy to the Clinical Department of Gastroenterology at the University Medical Centre Ljubljana. The research was carried out between May and August 2013. A comparative study was used. We have prepared a questionnaire with demographic questions as well as questions about nutrition and lifestyle. The questionnaire was completed by 200 patients. The answers were statistically processed using the Excel programme. It was found that there was no statistically significant relationship between the *Helicobacter pylori* infection and the sex of the respondents, their consumption of alcoholic beverages and smoking. The findings of our study are in line with similar research conducted elsewhere in the world. Of the 200 samples taken with gastroscopy, the urease test showed *Helicobacter pylori* in 36%.

1 Uvod

Bakterija *Helicobacter pylori* je po Gramu negativna bakterija, ki letno okuži 4,4 milijarde ljudi po svetu. Razširjenost bakterije se razlikuje glede na geografsko območje, je pa bakterijo pogosteje zaznati v manj razvitih območjih, kjer je koloniziranih več kot 80 % ljudi, v razvitih državah pa se koloniziranost giblje med 20 in 50 % (Bittencourt de Brito idr., 2019). Do okužbe želodca ali dvanajsternika običajno pride v

otroški dobi, le redko se okužimo v odrasli dobi ali po uspešnem zdravljenju (Jeverica, Plut in Štabuc, 2015). Prisotnost bakterije je višja pri starejši populaciji, kar je verjetno posledica slabših življenjskih pogojev v otroštvu. So pa v državah v razvoju otroci še vedno zelo pogosto kolonizirani. Predvideva se, da se lahko *Helicobacter pylori* prenaša iz osebe na osebo z neposrednim stikom s slino, bruhanjem ali izločki, kar pa še ni čisto raziskano. Dejavniki tveganja za okužbo s *Helicobacter pylori* so povezani z naslednjimi dejavniki: življenje v gneči – življenje v domu s številnimi ljudmi, življenje brez zanesljive oskrbe s čisto vodo, življenje v državi v razvoju, življenje z nekom, ki ima okužbo s *Helicobacter pylori* (Diaconu, Predescu, Moldoveanu, Pop in Fierbinteanu - Braticevici, 2017). Avtorji navajajo, da se z bakterijo okužimo s peroralno-oralnim ali fekalno-oralnim prenosom. Z raziskavo smo poskušali ugotoviti, kateri del populacije v Sloveniji je, glede na njihov način življenja, predvsem v odvisnosti od kajenja in uživanja alkohola bolj podvržen kolonizaciji z bakterijo *Helicobacter pylori*. Bakterija ima spiralno obliko in kot že rečeno, selektivno kolonizira želodčni epitelij več kot polovice svetovnega prebivalstva. Veliko ljudi niti ne ve, da so kolonizirani z bakterijo, saj nimajo nikakršnih bolezenskih težav. Lahko pa je okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* zelo trdovratna zaradi visoko specializiranih mehanizmov, ki omogočajo bakteriji imunost na obrambne sposobnosti želodčne sluznice. Gostitelj je zaradi obrambnih sposobnosti bakterije neuspešen pri njenem uničenju in posledično se bakterija uveljavi kot trdovratna okužba, ki spodbuja kronično vnetje. To lahko privede celo do ulcerogeneze ali neoplazije (Alzahrani idr., 2014).

1.1 Odkritje bakterije

V zgodnjih 80. letih prejšnjega stoletja sta internist Marshall in patolog Warren v bolnišnici Royal Perth Hospital v Perthu začela raziskovati bakterijsko kolonizacijo želodca. Jemala sta vzorce biopsij iz antralne sluznice 100 bolnikov, ki so pristali na gastrokopijo. V vzorcih 58 bolnikov sta odkrila spiralne ali ukrivljene bacile, z bički na enem polu. Pred tem odkritjem še nikoli niso slutili, da bi bile lahko v človeškem želodcu prisotne spiralne bakterije in da bi bile lahko povezane s kroničnim gastritisom. Bacili so bili po Gramu negativni, z bički, mikroaerofilni in so bili na videz povezani z rodom *Campylobacter*. Bakterijo so poimenovali »*Campylobacter pyloridis*« oz. »*pyloric campylobacter*«, kar opredeljuje mesto, kjer so bili organizmi najpogosteje najdeni. Bakterije so bile prisotne pri skoraj vseh bolnikih z aktivnim kroničnim gastritisom, razjedo dvanajstnika ali želodca, zaradi česar so sklepali, da so ti bacili lahko pomemben dejavnik pri etiologiji teh bolezni. Ob odsotnosti bakterije vnetja želodčne sluznice ni bilo. Goodwin in sodelavci so leta 1989 bakterijo dokončno poimenovali *Helicobacter pylori*. Marshall in Warren sta menila, da ni zanesljivih dokazov za patogenost bakterije, vendar pa glede na to, da je bila med rutinsko endoskopijo ugotovljena kolonizacija želodčnega antruma z bakterijo *Campylobacter pylorus* pri bolnikih, ki so imeli istočasno prisoten kronični antralni gastritis, pogosto s peptičnimi ulceracijami želodca ali dvanajstnika, sta sklepala, da je to zelo verjetno. Predpostavila sta, da je okužba povezana s pojavom vnetja želodčne sluznice in peptičnega ulkusa (Marshall, 1983; Marshall in Warren, 1984).

Marshall je zadnje dvome o povezavi bakterije z zgoraj naštetimi kliničnimi znaki ovrget tako, da je vzgojil bakterijo *Helicobacter pylori* na mikrobiološkem gojišču in kulturo nato zaužil. Akutno je zbolel z dispeptičnimi simptomi. Deseti dan bolezni so mu naredili gastroskopijo in odvzeli biopsijo iz antruma želodca. Patohistološki pregled vzetih vzorcev je pokazal vnetje sluznice želodca in prisotnost ukrivljenih bacilov na površini sluznice. Okužbo je pozdravil z antibiotičnim zdravljenjem (Marshall, 1983).

1.2 Obolenja, ki jih povzroča okužba z bakterijo *Helicobacter pylori*

Klinične značilnosti bolezni, ki jih povzroči *Helicobacter pylori*, segajo od asimptomatskega gastritisa do malignosti prebavil. Okužba s *Helicobacter pylori* velja za enega glavnih dejavnikov pri številnih želodčnih boleznih, kot so gastritis, želodčne razjede in atrofični gastritis s črevesno metaplazijo, ki je tesno povezan z rakom želodca (Diaconu idr., 2017). Bakterijo *Helicobacter pylori* so odkrili pri več kot 75 % bolnikov z limfomom MALT. Če želimo preprečiti nastajanje razjed in zapletov, ki so s tem povezani, in adenokarcinom želodca, je ključno čim hitrejša in učinkovito izkoreninjenje bakterije, saj to prepreči poškodbe DNA celic želodčne sluznice v povezavi z oksidativnim stresom in nastanek stabilnih epigenetskih in genetskih sprememb, ki lahko privedejo do nastanka karcinoma (Diaconu idr., 2017).

Okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* povzroča gastritise. Od razširjenosti in intenzivnosti gastritisa je precej odvisen klinični potek okužbe. Pri več kot 80 % koloniziranih ljudi se simptomi sploh ne pojavijo. Razlikujemo akutni gastritis, kronični gastritis in razjede dvanajstnika. Pri akutnem gastritisu, za katerega je značilen blagi gastritis, je malo vpliva na izločanje želodčne kisline. Večina okuženih ljudi ima to obliko gastritisa, ki ne povzroča resne klinične bolezni. Lahko nastopijo bolečine v trebuhu in siljenje na bruhanje ter bruhanje, vendar te težave v nekaj dneh izginejo. Če pride do poselitve bakterije po celotni želodčni sluznici, pa obolenje preide v kronično obliko. Razjeda dvanajstnika se pojavi pri približno 15 % okuženih bolnikov. Zanje je značilen gastritis s prizadetostjo antruma in z blago prizadetostjo korpusa želodca. Ti bolniki izločajo večje količine gastrina in želodčne kisline. Razlog za to je okvara povratne zanke izločanja kisline (gastrin-kislina-somatostatin-blokada izločanja gastrina), ki je zaradi poškodb antralne sluznice posledica zmanjšane števila celic D. Bolniki, okuženi s tem fenotipom gastritisa, imajo razjede dvanajstnika in prepilorične regije. Kronična prisotnost virulentnega seva v želodčni sluznici pa lahko privede do nastanka rakavega obolenja (Tepeš, 2008).

Literatura navaja, da je z okužbo s *Helicobacter pylori* povezanih več bolezni. Tako naj bi bile določene hematološke bolezni, kot je anemija idiopatske pomanjkljivosti železa, idiopatsko trombocitopenično purpuro in pomanjkanje vitamina B12, nevrodegenerativne motnje, kjer naj bi imele okužene osebe manjšo verjetnost smrti zaradi možganske kapi in za pljučnega raka, vendar pa naj bi imele okužene ženske tudi večje tveganje, da zbolijo za nosečniško preeklampsijo, za odpornost na inzulin, pojav diabetesa mellitusa in bolezni jeter (Diaconu idr., 2017; Tsay in Hsu, 2018). Okužba s *Helicobacter pylori* naj bi pripomogla tudi k večji pojavnosti ateroskleroze,

za kar naj bi bilo krivo poslabšanje presnovnih motenj in pojav nevrodegenerativnih bolezni. Serološke študije kažejo, da lahko kronična okužba s *Helicobacter pylori*, zlasti z bolj virulentnimi sevi, bolnike nagne k nastanku ateroskleroze in s tem povezanih neželenih kliničnih dogodkov, PCR-študije kažejo, da naj bi DNK bakterije *Helicobacter pylori* našli v aterosklerotičnih plakih, čeprav je za to še vedno premalo dokazov. Če bi bila povezava potrjena, bi bil njen pomen za javno zdravje izredno pomemben, saj je izkoreninjenje *Helicobacter pylori* bolj enostavno in poceni kot dolgotrajno zdravljenje drugih dejavnikov tveganja. Tudi bolniki s kronično črevesno boleznijo (KČB) naj bi imeli bolj pogosto pridružene okužbe s *Helicobacter pylori* (He, Yang in Lu, 2014).

Bolniki z okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* imajo 10–20 % tveganje, da se tekom življenja pri njih pojavijo peptične razjede, in 1–2 % tveganje za pojav raka na želodcu. Če vnetje prizadene pilorični antrum (del želodca ob vratarju), obstaja pri njih večje tveganje za pojav razjed v dvanajstniku, če pa je vnetje prisotno v predelu želodčnega korpusa, je večja verjetnost za nastanek želodčnih razjed in raka na želodcu (Suerbaum in Michetti, 2002).

1.3 Metode za odkrivanje bakterije *Helicobacter pylori*

Poznamo invazivne in neinvazivne metode odvzemov vzorcev in določanja okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*. Gastritis, ki nastane zaradi okužbe z bakterijo, se lahko diagnosticira iz vzorcev sluznice, odvzetih ob endoskopski preiskavi. To je invazivna metoda, pri kateri lahko prisotnost bakterije diagnosticiramo na različne načine (Jeruc, 2010):

- s histološkim pregledom prizadete sluznice (biopsija),
- s hitrim bioptičnim ureaznim testom (HUT),
- s kultivacijo bakterij na mikrobioloških gojiščih in dokazom bakterij z verižno reakcijo s polimerazo (PCR),
- s pregledom sveže odvzetega vzorca biopsije s faznokontrastnim mikroskopom.

Neinvazivne metode za ugotavljanje bakterije pa so (Jeruc, 2010):

- dihalni ureazni test,
- serološke preiskave (določanje protiteles razredov IgA in IgG),
- dokazovanje bakterije *Helicobacter pylori* v blatu.

1.3.1 Histološka preiskava

Najzanesljivejša metoda za ugotavljanje predrakavih sprememb na želodčni sluznici je biopsija želodčne sluznice. Ta preiskava omogoča natančno histološko oceno in pa tudi oceno razširjenosti spremembe. Vendar pa je to mogoče le takrat, ko so biopsije odvzete in poslone v skladu s posodobljenim Sydneyskim protokolom. To pomeni, da je potrebno odvzeti dva biopsijska vzorca iz antruma želodca, enega iz angularne gube ter dva vzorca iz korpusa želodca. Za lažje razvrščanje bolnikov v skupine z različnim tveganjem za nastanek raka se lahko uporabi sistem za ocenjevanje OLGA (angl. Operative Link for Gastritis Assessment) ali OLGIM (angl. Operative Link for Gastric Intestinal Metaplasia Assessment) (Zidar, Kojc in Tepeš, 2014).

Histološka preiskava je dejansko mikroskopski pregled celic in tkiv pod mikroskopom (elektronskim ali svetlobnim mikroskopom). Obstajajo različne metode, ki se uporabljajo za preučevanje značilnosti tkiva in mikroskopskih struktur celic. Histološko obarvanje je najpogostejši medicinski postopek v patološki diagnostiki in forenzičnih študijah. Ta metoda je zelo koristna pri preučevanju obolelih tkiv kot pomoč pri zdravljenju. Postopek histološkega obarvanja vsebuje pet ključnih faz, ki vključujejo fiksacijo, obdelavo, vdelavo, rezanje in obarvanje. Zgodnji histologi so uporabljali razpoložljive kemikalije za pripravo tkiv za mikroskopske študije. Te laboratorijske kemikalije so obsegale od kalijevega dikromata, alkohola in živosrebrnega klorida do trdih celičnih tkiv. Ti fiksativi in sredstva za barvanje so bili iznajdljivi in po določenem obdobju so se razvila barvna sredstva, ki se še danes uporabljajo v laboratorijskih tehnikah obarvanja (Alturkistani, Tashkandi in Mohammedsaleh, 2016).

1.3.2 Hitri bioptični ureazni test (HUT)

Bakterija *Helicobacter pylori* izloča encim ureazo, kar nam omogoča dokazovanje okužbe z bakterijo s pomočjo hitrega ureaznega testa (HUT). Biopsije, pridobljene med endoskopijo, se namestijo v medij, ki vsebuje sečnino in pH-indikator. Če je ureaza prisotna, se sečnina razgradi na ogljikov dioksid in amonijak, kar spremeni pH in s tem barvo medija. Na občutljivost testa vplivata gostota in oblika bakterije. Če je med biopsijo zajeto večje število bakterij, se lahko vzorec obarva zelo hitro. S povečevanjem časa inkubacije vzorca pa lahko pride tudi do lažno pozitivnih rezultatov, zato naj bi se po 24 urah vzorci zavrgli (Garza - Gonzales, Perez - Perez, Maldonada - Garza in Bosques - Padilla, 2014).

Pri hitrem ureaznem testu je potrebno odvzeti dve biopsiji iz korpusa in antruma želodca. Test se odčita po eni uri. Vzorec se shrani in zadnje odčitavanje se opravi po 24 urah. V primeru, da vzorec po 24 urah ni obarvan, to pomeni, da je rezultat negativen. Občutljivost testa je vsaj 90 %, specifičnost pa med 95 % in 100 %. HUT je lahko lažno negativen pri bolniku z akutno krvavitvijo iz želodca, pri obsežni atrofiji ali intestinalni metaplaziji sluznice želodca, pri trenutni ali nedavni uporabi antibiotikov, pripravkov bizmuta in zaviralcev protonske črpalke (ZPČ), saj ti znižujejo število bakterij in posledično to lahko privede do negativnega izvida preiskave, kar pa predstavlja nerealno sliko (Tepeš in Štabuc, 2018).

1.3.3 Kultivacija bakterij

Kadar je pri bolniku kljub večkratnem poskusu eradikacije bakterije le-to še vedno zaznati v želodčni sluznici, se opravi kultivacija bakterije in antibiogram. Potrebna sta ponovna gastrokopija in odvzem vzorcev želodčne sluznice iz različnih predelov želodca, ki se nanesejo na specifično gojišče za *Helicobacter pylori*, kjer po nekaj dneh inkubacije zrastejo kolonije *Helicobacter pylori*. Glede na naraščajočo stopnjo učinkovitih običajnih terapij z antibiotiki je bakterijska kultura nepogrešljiva metoda za odkrivanje rezistence na antibiotike pri izoliranih bakterijah in obvladovanje rezistence na antibiotike. Predhodno je potrebno prekiniti z jemanjem ZPČ za vsaj dva tedna, saj lahko to vpliva na rezultat preiskave. Ker je *Helicobacter pylori* izredno zahtevna

bakterija za osamitev in kultiviranje, lahko preživi transport do laboratorija samo v ustreznem transportnem gojišču, za rast pa potrebuje specialno obogatena gojišča, mikroaerofilno atmosfero, obogateno s 5–10 % CO₂, in minimalno 72 ur. Občutljivost kulture lahko znižajo še krvavitev, aktiven gastritis, nizka gostota bakterije v želodcu, nedavno pitje alkohola in jemanje antagonistov H₂ receptorjev (Garza - Gonzales idr., 2014; Mihajlović Mislej, Nemanič, Plut, Štabuc in Jeverica, 2016).

1.3.4 Verižna reakcija s polimerazo (PCR)

Verižna reakcija s polimerazo (angl. PCR, polymerase chain reaction) je zelo občutljiva molekularna metoda, ki jo lahko uporabimo tako za določanje bakterijske DNK kot tudi za ugotavljanje njene rezistence proti antibiotikom (Osredkar, 2004).

PCR-metoda omogoča odkrivanje bakterije v majhnih vzorcih, kjer je prisotno majhno število bakterij. Vzorci so lahko odvzeti na invaziven in neinvaziven način. Je enostavna in hitra metoda za namnožitev za *Helicobacter pylori* specifičnih delov DNA. Metoda ni primerna za spremljanje učinkovitosti terapije, saj se po zdravljenju lahko segmenti DNA uničene bakterije še vedno nahajajo v želodčni sluznici, kar lahko privede do lažno pozitivnih rezultatov. Materiali, s pomočjo katerih lahko odkrivamo prisotnost bakterije *Helicobacter pylori*, so slina, želodčni sok, blato itd. (Rimbara, Sasatsu in Graham, 2013).

1.3.5 Urea dihalni test

Urea dihalni test (UDT) je neinvazivna metoda za odkrivanje okužbe s *Helicobacter pylori* in uspešnosti eradikacije bakterije. Je izredno varna in neboleča metoda. UDT temelji na sposobnosti bakterije *Helicobacter pylori*, da razgradi peroralno absorbirano sečnino, označeno s ¹³C ali ¹⁴C, na CO₂ in amonijak, če je bakterija prisotna v želodčnem okolju. ¹³CO₂ ali ¹⁴CO₂ difundira v kri, se izdiha skozi pljuča in se lahko meri v izdihanem zraku. Vzorci izdihanega zraka se izmerijo po 30 minutah po zaužitju sečnine. Test je enostaven za izvedbo in ne potrebuje endoskopije. ¹³C je neradioaktivni neškodljiv izotop in ga lahko varno uporabljamo pri otrocih in ženskah v rodni dobi. Masni spektrometer z izotopskim razmerjem se običajno uporablja za merjenje ¹³C v vzorcih dihanja; vendar je naprava precej draga. V nasprotju s tem je ¹⁴C-sečnina poceni, vendar test lahko izvajajo le na oddelkih za jedrsko medicino, ki ima dovoljenje za skladiščenje in odlaganje radioaktivnih reagentov. Test je zelo natančen, saj se vrednosti občutljivosti in specifičnosti približajo 100 %, je pa potrebno paziti, da bolnik pred testiranjem 4–6 tednov ne uživa antibiotikov in ZPC, saj lahko njihova uporaba pripelje do lažno negativnih rezultatov (Garza - González idr., 2014; Perets, Shporn, Boltin, Dickmon in Niv, 2016; Best idr., 2018).

1.3.6 Serološke preiskave

Serološki testi so relativno poceni, lahko dostopni in bolnikom veliko prijaznejši kot invazivne metode za preverjanje prisotnosti bakterije *Helicobacter pylori*. Serologija se uporablja tako za odkrivanje celotne bakterijske celice kot specifičnih proteinov *Helicobacter pylori*. Pri odločitvi, ali naj se kot izbirna metoda uporabi serološki

test, je treba upoštevati številne značilnosti. Zlasti je treba razmisliti o serološkem testu pri bolnikih z nedavno terapijo z antibiotiki ali ZPČ, s krvavitvami iz razjed ali atrofijo želodca. Ker okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* povzroči tvorbo specifičnih protiteles, lahko po določenem času določimo koncentracijo teh protiteles v krvi, želodčnem soku, slini ali blatu. Določitev teh protiteles ni uporabna pri ugotavljanju uspešnosti terapije z antibiotiki (Garza - González idr., 2014).

Pomanjkljivost testa je dolgotrajen obstoj protiteles v gostitelju tudi po uspešni terapiji. Posledično lahko mine precej časa med uporabo eradikacijske terapije in potrditvijo znatnega upada titrov protiteles. Zaradi tega uporabnost serologije pri potrditvi izkoreninjenja okužbe ni ustrezna metoda. Nasprotno pa nedavno zdravljenje z antibiotiki ali ZPČ ne vpliva na rezultate serologije (Garza - González idr., 2014).

1.3.7 Dokazovanje bakterije *Helicobacter pylori* v blatu

Pri odkrivanju prisotnosti bakterije *Helicobacter pylori* v blatu gre za dokazovanje prisotnosti antigenov proti *Helicobacter pylori* v vzorcih blata. Občutljivost, specifičnost in natančnost testa je nad 93 %, zato je to zanesljiva metoda za diagnosticiranje aktivne okužbe in potrditev učinkovitosti zdravljenja okužbe, saj test zazna trenutno okužbo s *Helicobacter pylori*.

Do lažno pozitivnih rezultatov lahko pride pri prisotnosti drugih vrst bakterije rodu *Helicobacter*, na natančnost testa pa vplivajo tudi krvavitve iz zgornjih prebavil, motnje prebavnega trakta in zdravljenje z ZPČ. Vzorci blata se lahko hranijo 24 ur pri sobni temperaturi ali 72 ur pri 4° C (Garza - González idr., 2014; Moon, Lee, Hur in Yun, 2018).

1.4 Zdravljenje

Standardna oblika zdravljenja prvega izbora je tritirno zdravljenje s kombinacijo zaviralca protonske črpalke (npr. omeprazol, lasnoprazol) in dveh antibiotikov (klaritromicin in amoksisilin) (Mirbagheri, Hasibi, Abouzari in Rashidi, 2006). Vendar pa odpornost bakterije na klaritromicin narašča in se je uspešnost zdravljenja v zadnjem desetletju zato znižala na 80 %. Narašča tudi dvojna odpornost bakterije proti klaritromicinu in metronidazolu (Kim idr., 2019). Zato nekatere novejšie smernice priporočajo štiritirno terapijo z bizmutom, vendar pa se tu porajajo pomisleki glede prekomerne in nepravilne uporabe antibiotikov, kar lahko privede do resnejših stranskih učinkov (Choi idr., 2019).

Uspeh zdravljenja je potrebno preveriti mesec ali več po koncu zdravljenja. Pred tem bolnik en mesec ne sme jemati antibiotikov, 14 dni pred tem pa ne zdravil, ki zavirajo delovanje protonske črpalke (Malferttheiner idr., 2012).

Razlogi za neuspeh zdravljenja so slabo sodelovanje bolnika, odpornost bakterije na predpisane antibiotike, zmanjšana učinkovitost antibiotika zaradi nizkega pH želodčnega soka in zelo številčna prisotnost bakterij (Tepeš, 2005).

2 Namen in metode dela

Namen raziskave je bil predstaviti bakterijo *Helicobacter pylori* in težave, ki jih povzroča, načine ugotavljanja njene prisotnosti, zdravljenje in dovzetnost za okužbo glede na življenjski slog s poudarkom na kajenju in pitju alkohola. Uporabljen je bil kvantitativni način zbiranja podatkov. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni in sekundarni viri. Primarni podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja, sekundarni pa s pomočjo pregleda tuje in domače literature ter bibliografskih baz.

Praktični del naloge je bil izveden z anketiranjem bolnikov, ki so prišli na gastroskopski pregled, in z izvedbo hitrega ureaznega testa Jatrox (Jatrox H.p.-Test) pri vsakem izmed njih. Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz več sklopov. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke (spol, starost, izobrazba in bivališče), drugi sklop vprašanj na življenjski slog anketirancev in tretji sklop je vseboval vprašanja, ki so se navezovala na pretekle izkušnje z bakterijo *Helicobacter pylori*, morebitne težave ob tem in zdravljenje.

V raziskavo je bilo vključenih 200 bolnikov. Raziskava je potekala od marca 2014 do junija 2014 na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, in sicer v endoskopskih ambulantah.

Na Kliničnem oddelku za gastroenterologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana delujeta dve gastroskopski ambulanti. V vsaki ambulanti je v rednem programu povprečno dnevno naročenih 14 bolnikov. Bakterijo smo dokazovali z odščipom bioptičnega vzorca želodčne sluznice bolnika med gastroskopijo, ki smo ga dali v posodico z reagentom za hitri ureazni test proizvajalca Jatrox. Ker bakterija vsebuje encim ureazo, smo njeno prisotnost dokazovali z obarvanjem reagentov v vijolično, kar je pomenilo, da je bolnik okužen z bakterijo *Helicobacter pylori*. Anketirali smo bolnike, pri katerih je bil med gastroskopijo odvzet vzorec želodčne sluznice za testiranje s hitrim ureaznim testom Jatrox. Preden smo začeli izvajati raziskavo, smo pridobili dovoljenje za njeno izvajanje s strani Komisije za medicinsko etiko. Po njihovi odobritvi smo pridobili dovoljenje še s strani Kliničnega oddelka za gastroenterologijo Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani, kjer se je raziskava tudi izvajala. Anketo so izpolnjevali le tisti, ki so prostovoljno privolili v sodelovanje v raziskavi. Anketo so izpolnjevali takoj po opravljeni gastroskopiji med čakanjem na gastroskopski izvid v čakalnici. Ko so prejeli izvid preiskave, so izpolnjen vprašalnik vrnili. Vsak vprašalnik je bil oštevilčen in z enako številko smo označili tudi odvzeti vzorec za hitri ureazni test proizvajalca Jatrox. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Odgovori so bili statistično obdelani s pomočjo programa Excel. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

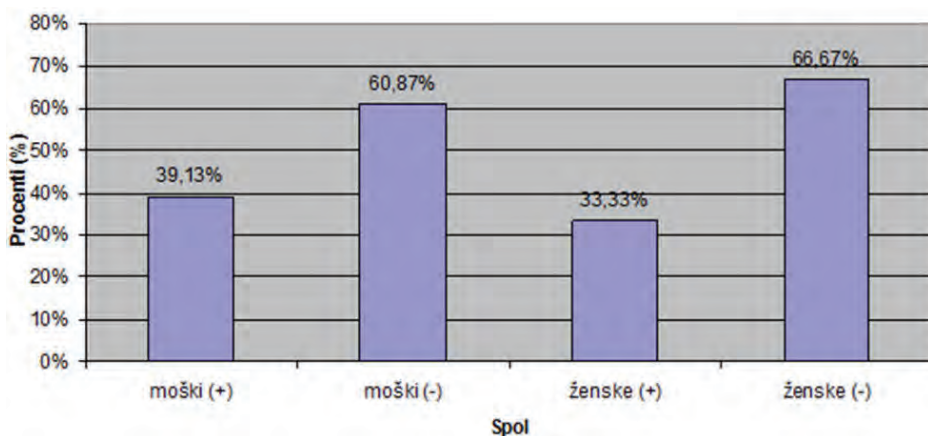
3 Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 92 moških in 108 žensk. Med bolniki, ki so bili napoteni na gastrokopijo, je bil delež negativnih na prisotnost bakterije (64 %) večji, kot pa je bil delež pozitivnih (36 %).

Od tega 56 (60,9 %) moškim z ureaznim testom proizvajalca Jatrox niso ugotovili prisotnosti bakterije *Helicobacter pylori*, pri ostalih 36 (39,1 %) bolnikih pa je bil pozitiven. Pri bolnicah je bil ureazni test proizvajalca Jatrox na prisotnost bakterij *Helicobacter pylori* negativen pri 72 (66,7 %) in pozitiven pri 36 (33,3 %) (slika 1).

V naši raziskavi smo bakterijo *Helicobacter pylori* dokazali najpogosteje pri starostni skupini 31–40 let in pri skupini 50–57 let.

Slika 1: Odstotek anketiranih moških in žensk, pri katerih smo z ureaznim testom biopsije ugotavljali bakterijo *Helicobacter pylori*

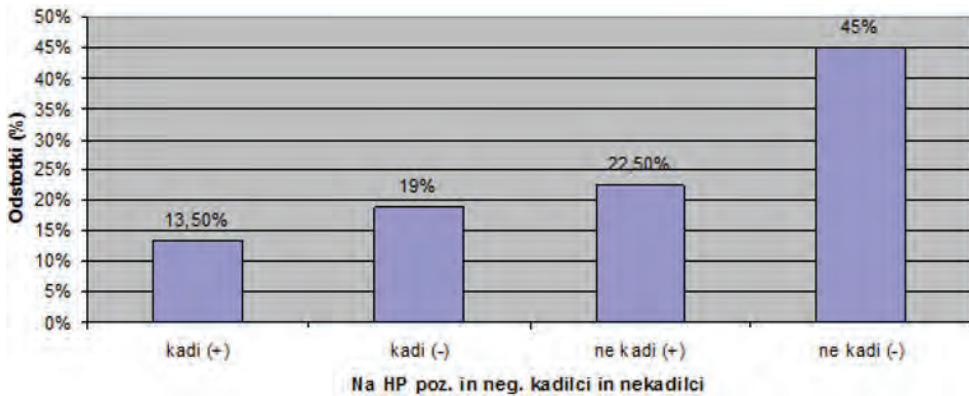


S statistično analizo povezav med okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* in spolom nismo ugotovili statistično pomembne razlike v prisotnosti okužbe glede na spol, saj je $p = 0,395$, kar smo ugotovili s testom hi-kvadrat.

Naša raziskava je pokazala, da je bilo od 200 rizičnih anketirancev (s kliničnimi znaki) 72 pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori*. Od teh 72 jih je bilo 27 (37,5 %) kadilcev in 45 (62,5 %) nekadilcev. Med tistimi, pri katerih nismo ugotovili okužbe s *Helicobacter pylori*, je bilo kadilcev manj (29 %), vendar test hi-kvadrat ni pokazal statistično pomembne povezave med prisotnostjo *Helicobacter pylori* in kajenjem ($p = 0,26$). Med nekadilci jih je precej kadilo v preteklosti. Ugotovili smo, da jih je od 200 anketirancev kadilo v preteklosti ali jih kadi še danes 121 in od tega jih je bilo 46 pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori*, tj. 23 % glede na število vseh anketirancev. To pomeni, da jih je bilo od 72, ki so bili pozitivni na bakterijo *Helicobacter pylori*, kar 46 (63,9 %) bivših ali trenutnih kadilcev, 26 (36,1 %) pa jih ni nikoli kadilo, vendar so bili okuženi z bakterijo *Helicobacter pylori*. Podatki kažejo, da je okužba z bakterijo *Helicobacter pylori* pogostejša pri tistih, ki so kadili kadar koli v življenju, kot pri tistih, ki niso nikoli kadili, vendar tudi v tem primeru povezava ni statistično pomembna ($p = 0,13$).

Z anketnim vprašalnikom smo ugotovili, da jih je od 200 anketirancev kadilo 65 (32,5%), od tega jih je bilo 27 (13,5%) pozitivnih na *Helicobacter pylori* in 38 (19%) negativnih. Nekadilcev je bilo 135 (67,5%), od tega jih je bilo 45 (22,5%) pozitivnih na *Helicobacter pylori* in 90 (45%) negativnih (slika 2).

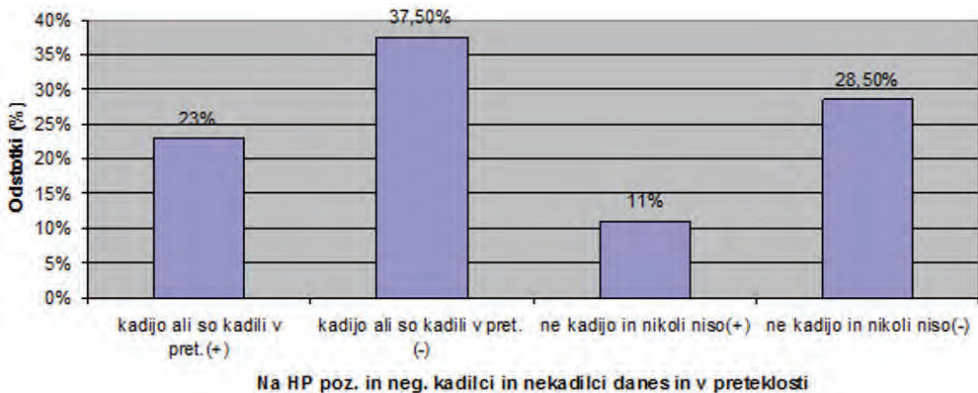
Slika 2: Delež (%) pozitivnih (+) in negativnih (-) kadilcev in nekadilcev na *Helicobacter pylori*



S statistično analizo povezanosti okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori* in kajenjem nismo ugotovili statistično značilne povezave ($p = 0,26$).

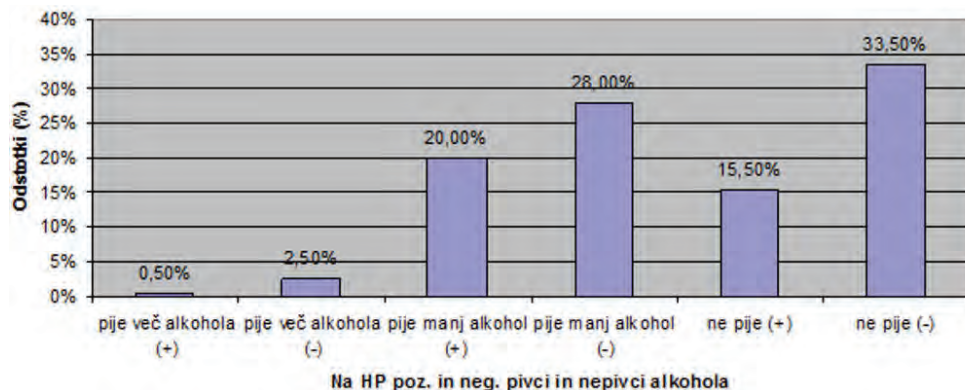
Z anketnim vprašalnikom smo ugotovili, da je od 200 anketirancev trenutno kadilo ali je kadilo v preteklosti 121 (60,5%) anketirancev, od tega jih je bilo 46 (23%) pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori*. 79 (39,5%) jih ni nikoli kadilo, od tega jih je bilo 22 (11%) pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori* (slika 3).

Slika 3: Delež (%) pozitivnih (+) in negativnih (-) kadilcev in nekadilcev trenutno in v preteklosti na *Helicobacter pylori*



Od 200 anketirancev sta bila 102 anketiranca pivca alkoholnih pijač, od tega jih je bilo 41 (20,5%) pozitivnih na *Helicobacter pylori*, 98 pa jih ni pilo alkoholnih pijač, med njimi je bilo 31 (15,5%) pozitivnih na *Helicobacter pylori* (slika 4).

Slika 4: Delež (%) na *Helicobacter pylori* pozitivnih (+) in negativnih (-) pivcev in nepivcev alkoholnih pijač



Pije več alkohola (+,-) pomeni, da je oseba spila vsaj 2–3 dl vina, 3–4 dl piva ali 0,5 dl žganja; pije manj alkohola (+,-) pomeni, da je oseba spila 1–2 dl vina, 2–3 dl piva ali 0,3 dl žganja ali manj; ne pije (+,-) pomeni, da alkoholnih pijač sploh ni uživala.

S statistično analizo test hi-hvadrat nismo ugotovili statistično značilne povezave oz. soodvisnosti med okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* in uživanjem alkohola ($p = 0,21$).

4 Razprava

Po zadnjih znanih podatkih je bila v Sloveniji leta 1990 prekuženost z bakterijo *Helicobacter pylori* 51,7 %, leta 2005 pa 25 %. Pri tem je bilo največ okuženih oseb v starostni skupini 50–59 let, na kar verjetno vpliva način življenja v mladosti. Ker so se življenjske razmere izboljšale in ker se je uvedlo antibiotično zdravljenje okužbe, prevalenca kolonizacije upada (Jeverica idr., 2015).

Kot smo že omenili, razlike v okuženosti starostnih skupin ne pomenijo, da se s starostjo v vseh obdobjih okuženost veča, ampak gre za generacijsko značilnost, ki je odsev socialnoekonomskih pogojev, bivalnega standarda in osebne higiene v otroštvu posamezne generacije. Danes vemo, da je stopnja okuženosti odvisna od preskrbljenosti s pitno vodo, od sanitarne higiene, števila otrok, okuženosti matere in od ekonomskega stanja družine. Možni načini prenosa so črevesno-ustni, želodčno-ustni, drugi, npr. iatrogeni, pa so redki (Tepeš, 2008).

V naši raziskavi se je izkazalo, da ne obstaja statistično pomembna povezava med dokazano okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* in uživanjem alkohola, kar dokazujejo tudi študije, izvedene drugod po svetu. V azijski študiji ni bilo ugotovljeno, da dejavniki, povezani z alkoholom, vplivajo na okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori* (Yang idr., 2017). Do istega zaključka so prišli v raziskavi, izvedeni v Nigeriji, kjer so Mnena, Ebele in Risk Emmanuel (2017) ugotovili, da ni pomembne povezave med

uživanjem alkohola in okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori*. O podobnih ugotovitvah pa poročajo tudi iz Portugalske, Kitajske in ZDA (Ofori idr., 2019). Tudi Brenner, Rothenbacher, Bode, Gonser in Adler (1997) ugotavljajo, da količina zaužitega alkohola ne vpliva na pojavnost aktivne okužbe, so pa ugotovili pozitivno razmerje med uživanjem kave in pojavom infekcije z bakterijo *Helicobacter pylori*.

Nekatere ugotovitve glede zaščitnega učinka alkohola na bakterijo *Helicobacter pylori* kažejo, da je to lahko povezano z njegovim protimikrobnim učinkom, vendar pa so druge ugotovitve dale nasprotujoče si rezultate (Brenner idr., 2001; Moayyedi idr., 2002; Murray idr., 2002). Nekateri rezultati kažejo, da uživanje zmernih količin alkohola v obliki vina, piva in žganih pijač zaščiti pred okužbo z bakterijo *Helicobacter pylori*. To lahko pojasnijo trije mehanizmi. Prvič, alkohol lahko izzove protibakterijski učinek in zato prepreči novo okužbo. Drugič, alkohol lahko deluje baktericidno na že obstoječo bakterijo *Helicobacter pylori* (Ogihara idr., 2000), in nazadnje, nekatere alkoholne pijače stimulirajo izločanje želodčne kisline, ki dodatno zniža pH v želodcu, kar bi lahko zavrlo razmnoževanje bakterije *Helicobacter pylori* (Bujanda, 2000).

Je pa raziskava na Japonskem pokazala, da so ženske, ki pijejo alkohol, bolj odporne na izkoreninjenje bakterije s primarno terapijo. Koeficient kvot je naraščal glede na pogostost pitja. Pri moških te povezave ni bilo opaziti. Iz preteklih študij je znano, da se izločanje želodčne kisline aktivira z uživanjem alkohola, kar vpliva na razgradnjo antibiotikov in zmanjšuje njihovo učinkovitost zaradi znižanja pH v želodcu. Po eni izmed študij, izvedenih v Španiji, pa naj bi uživanje vina pozitivno vplivalo na uspešnost eradikacije bakterije (Ozeki, Asano, Furuta in Ojima, 2019). Podobna študija je bila izvedena na Japonskem v bolnišnici Saiseikai v Karatsu, kjer so prišli do spoznanja, da kajenje in uživanje alkohola nista vplivala na eradikacijo izkoreninjenja bakterije (Takara idr., 2019).

Ugotovljeno je bilo, da je med kadilci zmerno povečanje deleža okuženih z bakterijo *Helicobacter pylori*, vendar je bilo to povečanje zanemarljivo (Brenner idr., 1997). Tudi z našo raziskavo med kajenjem in pojavom aktivne okužbe nismo ugotovili statistično značilne povezave. Vendar pa Ofori idr. (2019) navajajo, da kajenje negativno vpliva na zaščitne mehanizme sluznice gastrointestinalnega trakta, kar povečuje tveganje za okužbo s *Helicobacter pylori*.

Po navedbah Mnena idr. (2017) naj bi pitje nepasteriziranega mleka vplivalo na pojavnost bakterije *Helicobacter pylori*, uživanje surove zelenjave pa ni pokazalo nobene povezanosti. Je pa raziskava iz Nigerije poročala o večji razširjenosti okužbe pri ljudeh, ki so svojo pitno vodo črpali iz vrtin, potokov in ribnikov, v primerjavi z ljudmi, ki so uporabljali vodo iz pipe (Ofori idr., 2019).

V naši raziskavi smo bakterijo *Helicobacter pylori* dokazali najpogosteje pri starostnih skupinah 31–40 in 50–57 let. Bakterijo smo dokazali z odščipom bioptičnega vzorca želodčne sluznice bolnika med gastrokopijo, ki smo ga dali v posodico za hitri ureazni test proizvajalca Jatrox. Če se je test obarval vijolično, je to pomenilo, da je bolnik okužen z bakterijo *Helicobacter pylori*.

Od rojstva prevalenca s *Helicobacter pylori* narašča s starostjo. Prevalenco ugotavljamo s protitelesi in kaže na to, da je človek v svojem življenju že bil v stiku s to bakterijo. Ali bo prišlo po okužbi oziroma infekciji (vnosu mikroorganizmov v telo) do težke ali lažje oblike bolezni ali pa bolezen sploh ne bo nastopila, je odvisno po eni strani od fizioloških lastnosti mikrobov in njihovega števila, po drugi strani pa od obrambnih sposobnosti gostitelja (Batagelj, 1998).

Želodec zaradi svojega kislega okolja ovira prehajanje mikroorganizmov iz okolja v prebavni trakt. Vendar so tudi na stenah želodca na kislino odporni laktobacili, streptokoki, kot tudi *Helicobacter pylori*, itd. (Godič Torkar in Zore, 2010). *Helicobacter pylori* je glavni vzrok za različne bolezni želodca. Poročali so o nekaterih dejavnikih tveganja, povezanih z okužbo s *Helicobacter pylori*, vendar pa študije o odnosu med okužbo s *Helicobacter pylori* in kajenjem ter pivskimi navadami dajejo nasprotujoče si rezultate.

Kadilci imajo za 0,82-krat (0,74–0,91) večje tveganje za *Helicobacter pylori* seropozitivnost kot tisti, ki niso nikoli kadili. Trenutna poraba cigaret je pokazala, v odvisnosti od odmerka, negativno povezavo z bakterijo *Helicobacter pylori* glede seropozitivnosti. Povezava med kajenjem in okužbo s *Helicobacter pylori* je močnejša pri mlajših osebah (Ogihara idr., 2000).

Naša raziskava je pokazala, da je bilo od 200 rizičnih anketirancev (s kliničnimi znaki) 72 pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori*. Od teh 72 jih je bilo 27 (37,5 %) kadilcev in 45 (62,5 %) nekadilcev. Torej je bilo več anketirancev, pri katerih so s hitrim ureaznim testom dokazali prisotnost bakterije *Helicobacter pylori* in so bili nekadilci, kot tistih, ki so bili pozitivni in kadilci. Vendar pa je tudi res, da jih je kar nekaj kadilo v preteklosti.

Ugotovili smo, da jih je od 200 anketirancev kadilo v preteklosti ali jih kadi še danes 121 in od tega jih je bilo kar 46 (23 %) pozitivnih na bakterijo *Helicobacter pylori*, če gledamo število vseh anketirancev. To pomeni, da jih je bilo od 72, ki so bili pozitivni na bakterijo *Helicobacter pylori*, kar 46 (67,65 %) bivših ali zdajšnjih kadilcev, 26 (36,1 %) pa jih ni nikoli kadilo, vendar so imeli prisotno bakterijo *Helicobacter pylori*.

Helicobacter pylori je lahko vzrok za pojav kroničnega gastritisa. Veliko dejavnikov tveganja, kot so uživanje alkohola in kajenje, lahko prispeva h kolonizaciji in okužbi z bakterijo *Helicobacter pylori* pri ljudeh. Cilj raziskave, ki so jo izvedli Zhang idr. (2010), je bil preučiti, ali je uživanje alkohola in kajenje povezano s prisotnostjo bakterije *Helicobacter pylori* pri bolnikih s funkcionalno dispepsijo. To bakterijo je potrdil s testom CLO in histološkim pregledom na vsaj dveh biopsijah. Aktivni kronični gastritis je bil diagnosticiran z uporabo posodobljenega sistema Sydney.

Informacije o navadah pitja in kajenja, spolu in starosti so bile zbrane s pomočjo standardnega vprašalnika. Funkcionalna dispepsija je bila diagnosticirana v skladu z diagnostičnimi merili Rim II. *Helicobacter pylori* je bil dokazan pri 27,3 % bolnikih, ki so imeli funkcionalne dispepsije.

5 Zaključek

Med gastroskopsko preiskavo smo med anketiranci z ureaznim testom proizvajalca Jatrox ugotovili prisotnost bakterije *Helicobacter pylori* le pri nekaj več kot tretjini. Večinoma se z bakterijo koloniziramo do 10. leta starosti, zato lahko sklepamo, da na samo pojavnost bakterije še vedno najbolj vpliva socialnoekonomski status in ne življenjski slog, saj v tej starosti še ni običajno tveganege vedenja v povezavi z življenjskim slogom. Verjetno pa kasnejše uživanje alkohola in/ali kajenje pogosteje sproži nastanek obolenja.

Boljša ozaveščenost prebivalstva o bakteriji *Helicobacter pylori*, načinih njenega prenosa in možnih dejavnikov tveganja za njeno pojavnost bi verjetno pripomogla k njenemu upadanju. Veliko ljudi niti ne ve, da obstaja, kljub temu da je kolonizacija z njo tako pogosta.

Z akcijami ozaveščanja, kot npr. plakati, učnimi delavnicami, brošurami in reklamami na javnih mestih in predavanjih zdravstvenega osebja v javnih ustanovah in šolah, bi lahko ozaveščali ljudi o bakteriji *Helicobacter pylori* in tako zmanjševali njeno širjenje.

Kristina Rakuša Krašovec, Anamarija Zore, PhD

The Occurrence of *Helicobacter Pylori* Bacteria in Human Digestive Tract in Connection with Lifestyle

*Helicobacter pylori is a Gram-negative bacterium found in the majority of the world population. Its prevalence varies depending on the geographical area, but is more commonly detected in less developed areas, with colonization of more than 80%, while the colonization in the developed countries ranges from 20-50% (Bittencourt de Brito, Franca da Silva, Silva Soares, Pereina, Cordeiro Santos, Sampaio, et al., 2019). Infection usually occurs during childhood, but, especially in the developed world, the bacterium is detected among the older population. This is probably due to poor living conditions during childhood. In the developing countries, however, children are still highly susceptible to infection with *Helicobacter pylori*. How the bacterium is transmitted is not yet fully reported, but is most likely transmitted via the oral or fecal route (Diacon, Predesco, Moldovean, Pop, and Fierbintean - Braticevica, 2017).*

*The clinical features of *Helicobacter pylori* range from asymptomatic gastritis to gastrointestinal malignancy. The *Helicobacter pylori* infection is considered one of the major factors in many gastric diseases, such as gastritis, gastric ulcers and atrophic gastritis with intestinal metaplasia, which is closely related to gastric cancer (Diaconu et al., 2017; Kim and Shin, 2018). As mentioned, infection with *Helicobacter pylori* causes gastritis. The clinical course of infection depends on the prevalence and intensity of gastritis. In more than 80% of the colonized people, symptoms do not occur at all.*

We distinguish between acute gastritis, chronic gastritis and duodenal ulcers. In acute gastritis, characterized by mild gastritis, there is little effect on gastric acid secretion. Most infected people have this form of gastritis that does not cause any serious clinical illness. Abdominal pain, nausea and vomiting can occur, but these problems disappear within a few days. If the bacterium settles throughout the gastric mucosa, the disease goes into chronic form. Duodenal ulcer occurs in approximately 15% of infected patients. They are characterized by gastritis with antrum and mild gastric injury. These patients secrete higher amounts of gastrin and stomach acid. This is due to an impairment of the acid secretion feedback loop (gastrin-acid-somatostatin-blockade of gastrin secretion), which is due to the decreased number of D cells because of the damage to the antral mucosa. Infected patients with this gastritis phenotype have duodenal ulcers and prepilloric regions. A chronic presence in a human of a virulent strain can, however, lead to the development of a cancer (Tepeš, 2008).

*The literature indicates that the *Helicobacter pylori* infection is associated with several diseases outside the digestive tract. Patients with the *Helicobacter pylori* infection have a 10-20% risk of peptic ulcers during their lifetime and a 1-2% risk of gastric cancer. If inflammation affects the pyloric antrum (part of the stomach at the porter), they are at increased risk for duodenal ulcers, but if the inflammation is present in the gastric corpus, they are more likely to develop gastric ulcers and gastric cancer (Suerbaum and Michetti, 2002).*

*The purpose of the study was to present *Helicobacter pylori* and the problems it causes, ways of detecting its presence, treatment and susceptibility to infection in relation to lifestyle. The following hypotheses were put forward:*

*H1: The presence of the *Helicobacter pylori* infection depends on diet, smoking and lifestyle.*

*H2: The incidence of the *Helicobacter pylori* infection has been declining in recent years as people are more familiar with this infection, the route of transmission and treatment.*

H3: The number of patients varies depending on gender and age.

A quantitative method of data collection was used. Primary and secondary sources were collected, analyzed and synthesized for the purposes of empirical work. Primary data were collected through a survey technique, and secondary data were collected through a review of foreign and domestic literature and bibliographic databases.

*The practical part of the task was performed by interviewing patients and performing a rapid Jatrox urease test (Jatrox H.p.-Test) in each of them. A survey questionnaire consisting of several sets was used to collect the data. The first set of questions pertained to demographic information (gender, age, education and residence), the second to the respondents' lifestyle and the third set contained questions related to past experience with *Helicobacter pylori*, potential problems and treatment.*

The study included 200 patients. It was conducted from March 2014 to June 2014 at the Clinical Department of Gastroenterology of the University Medical Centre Ljubljana in endoscopic dispensaries.

We surveyed patients who had a sample of gastric mucosa sampled for gastrointestinal testing for a rapid urinary Jatrox test. Prior to launching the survey, we were authorized by the National Medical Ethics Committee. After their approval, we obtained a license from the Clinical Department of Gastroenterology at the University Medical Centre Ljubljana, where the research was also conducted. Only those who voluntarily consented to participate in the survey completed the survey. The survey was completed immediately after the gastroscopy was performed, while waiting for a gastroscopic examination in the waiting room. Participation in the survey was voluntary and anonymous. Responses were statistically processed using Excel. At all stages of data collection and processing, ethical research principles were followed.

According to the latest known data, in 1990, the prevalence of *Helicobacter pylori* was 51.7%, and 25% in 2005. Most of the infected persons were in the age group of 50-59 years, influenced by the way of life at a young age. As living conditions have improved and antibiotic treatment for infection has been introduced, the prevalence of colonization is declining (Jeverica et al., 2015).

In our study, *Helicobacter pylori* was most commonly found in the 31-40 and 50-57 age group.

Our study found that there were 200 high-risk subjects (with clinical signs), 72 positive for *Helicobacter pylori*. Of these 72, 27 (37.5%) were smokers and 45 (62.5%) non-smokers. Therefore, there were more respondents with confirmed bacteria who were non-smokers than smokers. However, it is also true that quite a few were smokers in the past. We found that out of 200 respondents, 121 were smokers or had smoked in the past, and 46 (23%) of all respondents were *Helicobacter pylori* positive. This means that of the 72 who were positive for *Helicobacter pylori*, as many as 46 (63.9%) were former or current smokers and 26 (36.1%) had never smoked but were infected with *Helicobacter pylori*. In terms of percentage, the number of people infected with the bacterium who have smoked at any time in their lives is higher than the number of those who have never smoked.

Our study found that there was no positive correlation between the proven *Helicobacter pylori* infection and alcohol consumption, as evidenced by the studies conducted elsewhere in the world.

In an Asian study, alcohol-related factors were not found to affect *Helicobacter pylori* infection (Young et al., 2017). The same conclusion was reached in a study conducted in Nigeria, where Mnena, Ebele and Risk Emmanuel (2017) found that there was no significant relationship between alcohol consumption and *Helicobacter pylori* infection. Similar findings are reported from Portugal, China and the USA (Ofori et al., 2019). Also, Brenner, Rothenbacher, Bode, Gonser, and Adler (1997) found that the amount of alcohol consumed did not affect the incidence of active infection, but found a positive relationship between coffee consumption and the occurrence of the *Helicobacter pylori* infection. In most cases, the infection occurs by the age of 10, so it can be concluded that the very appearance of the bacterium is still most influenced by socio-economic status rather than lifestyle, since there is no typical life-threatening behaviour at that age. The eradication of the bacterium is carried out with appropria-

te trituration therapy, in combination with antibiotics and a proton pump inhibitor, but the problems appear to be due to the bacterial resistance to antibiotic action.

LITERATURA

1. Alzahrani, S., Lina, T. T., Gonzalez, J., Pinchuk, I. V., Beswick, E. J. and Reyes, V. E. (2014). Effect of *Helicobacter pylori* on gastric epithelial cells. *World J Gastroenterol*, 20, št. 36, str. 12767–12780. Pridobljeno 22. 11. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177462/>.
2. Alturkistani, H. A., Tashkandi, F. M. and Mohammedsleh, Z. M. (2016). Histological stains: A literature Review and Case Study. *Global Journal of Health Science*. Canadian Center of Science and Education, 8, št. 3, str. 72–79.
3. Batagelj, E. (1998). Splošna mikrobiologija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani-Visoka šola za zdravstvo.
4. Best, L. M. idr. (2018). Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, št. 3, CD012080. doi:10.1002/14651858.CD012080.pub2.
5. Bittencourt de Brito, B., Franca da Silva, F. A., Silva Soares, A., Pereira, V. A., Cordeiro Santos, M. L., Sampaio, M. M. idr. (2019). *World J Gastroenterol*, 25, št. 37, str. 5578–5589. Pridobljeno 22. 11. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785516/>.
6. Brenner, H., Rothenbacher, D., Bode, G., Gonsler, T. and Adler, G. (1997). Relation of smoking and alcohol and coffee consumption to active *Helicobacter pylori* infection: cross-sectional study. *BMJ*, 315, str. 1489–1492.
7. Brenner, H., Bode, G., Adler, G., Hoffmeister, A., Koenig, W. and Rothenbacher, D. (2001). Alcohol as a gastric disinfectant? The complex relationship between alcohol consumption and current *Helicobacter pylori* infection. *Epidemiology*, 12, str. 209–214.
8. Bujanda, L. (2000). The effects of alcohol consumption upon the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol*, 95, str. 3374–3382.
9. Choi, Y. I. idr. (2019). Tailored eradication vs empirical bismuth-containing quadruple therapy for first-line *Helicobacter pylori* eradication: A comparative, open trial. *World journal of gastroenterology*, 25, št. 46, str. 6743–6751. doi:10.3748/wjg.v25.i46.6743.
10. Diaconu, S., Predescu, A., Moldoveanu, A., Pop, C. S. and Fierbinteanu - Braticevici, C. (2017). *Helicobacter pylori* infection: old and new. *Journal of Medicine and Life*, 10, št. 2, str. 112–117. Pridobljeno 9. 12. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467250/>.
11. Garza - González, E., Perez - Perez, G. I., Maldonada - Garza, H. J. and Bosques - Padilla, F. J. (2014). A review of *Helicobacter pylori* diagnosis, treatment, and methods to detect eradication. *World Journal of gastroenterology*, 20, št. 6, str. 1438–1449.
12. Godič Torkar, K. and Zore, A. (2010). Mikrobiologija s parazitologijo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
13. He, C., Yang, Z. and Lu, N. H. (2014). *Helicobacter pylori*-an infectious risk factor for atherosclerosis? *J Atheroscler Thromb*, 21, št. 12, str. 1229–1242. Pridobljeno 27. 11. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25342566/>.
14. Jeruc, J. (2010). *Helicobacter pylori* in z njim povezane bolezni. *Medicinski razgledi*, 49, str. 433–443.
15. Jeverica, S., Plut, S. and Štabuc, B. (2015). Mikrobiološka diagnostika okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori* – ali jo namo pravilno uporabiti? *Medicinski razgledi*, 54, št. 2, str. 127–134. Pridobljeno 6. 1. 2020 s svetovnega spleta: http://www.imi.si/dokumenti/7_Banicevidnevi_zbornikfinalni.pdf#page=129.
16. Yang, S. idr. (2017). Effects of alcohol consumption, ALDH2 rs671 polymorphism, and *Helicobacter pylori* infection on the gastric cancer risk in a Korean population. *Oncotarget*, 8, št. 4, str. 6630–6641. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.14250>.

17. Kim, S. J. idr. (2019). Two-week bismuth-containing quadruple therapy and concomitant therapy are effective first-line treatments for *Helicobacter pylori* eradication: A prospective open-label randomized trial. *World journal of gastroenterology*, 25, št. 46., str. 6790–6798. doi:10.3748/wjg.v25.i46.6790.
18. Malfertheiner, P. idr. (2012). Management of *Helicobacter pylori* infection – The Maastrich IV/ Florence Consensus Report *Gut*, 61, str. 646–664.
19. Marshall, B. (1983). Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet*, 1, št. 8336, str. 1273–1275.
20. Marshall, B. J. and Warren, J. R. (1984). Unidentified curved bacilli in the stomach of patient with gastritis and peptic ulceration. *The Lancet*, 1311–1314. Pridobljeno dne 27. 11. 2019 s svetovnega spleta: www.med.mcgill.ca/epidemiology/hanley/c609/material/AmeeM/Marshall_Warren_Lancet_1984.pdf.
21. Mihajlović Mislej, E., Nemanič, T., Plut, S., Štabuc, B. and Jeverica, S. (2016). Usmerjeno zdravljenje okužbe z bakterijo *Helicobacter pylori*-ali še obstaja druga pot? Sistematični pregled literature in metaanaliza. *Zdravniški Vestnik*, 85, št. 10, str. 541–552.
22. Mirbagheri, S. A., Hasibi, M., Abouzari, M. and Rashidi, A. (2006). Triple, standard quadruple and ampicillin-sulbactam-based quadruple therapies for *Helicobacter pylori* eradication: a comparative three-armed randomized clinical trial. *World J. Gastroenterol.* 12, št. 30, str. 4888–4891.
23. Mnena, E., Ebele, U. and Risk Emmanuel, N. (2017). Factors associated with *Helicobacter pylori* infections in Makurdi Northcentral Nigeria. *Journal of Infectious Diseases Therapy*, 5, št. 325, str. 2332–0877. doi: 10.4172/2332-08771000325.1000325 [CrossRef] [Google Scholar].
24. Moaayedi, P. idr. (2002). Relation of adult lifestyle and socioeconomic factors to the prevalence of *Helicobacter pylori* infection. *Int J Epidemiol*, 31, str. 624–631.
25. Moon, H. W., Lee, S. Y., Hur, M. and Yun, Y. M. (2018). Characteristics of *Helicobacter pylori*-seropositive subjects according to the stool antigen test findings: a prospective study. *The Korean journal of internal medicine*, 33, št. 5, str. 893–901. doi:10.3904/kjim.2016.353.
26. Murray, L. J., Lane, A. J., Harvey, I. M., Donovan, J. L., Nair, P. and Harvey, R. F. (2002). Inverse relationship between alcohol consumption and active *Helicobacter* infection: the Bristol *Helicobacter* project. *Am J Gastroenterol*, 97, str. 2750–2755.
27. Ofori, E. G., Adinortey, C. A., Bockarie, A. S., Kyei, F., Tagoe, E. A. and Adinortey, M. B. (2019). *Helicobacter pylori* Infection, Virulence Genes' Distribution and Accompanying Clinical Outcomes: The West Africa Situation. *BioMed research international*, 7312908. <https://doi.org/10.1155/2019/7312908>.
28. Ogihara, A. idr. (2000). Relationship between *Helicobacter pylori* infection and smoking and drinking habits. Department of Epidemiology and Environmental Health, Juntendo University School of Medicine, Tokyo, Japan. aogi@med.juntendo.ac.jp. *J gastroenterol Hepatol*, 15, št. 3, str. 271–276.
29. Osredkar, J. (2004). Dihalni test s sečnino – njegovo mesto v diagnostiki. *Zdravstveni Vestnik*, 73, str. 13–17.
30. Ozeki, K., Asano, M., Furuta, T. and Ojima, T. (2019). Relationship between primary eradication of *Helicobacter pylori* and drinking habits in women: collaborative research between a pharmacy and a clinic. *Epidemiology and infection*, 147, e292. <https://doi.org/10.1017/S0950268819001730>.
31. Perets, T. T., Shporn, E., Baltin, D., Dickman, R. and Niv, Y. (2016). Stability of 13C-Urea Breath Test Samples Over Time in the Diagnosis of *Helicobacter pylori*. *JCLA-Journal of Clinical Laboratory Analysis*, 30, št. 3, str. 231–234.
32. Rimbara, E., Sasatsu, M. and Graham, D. Y. (2013). PCR Detection of *Helicobacter pylori* in Clinical Samples. V: Wilks, M. (Ed.). *PCR Detection of Microbial Pathogens. Methods and Molecular Biology (Methods and Protocols)*. NJ: Humana Press, Totowa, str. 279–287.
33. Suerbaum, S. and Michetti, P. (2002). *Helicobacter pylori* infection. *N. Engl. J. Med.*, 347, št. 15, str. 1175–1186.
34. Takara idr. (2019). Smoking and Drinking Did Not Insease the Failuse of Therapeutic *Helicobacter pylori*. Eradication by Vonoprazan, Clarithromycin and Amoxicillin. *Digestion*, 99, št. 2, str. 172–178.

35. Tepeš, B. (2005). Priporočila za zdravljenje okužbe s Helikobakter pylori v Sloveniji v letu 2005. *Gastroenterolog, revija Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo*, 9, št. 20, str. 77–85.
36. Tepeš, B. (2008). Ali je mogoče preprečiti nastanek raka želodca. *Gastroenterolog, revija Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo*, 12, št. 2, str. 34–43.
37. Tepeš, B. and Štabuc, B. (2018). Strokovna stališča Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo o obravnavi bolnikov okuženih z bakterijo Helicobacter pylori. *Zdravstveni Vestnik*, 87, št. 3–4, str. 176–190.
38. Tsay, F. W. and Hsu, P. I. (2018). Helicobacter pylori infection and extra-gastrointestinal diseases. *Journal of biomedical science*, 25, št. 1, str. 65. <https://doi.org/10.1186/s12929-018-0469-6>.
39. Zhang, L., Eslick, G. D., Xia, H. H., Wu, C., Phung, N. and Talley, N. J. (2010). Relationship between alcohol consumption and active Helicobacter pylori infection. Department of Gastroenterology, Nepean Hospital, Penrith, New South Wales, Australia. *Alcohol*, 45, št. 1, str. 89–94. doi: 10.1093/alcalc/agp068. Epub 6.
40. Zidar, N., Kojc, N. and Tepeš, B. (2014). Histološke in molekularnogenetske značilnosti predrakavih sprememb pri kroničnem gastritisu. *Zdravstveni Vestnik*, 83, str. 182–191.

*Kristina Rakuša Krašovec, predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.
E-naslov: kristina.rakusa-krasovec@uni-nm.si*

*Dr. Anamarija Zore, univ. dipl. biol., višja predavateljica na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.
E-naslov: anamarija.zore@zf.uni-lj.si*

Osveščenost študentk zdravstvene nege o raku materničnega vratu

Prejeto 28. 5. 2019 / Sprejeto 6. 5. 2020

Znanstveni članek

UDK 618.146-006:378

KLJUČNE BESEDE: študentje, zdravstvena nega, rak materničnega vratu, program Dora

POVZETEK - Rak materničnega vratu je četrta najpogostejša vrsta raka pri ženskah. Cilj raziskave je bil ugotoviti osveščenost študentk zdravstvene nege o raku materničnega vratu, o preventivni dejavnosti testa PAP in cepljenju proti HPV. Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela in kvantitativna metodologija raziskovanja z uporabo anketnega vprašalnika, ki je bil povzet po tujih raziskavah. Vzorec je zajemal 114 študentk rednega in izrednega študija zdravstvene nege. Ugotovili smo, da študentke delno prepoznajo dejavnike tveganja ter znake in simptome raka, medtem ko zelo dobro poznajo način prenosa okužbe s humanim papiloma virusom in so dobro seznanjene s preventivnim cepljenjem. Študentke z srednješolsko nezdravstveno izobrazbo svoje znanje bolje samocenujejo ($p = 0,016$) v primerjavi s študentkami s srednjo zdravstveno šolo. S presejalnim preventivnim programom PAP-test se pravočasno odkrije rak materničnega vratu. Pomembno je, da imajo medicinske sestre znanje in da izobražujejo ženske, da se redno udeležujejo organiziranega presejalnega programa Zora.

Received 28. 5. 2019 / Accepted 6. 5. 2020

Scientific article

UDC 618.146-006:378

KEYWORDS: students, nursing, cervical cancer, Zora programme

ABSTRACT - Cervical cancer is the fourth most common type of cancer in women. The aim of the study was to identify nursing students' awareness about cervical cancer, the preventive screening programme of the PAP test and the vaccination against the HPV virus. The study was based on the descriptive method of work and a quantitative methodology of research. Data was gathered with the survey questionnaire, summarized by foreign research. The sample consisted of 114 female nursing students. The results of the study found that nursing students partially recognize the risk factors, signs and symptoms of cervical cancer, while they are very well-informed about the possible ways of human papillomavirus transmission and about preventive vaccination. Students with secondary school education other than nursing better self-assessed their knowledge of cervical cancer ($p = 0.016$) than students who finished the secondary nursing school. Cervical cancer is detected with the screening PAP test programme. In addition, it is important that nurses educate women about regular participation in the organized Zora screening programme.

1 Uvod

Rak materničnega vratu (RMV) je četrta najpogostejša vrsta raka pri ženskah. Vsako leto za to boleznijo zbolijo okoli 500.000 žensk, od katerih polovica bolnic tudi umre (Primic Žakelj idr., 2017). Obolevnost za RMV se v Sloveniji zmanjšuje, saj je bilo leta 2017 rekordno majhno število novih primerov (85), leta 2018 pa je bilo odkritih 106 novih primerov, kar je za polovico manj kot ob začetku izvajanja državnega presejalnega programa za zgodnje odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb celic materničnega vratu (ZORA) leta 2003, ko je bilo odkritih 211 primerov (ZORA ONKO, 2020).

RMV je posledica okužbe s humanim papiloma virusom (HPV), ki lahko pri majhnem deležu okuženih žensk, ki imajo hkrati še druge, ne povsem znane dejavnike tveganja, povzroči spremembo zdravih celic v rakave (ZORA, 2018). Perzistentna okužba z enim od onkogenih HPV (16, 18, 45, 56) je bistven, vendar ne nujno zadosten vzrok za nastanek RMV (Gölb, 2017). HPV so odgovorni za več kot 95 % primerov RMV. Najpogostejša sta genotipa HPV 16 ter 18 (OI, 2018). Pri RMV gre za maligno transformacijo celic materničnega vratu na predelu transformacijske cone med ploščatim in žleznim epitelijem (Uršič - Vrščaj, 2009b). Maternični vrat je pred toksini in okužbami zaščiten s skvamoznoceličnim epitelijem. HPV primarno okuži skvamozne celice. Perzistentna okužba z visokorizičnimi genotipi virusa pa lahko vodi do metaplazije in displazije, ki so predrakave spremembe materničnega vratu (Rajkumar, 2018). RMV se v večini primerov prične kot cervikalna intraepitelijska lezija (CIN), ki sčasoma prek blage (CIN 1), zmerne (CIN 2) in hude (CIN 3) displazije napreduje v intraepitelijski karcinom in zatem v invazivni karcinom. Predrakava stopnja bolezni se po navadi pojavi pri ženskah pred 40. letom starosti, maligna bolezen pa se najpogosteje razvije pri ženskah med 50. in 60. letom starosti (AbdAllah idr., 2016). V nosečnosti je RMV najpogostejša maligna bolezen rodil. Incidenca je med 1 in 12 na 100.000 nosečnosti. Nosečnost pa ne vpliva na prognozo bolezni (Takač in Smrkolj, 2016).

Za nastanek RMV pa sta najpogosteje odgovorna visokorizična genotipa HPV 16 in 18 ter nekateri ostali genotipi HPV. Prisotnost visokorizičnih genotipov so odkrili v več kot 99 % biopsij RMV (Uršič - Vrščaj idr., 2009). Okužba s HPV je tudi najpogostejša spolno prenosljiva okužba, ki se najpogosteje zgodi po začetku spolne aktivnosti in je običajno le prehodne narave zaradi celično posredovane imunosti, torej samodejno mine. HPV se prenaša s stikom kože na kožo oziroma s sluznico ob spolnem odnosu, poleg tega pa se je možno z virusom okužiti tudi pri porodu. Virusi pri spolnem odnosu skozi majhne razpoke vdrejo v povrhnjo plast kože zunanjega spolovila ali sluznico nožnice oziroma materničnega vratu. Okužbe se najpogosteje pojavljajo med 20. in 24. letom starosti, medtem ko se število okuženih po 35. letu zmanjša. Do okužbe lahko pride že v prvih mesecih po prvem spolnem odnosu, večje število spolnih partnerjev in spolnih odnosov pa tveganje za okužbo še povečuje (Uršič - Vrščaj, 2009a). Večina okužb navadno mine brez simptomov in ker posamezniki za okužbo pogosto sploh ne vedo, se HPV lahko hitro prenaša med spolnimi partnerji (Rajkumar, 2018; Arbyn in von Karsa, 2008). Okužba v 80–90 % samodejno mine brez posledic v približno 12 mesecih. V redkih primerih pa virusi ostanejo prisotni in nastane perzistentna okužba, iz katere se lahko z leti razvijejo predrakave spremembe materničnega vratu ali RMV (Uršič - Vrščaj, 2009a).

Razvoj RMV se prične z neobičajnimi spremembami celic materničnega vratu. Tveganje za nastanek teh sprememb pa je povezano z različnimi dejavniki (Rajkumar, 2018). Okužba s HPV je predpogoj za nastanek RMV, zato so dejavniki tveganja za okužbo tudi dejavniki tveganja za razvoj RMV. Za nastanek RMV je potrebna interakcija več dejavnikov, saj sama okužba s HPV ne omogoča zadostnih pogojev za razvoj neoplastičnih sprememb v epiteliju materničnega vratu (Szaboova idr., 2014).

Dejavniki tveganja, ki vplivajo na okužbo s HPV, so:

- tvegano spolno vedenje (promiskuiteta),
- pogosto menjavanje spolnih partnerjev,
- spolni partnerji s pozitivno HPV-okužbo,
- prvi spolni odnos v zgodnjih letih (pred 15. letom starosti),
- druge spolno prenosljive okužbe in bolezni (npr. HIV, klamidija) (Szaboova idr., 2014; Uršič - Vrščaj, 2009a).

Različni okoljski in genetski dejavniki so vključeni v progresijo perzistentne okužbe s HPV za razvoj RMV. Ti dejavniki vplivajo na začetek razvoja neoplastičnih sprememb epitelijskega materničnega vratu in igrajo pomembno vlogo v etiologiji RMV. Dejavniki sami ne povzročajo bolezni, vendar so potrebni za ohranjanje perzistentne okužbe epitelijskega materničnega vratu (Szaboova idr., 2014). Dejavniki tveganja, ki vplivajo na progresijo okužbe s HPV v predrakave ali rakave spremembe, so številni: poroda, prva nosečnost v zgodnjih letih, oralna kontracepcija, družinska zgodovina RMV, boleznimunskega primanjkljaja, druge spolno prenosljive bolezni, prekomerna telesna teža, prehrana, ki vsebuje premalo sadja in zelenjave, kajenje, rasa in kulturne ovire, znanje in osveščenost o bolezni ter udeležba v presejalnih programih, ekonomski status in starost. Nekatere študije navajajo možnost, da naj bi ženske, ki so rodile več kot trikrat, zaradi hormonskih sprememb tekom nosečnosti bile dovzetnejše za okužbo s HPV in za RMV, medtem ko druge študije navajajo, da naj bi imele ženske, ki so večkrat rodile, oslabiljen imunski sistem in naj bi zaradi tega bile dovzetnejše za okužbo s HPV (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014; Uršič - Vrščaj 2009a). Pri prvi nosečnosti v zgodnjih letih visoko tveganje za okužbo s HPV sovпада z metaplastično aktivnostjo v puberteti. Visoka raven estrogena spodbudi oblikovanje nove transformacijske cone v materničnem vratu, ki je bolj ranljiva za okužbo s HPV, saj so tam prisotne nedozorele bazalne celice. Dejavniki tveganja, kot sta zgodnja spolnost ali zgodnja prva nosečnost, vplivajo na lažje prodiranje skozi površinski epitelij, kar virusu HPV omogoči lažji dostop do bazalnega sloja epitela, kjer se začne replikacija virusa (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014; Uršič - Vrščaj, 2009a). Jemanje oralne kontracepcije naj bi pri ženskah povečalo ogroženost za RMV. Tveganje za RMV naj bi se zmanjšalo, ko ženska preneha z jemanjem oralnih kontraceptivov, oz. naj bi se zmanjšalo na običajno tveganje po približno 10-ih letih od prenehanja jemanja oralnih kontraceptivov (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014). Po ugotovitvah nekaterih raziskav družinska zgodovina prav tako vpliva na tveganje za RMV. Večje tveganje za RMV ob prisotnosti tega raka v družini naj bi bilo povezano s podedovanim stanjem, ki pri nekaterih ženskah onemogoči obrambo pred okužbo s HPV oziroma se te ženske težje borijo z virusom kot ostale ženske. Poleg tega obstaja možnost, da imajo ženske v isti družini (v kateri je ena izmed njih že bila diagnosticirana z RMV) še katerega izmed ostalih negenetskih dejavnikov tveganja, ki prav tako povečajo tveganje za RMV (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014). Boleznimunskega primanjkljaja (okužba s HIV in onkološke bolezni) povzročijo slabši imunski sistem in posledično povečajo tveganje za okužbo s HPV. Imunski sistem je namreč pomemben pri uničevanju rakavih celic in upočasnitvi njihove rasti, zato lahko pri teh ženskah predrakave spremembe na materničnem vratu hitreje napredujejo v rakave spremembe (ACS, 2018b; Szaboova

idr., 2014; Uršič - Vrščaj, 2009a). Okužba z drugimi spolno prenosljivimi boleznimi, kot so Herpes Simplex virus tipa 2, klamidija, genitalni herpes in druge, naj bi povečale tveganje za RMV, saj naj bi se zaradi teh okužb telo samodejno težje spopadlo z okužbo s HPV (ACS, 2018b). Dejanska povezava med prekomerno telesno težo in povečanim tveganjem za RMV ni znana, kljub temu pa so nekatere študije pokazale, da naj bi bilo pri ženskah s prekomerno telesno težo večje tveganje za RMV kot ženskah z optimalno telesno težo (Szaboova idr., 2014). Ob kajenju se sproščajo kemične sestavine, ki poškodujejo celice materničnega vratu, celice pa so zaradi poškodb bolj dovzetne za nastanek sprememb, povezanih z visokorizičnimi HPV 16, 18, 45, 56 (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014; Uršič - Vrščaj 2009a).

RMV se najpogosteje pojavi pri ženskah med 35. in 44. letom starosti, redko pred 20. letom starosti, vendar se v zadnjih letih obolelost za RMV pojavlja pred zapisa-no starostjo, saj se starost, pri kateri ženske postanejo spolno aktivne, znižuje (ACS, 2018b; Szaboova idr., 2014; Uršič - Vrščaj, 2009a). Glede pojava simptomov ima RMV predinvazivno in invazivno fazo bolezni. Predinvazivna faza bolezni (CIN) je začetna faza RMV. Zgodnjih opozorilnih simptomov za RMV ni, saj bolezen na začetku v predinvazivni fazi poteka popolnoma asimptomatsko (ZORA, 2018). RMV se na začetku invazivne faze bolezni izrazi kot zadebelitev oz. zatrdlina epitela, kot široka eflorescenca/vzbrst ali kot ulkus/ranica na materničnem vratu. Napredovana bolezen se širi iz materničnega vratu z vraščanjem v sosednja tkiva (v maternične vezi, v nož-nico, v maternično telo, v mehur in v danko). Bolezen zaseva predvsem limfogeno in redkeje hematogeno (Šegedin idr., 2009). Najpogostejši zgodnji znak invazivnega raka je krvavitev iz nožnice (kontaktna krvavitev pri spolnem odnosu, pri defekaciji), smrdeč in krvavkast izcedek, kasneje pa tudi neredna krvavitev izven menstruacijskega cikla ali postmenopavzalna krvavitev (Takač in Smrkolj, 2016; Šegedin idr., 2009).

Cepljenje proti HPV je eden izmed pomembnejših načinov zaščite pred okužbo z določenimi genotipi HPV in ščiti tiste posameznike, ki še niso okuženi z virusom, pred nastankom okužbe (Topan idr., 2015). S cepljenjem se lahko prepreči 70–80 % RMV, 50–85 % CIN visoke stopnje in okoli 90 % genitalnih bradavic (OI, DP ZORA, 2017). Cepljenje je priporočeno za mlajša dekleta, ki še niso bila izpostavljena okužbi s HPV, oziroma za dekleta, ki še niso bila spolno aktivna. Cepivo je pri mlajših namreč bolj imunogeno kot pri starejših (AbdAllah idr., 2016). Cepljenje je učinkovito tudi po začetku spolne aktivnosti, vendar dekleta zaščiti le proti tistim genotipom virusa, s katerimi v času cepljenja še niso bila okužena (OI, DP ZORA, 2017). Devetvalentno cepivo je v Sloveniji na voljo od leta 2016, cepljenje se opravi z dvema (od 9. do vključno 14. leta starosti) ali s tremi (15 let ali več) odmerki. Namenjeno je preprečevanju predrakavih sprememb in raka (materničnega vratu, zunanjšega spolovila, nožnice, zadnjika) in genitalnih bradavic (kondilomi), ki so posledica okužbe z genotipom HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 in 58 (genotipi povzročijo okrog 90 % raka materničnega vratu) (NIJZ, 2014).

V Sloveniji je bil leta 2003 vzpostavljen preventivni Državni presejalni program Zora (Florjančič idr., 2016). V Sloveniji vsaka ženska, ki je stara med 20 in 64 let in v zadnjih treh letih ni opravila pregleda z odvzemom brisa materničnega vratu (test

PAP), na dom dobi pisno vabilo za pregled z odvzemom brisa. RMV raste počasi in potrebuje več let, da predrakave spremembe napredujejo v rakave spremembe. Zato je s pregledi in odvzemi brisa materničnega vratu ženske na vsaka tri leta mogoče odkriti ter zdraviti večino nevarnih sprememb materničnega vratu (ZORA, 2018). Pomanjkanje znanja o vzročni zvezi med HPV in rakom materničnega vratu ter negativen odnos do cepljenja proti HPV in morda presejalnih pregledov med ženskami je lahko pomemben razlog za slabo uporabo teh storitev. Zato je znanje medicinskih sester ključnega pomena, ker so vključene v preventivno zdravstveno varstvo.

V preventivnem delovanju v skrbi za zdravje žensk imajo medicinske sestre zelo pomembno vlogo ozaveščanja o preventivi pred rakom materničnega vratu deklet in žensk. Medicinska sestra v preventivnem delovanju dekletom priporoča čim poznejši začetek spolnosti, manjše število spolnih partnerjev, zdrav način življenja, redne ginekološke preglede s preventivnim testom PAP ter profilaktično cepljenje proti HPV. V skrbi za zdravje žensk se izvaja tudi nadziranje odzivnosti žensk s patološkim brisom in kontinuirano vabljenje na pregled, poučevanje žensk o pripravi na test PAP, o dejavnikih tveganja RMV, še posebej o HPV, o načinu prenosa virusa in o preventivnem cepljenju (Mahmutović idr., 2010).

Cilj raziskave je bil ugotoviti osveščenost študentk zdravstvene nege Zdravstvene fakultete o raku materničnega vratu, o preventivni dejavnosti (test PAP) in cepljenju proti HPV. V raziskavi smo postavili osnovno hipotezo, s katero smo predpostavili, da obstajajo razlike v osveščenosti študentk o raku materničnega vratu glede na smer predhodne izobrazbe (zdravstvena/nezdravstvena).

2 Metode

Raziskava temelji na deskriptivni metodi dela in kvantitativni metodologiji raziskovanja. Raziskava je bila opravljena v sklopu diplomskega dela na Oddelku za zdravstveno nego Zdravstvene fakultete v Ljubljani. Za izvedbo raziskave smo izbrali neslučajnostni namenski vzorec študentk zdravstvene nege omenjene fakultete. Od skupno 324 študentk, vpisanih v program Zdravstvena nega Zdravstvene fakultete v šolskem letu 2018/2019 (1., 2., 3. letnik, dodatno leto, redno in izredno), jih je v anketi sodelovalo 272, v celoti pa je anketo rešilo 114 študentk, kar je 35,2 % vseh študentk. Od tega je 16 % študentk iz 1. letnika, 17 % iz 2. letnika, 27 % iz 3. letnika in 16 % študentk z dodatnim letom. Od tega je 52 % rednih študentk 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 (Ganju idr., 2017; Koshy idr., 2017; Obročniková in Majerníková, 2017; Topan idr., 2015). Anketni vprašalnik je zajemal vprašanja zaprtega in odprtega tipa o pogostosti pojavljanja RMV, dejavnikih tveganja, načinih prenosa HPV in posledicah okužbe, simptomih RMV, znanju o cepljenju proti HPV, poznavanju preventivnega programa Zora, o samooceni znanja o MRV ter socialno-demograf-

ske podatke (starost in predhodna izobrazba (SZŠ – srednja zdravstvena šola; DSŠ – druga srednja šola)).

Anketni vprašalnik smo oblikovali z uporabo spletnega programa IKA (www.ika.si) in ga posredovali vsem študentkam zdravstvene nege. Anonimnost je bila zagotovljena. Zbiranje podatkov preko spletnega portala je potekalo od 9. do 27. novembra 2018. V bazi je bilo skupaj 272 enot, v katero so bili vključeni klik na anketo (31), klik na nagovor (90) in rešene ankete (151). Od rešenih anket (151) smo morali izključiti 37 nedokončanih anket. Za analizo je bilo tako ustreznih 114 v celoti rešenih anket. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

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

3 Rezultati

Slaba polovica študentk (46 %) je odgovorila, da je RMV na drugem mestu po pogostosti pojavljanja pri ženskah, medtem ko jih je le 5 % odgovorilo, da je na četrtem mestu.

Tabela 1: Dejavniki tveganja raka materničnega vratu

<i>Dejavniki tveganja RMV</i>	<i>Vsi</i>		<i>SZŠ</i>	<i>DSŠ</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>n</i>		
tvegano spolno vedenje	103	90	69	34	,147	0,702
zgodnji prvi spolni odnos	42	37	31	11	1,182	0,279
okužba s HPV	108	95	76	32	7,863	0,006
zgodnja prva menstruacija	9	8	6	3	,003	0,954
debelost	13	11	8	5	,238	0,627
številno porodi	15	13	9	6	,443	0,507
kajenje	36	32	25	11	,085	0,711
druge spolno prenosljive okužbe (HIV)	55	48	37	18	,004	0,953
genitalni herpes	45	39	29	16	,321	0,572
herpes zoster	13	11	7	6	1,248	0,266
družinska anamneza	68	60	43	25	1,420	0,236
nižji ekonomski status	22	19	14	8	,187	0,666
starost	38	33	24	14	,494	0,484

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DSŠ = druga srednja šola

Večina študentk (96 %) je odgovorila, da RMV najpogosteje povzroča okužba s HPV, kar je statistično značilno za študentke s srednjo zdravstveno šolo ($p = 0,006$). Izmed dejavnikov tveganja sta bila največkrat izbrana odgovora okužba s HPV (95 %) in tvegano spolno vedenje (90 %), medtem ko je dva pomembna dejavnika tveganja izbralo precej manj študentk – zgodnji prvi spolni odnos (37 %) in starost (33 %) (tabela 1).

Večina študentk (96 %) je seznanjena z dejstvom, da se okužba s HPV najpogosteje prenaša s spolnim odnosom ($p = 0,010$), kar je statistično značilen odgovor za študentke s srednjo nezdravstveno šolo. Tabela 2 kaže, da največ študentk meni, da HPV lahko povzroči genitalne bradavice (78 %), le 7 % študentk pa meni, da lahko HPV povzroči tudi raka glave. Kar 37 % študentk je izbralo napačen odgovor, da povzroči raka dojke. Študentke s srednješolsko zdravstveno izobrazbo so statistično značilno pogosteje navedle raka sečnega mehurja ($p = 0,047$). Večina študentk (89 %) je seznanjena s tem, da okužba s HPV vedno ne povzroči vidnih simptomov.

Tabela 2: Morebitne posledice okužbe s humanim papiloma virusom

HPV okužba lahko povzroči	Vsi		SZŠ	DSŠ	F	P
	n	%	n	n		
rak pljuč	0	0	0	0	/	/
genitalne bradavice	89	78	60	29	,003	0,957
rak anusa	38	33	29	9	2,001	0,160
rak sečnega mehurja	25	22	21	4	4,026	0,047
rak glave	7	6	6	1	1,114	0,293
rak dojke	42	37	25	17	1,950	0,165

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DSŠ = druga srednja šola

Največ študentk je izbralo kot znaka RMV smrdeč, krvavkast izcedek (89 %) in medciklično krvavitev iz nožnice (82 %), medtem ko je kontaktno krvavitev izbralo le 39 % študentk, čeprav je to eden izmed prvih in najpogostejših znakov RMV (tabela 3).

Tabela 3: Znaki in simptomi raka materničnega vratu

Simptomi in znaki RMV	Vsi		SZŠ	DZŠ	F	p
	n	%	n	n		
kontaktna krvavitev	44	39	32	12	,870	0,353
smrdeč, krvavkast izcedek	102	89	70	32	,512	0,476
bolečina	74	65	53	21	1,594	0,209
povišana telesna temperatura	28	25	17	11	,781	0,379
medciklična krvavitev iz nožnice	94	82	65	29	,622	0,432
bruhanje	2	2	2	0	,969	0,327
uremija	14	12	12	2	2,412	0,123
motnje vida	4	4	2	2	,575	0,450
fistule med nožnico in danko	36	32	20	16	3,495	0,064

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DSŠ = druga srednja šola

Največ študentk (81 %) je odgovorilo, da je cepljenje proti HPV najbolj priporočljivo pred prvim spolnim odnosom, 51 % študentk pa je odgovorilo tudi, da je cepljenje najbolj priporočljivo pred okužbo s HPV (tabela 4). Večina študentk (83 %) meni, da cepljenje proti HPV ne predstavlja popolne zaščite pred RMV.

Tabela 4: Cepljenje proti humanim papiloma virusom

Cepljenje proti HPV	Vsi		SZŠ	DZŠ	F	p
	n	%	n	n		
pred prvim spolnim odnosom	92	81	62	30	,005	0,944
po začetku spolne aktivnosti	3	3	3	0	1,474	0,277
pred okužbo s HPV	58	51	38	20	,218	0,642
po okužbi s HPV	4	4	4	0	1,992	0,161
do 26. leta starosti, tudi če je oseba že imela spolne odnose	39	34	22	17	3,393	0,068

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DZŠ = druga srednja šola

75 % študentk je odgovorilo, da presejalni program Zora v Sloveniji vsebuje test PAP. Večina študentk (89 %) ve, da je v program Zora vključena starostna skupina žensk od 20 do 64 let. Prav tako je večina študentk (88 %) odgovorila, da je test PAP test za odkrivanje predrakavih in vnetnih sprememb celic materničnega vratu. 65 % študentk je odgovorilo, da naj bi se ženske testa PAP udeleževale 1-krat na 3 leta, medtem ko jih je kar 18 % odgovorilo, da naj bi se ženske udeleževale preiskave 1-krat letno.

47 % študentk je svoje znanje samoocenilo kot dobro, medtem ko sta le 2 % študentk svoje znanje samoocenila kot odlično (tabela 5). Povprečna vrednost samoocene znanja študentk o RMV in presejalnem programu Zora je $3,14 \pm 0,82$. Študentke s končano srednješolsko nezdravstveno izobrazbo svoje znanje boljše samoocenjujejo ($p = 0,016$) v primerjavi s študentkami, ki imajo končano srednjo zdravstveno šolo.

Tabela 5: Samoocena znanja o raku materničnega vratu in presejalnem programu Zora

Samoocena znanja		5 – odlično	4 – prav dobro	3 – dobro	2 – zadostno	1 – nezadostno
Vsi	n	2	21	54	33	4
	%	2	18	47	29	4
SZŠ	n	1	18	38	19	1
	DZŠ	n	1	3	16	14
F	5,994					
p	0,016					

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DZŠ = druga srednja šola

Tabela 6: Pridobljene informacije o raku materničnega vratu

Vir informacij o raku materničnega vratu in o državnem presejalnem programu Zora	Vsi		SZŠ	DSŠ	F	p
	n	%	n	n		
srednja šola	77	68	68	9	77,650	0,000
zdravstvena fakulteta	80	70	55	25	,175	0,676
sistematski pregled	55	48	40	15	1,294	0,258
splet	40	35	29	11	,682	0,410
televizija	16	14	11	5	,012	0,912
starši	21	18	13	8	,368	0,545
prijatelji	11	10	8	3	,147	0,702
ginekolog	41	36	27	14	,082	0,775
medicinska sestra	16	14	13	3	1,589	0,210
drugo	1	1	1	0	/	/

Legenda: n = frekvenca, F = F-test, p = statistična značilnost, SZŠ = srednja zdravstvena šola, DSŠ = druga srednja šola

Tabela 6 kaže, da je največ študentk (70 %) informacije o RMV in programu Zora pridobilo na zdravstveni fakulteti, v srednji šoli (68 %) in na sistematskih pregledih (48 %). Študentke s srednjo zdravstveno šolo so te informacije statistično značilno prejele v srednji šoli. Na Zdravstveni fakulteti pa informacijo o pomenu družinske anamneze ($F = 4,983$; $p = 0,028$) kot dejavniku tveganja RMV, kontaktni krvavitvi po spolnem odnosu ($F = 4,753$; $p = 0,031$) kot simptomu RMV, pomenu cepljenja proti HPV pred okužbo s HPV ($F = 4,824$; $p = 0,030$), razlago, kaj je test PAP ($F = 4,034$; $p = 0,047$), in o preventivnem programu Zora ($F = 7,946$; $p = 0,006$). Študentke so bile s strani medicinske sestre statistično značilno seznanjene z dejavnikom tveganja za RMV – zgodnji prvi spolni odnos ($F = 5,424$; $p = 0,022$), da HPV-okužba lahko povzroči nastanek analnega raka ($F = 7,467$; $p = 0,007$), da je cepljenje proti HPV najbolj priporočljivo pred začetkom spolne aktivnosti ($F = 7,410$; $p = 0,008$).

Ginekologi so študentke statistično značilno opozorili na povabilo v preventivni program Zora ($F = 8,857$; $p = 0,004$) in na udeležbo preventivnega ginekološkega pregleda ($F = 21,054$; $p = 0,000$). Študentke so bile na sistematskih pregledih statistično značilno opozorjene na dejavnik tveganja – zgodnja prva menstruacija ($F = 6,733$; $p = 0,011$). Študentke so od staršev prejele statistično značilno informacijo, da je okužba s HPV ($F = 4,287$; $p = 0,041$) dejavnik tveganja za RMV in da je simptom bolečina ($F = 5,020$; $p = 0,027$), ter informacije o programu Zora ($F = 7,294$; $p = 0,008$). S prijatelji se pogovarjajo o odzivu na povabilo na preventivni pregled ($F = 6,862$; $p = 0,010$). S spleta pa so pridobile informacijo, da je dejavnik tveganja za RMV družinska anamneza ($F = 4,314$; $p = 0,040$), simptom RMV bolečina ($F = 4,376$; $p = 0,039$) in informacije o preventivnem programu Zora ($F = 10,892$; $p = 0,001$).

4 Razprava

Glede na statistične podatke WHO za leto 2018 se RMV uvršča na 4. mesto po pogostosti pojavljanja rakov pri ženskah (WHO, 2018). Z analizo podatkov se je izkazalo, da večina študentk (95 %) ne pozna stopnje pogostosti pojavljanja, saj jih je največ izbralo odgovor na drugem mestu.

Ugotovili smo, da je velika večina študentk dobro seznanjena z dejstvom, da je RMV najpogosteje posledica okužbe s HPV, kar je bilo tudi statistično značilno za študentke z srednješolsko zdravstveno izobrazbo. Poleg okužbe s HPV so študentke največkrat kot dejavnik tveganja prepoznale tvegano spolno vedenje in družinsko anamnezo, medtem ko je ostale prav tako pomembne dejavnike tveganja, kot so druge spolno prenosljive okužbe (HIV), zgodnji prvi spolni odnosi, številni porodi itd., izbral precej manjši delež študentk.

Najpogostejši način prenosa okužbe s HPV je ob stiku kože na kožo ali s sluznico pri spolnem odnosu. Študentke so skoraj v celoti kot najpogostejši način prenosa okužbe s HPV izbrale spolne odnose. Rezultati raziskave, ki je bila izvedena v severni Indiji (Ganju idr., 2017), prikazujejo, da 77,5 % študentk zdravstvene nege meni, da se okužba HPV prenaša s spolnimi odnosi, poleg tega pa jih kar 46,6 % meni, da se je z virusom možno okužiti tudi s souporabo injekcijskih igel. Poznavanje bolezni, ki jih lahko povzroči HPV, je slabše, kot smo pričakovali. Največkrat so študentke prepoznale, da HPV lahko povzroči genitalne bradavice, medtem ko jih precej malo ve, da okužba s HPV lahko povzroči tudi raka anusa ali raka glave, medtem ko nobena ni izbrala raka pljuč. Tudi Ganju in sodelavci (2017) so ugotovili, da je največ študentk menilo, da okužba s HPV največkrat povzroči raka pljuč (97,5 %), raka sečnega mehurja (92,5 %) in genitalne bradavice (90,83 %).

Med znaki in simptomi sta bila v naši raziskavi največkrat izbrana smrdeč krvavkast izcedek in medciklična krvavitev iz nožnice, sledila je bolečina. Tudi Koshy in sodelavci (2017) so z raziskavo v Indiji ugotovili, da je poznavanje znakov in simptomov med študenti zdravstvene nege in medicine precej slabo; le 37 % študentov zdravstvene nege in 47 % študentov medicine je prepoznalo 2 simptoma, medtem ko jih kar 35 % (zdravstvena nega) in 13 % (medicina) ni prepoznalo nobenega simptoma.

Ugotovili smo, da so študentke s cepljenjem proti HPV kar dobro seznanjene. Večina študentk ve, da je cepljenje najbolj priporočljivo pred prvim spolnim odnosom, medtem ko jih manj kot polovica meni, da je cepljenje priporočljivo do 26. leta kljub spolnemu odnosu. Cepljenje namreč pri mlajših dekletih deluje bolj imunogeno in je učinkovito tudi po spolnih odnosih, vendar v tem primeru dekleta ščiti le pred tistimi genotipi virusa, s katerimi ob cepljenju še niso bila okužena (AbdAllah idr., 2016). Večina študentk pa se zaveda, da cepljenje ne predstavlja 100 % zaščite pred RMV.

Dokazi prakse v nekaterih evropskih državah kažejo na to, da se lahko z ustreznimi organiziranim presejalnim programom zmanjša incidenco bolezni za vsaj 80 % (Obročniková in Majerníková, 2017). V sklopu presejalnega programa se v Sloveniji izvaja le test PAP, s čimer je seznanjena več kot polovica študentk pričujoče raziskave,

vendar jih nekaj meni, da program vsebuje tudi cepljenje proti HPV in triažni test HPV. Večina študentk ve, kaj test PAP je, pozna tarčno starostno skupino programa Zora od 20 do 64 let, medtem ko so mnenja glede pogostosti udeležbe na presejalni preiskavi s testom PAP različna. Tudi avtorji raziskav v Indiji (Koshy idr., 2017) in na Slovaškem (Obročniková in Majerníková, 2017) ugotavljajo, da je splošno poznavanje RMV in preventivnih dejavnosti (cepljenje proti HPV in test PAP) precej pomanjkljivo.

Za ustrezno zaščito pred RMV so pomembne relevantne informacije, ustrezen odnos do lastnega zdravja in motiviranost za izvajanje preventivnih aktivnosti za ohranjanje zdravja (Obročniková in Majerníková, 2017). V naši raziskavi smo ugotovili, da so študentke na fakulteti pridobile znanje o pomenu družinske anamneze, simptomih RMV, pomenu cepljenja proti HPV-okužbi, testu PAP in o preventivnem programu Zora. Medicinske sestre so študentke opozorile na dejavnike tveganja za RMV in na pomen cepljenja proti HPV-okužbi, medtem ko ginekologi spodbujajo redne ginekološke preglede in udeležbo v preventivnem programu Zora. Znanje ima pomembno vlogo pri odločanju o preventivnem delovanju, saj so edukacijske ovire in vedenjski vzorci pogosto glavni razlogi za nizko prevalenco presejanj, še posebej v državah v razvoju (Ganju idr., 2017).

5 Zaključek

Z raziskavo smo ugotovili, da imajo študentke zdravstvene nege splošno znanje o RMV, dobro poznajo povezavo okužbe s HPV in RMV. Manj jih pozna pomemben dejavnik okužbe s HPV – zgodnji spolni odnosi, vedo pa, da je okužba s HPV spolno prenosljiva okužba in da vedno ne povzroča vidnih simptomov okužbe. Dobro so seznanjene s preventivnim cepljenjem proti okužbi s HPV ter delno seznanjene s programom Zora. Le dve študentki sta svoje znanje o RMV samoocenili kot odlično, sicer svoje znanje bolje ocenjujejo študentke, ki so zaključile srednjo nezdravstveno šolo. Presenetljivo so študentke z zaključeno srednjo zdravstveno šolo slabše ocenile svoje znanje o RMV.

Za boljše rezultate bi bilo morda potrebno povečati obseg ur, namenjenih raku materničnega vratu, z individualnim delom študenta. Zaradi majhnosti vzorca ni mogoče rezultatov posploševati na slovensko populacijo študentov zdravstvene nege.

Za študentke zdravstvene nege kot bodoče medicinske sestre je pomembno, da imajo ustrezno strokovno znanje o RMA, da lahko uspešno zdravstvenovzgojno delujejo in dekleta ter ženske ozaveščajo o dejavnikih tveganja, preventivnih programih in prvih simptomih RMV. Ženske morajo biti opolnomočene in vedeti morajo, da je RMV mogoče preprečiti. Ključna vidika preprečevanja pa sta preventivno cepljenje proti HPV-okužbi in redni ginekološki pregledi za zgodnje odkrivanje predrakavih stanj s testom PAP.

Tadeja Palčič, Suzana Mlinar, PhD

Nursing Students' Awareness About Cervical Cancer

Cervical cancer is a significant public health problem all over the world, especially in developing countries where it is associated with a high mortality rate. It is the fourth most common type of cancer in women. Cervical cancer is caused by the human papillomavirus (HPV), which can transform healthy cells into cancerous cells in a small portion of infected women who also have other, not entirely known, risk factors (ZORA, 2018). Thus, human papillomaviruses account for 95% of all cervical cancer cases. The most common causative agents are HPV types 16 and 18 (OI, 2018). Cervical cancer is a malignant transformation of cervix cells located in the transformation zone, where the glandular epithelium is being replaced by the squamous epithelium (Uršič - Vrščaj, 2009b). The cervix is protected from toxins and infections by the simple squamous epithelium. HPV primarily affects the squamous cells. HPV infection is also the most frequent sexually transmitted infection, which in the majority of cases occurs after the beginning of sexual activity. Due to the cell-mediated immunity, it is usually only transitional and is cured automatically. HPV can spread during skin-to-skin contact or through the mucous tissue during sexual activity. Infections are most common in people between the ages of 20 and 24, while the number of infected persons older than 35 years of age is smaller (Uršič - Vrščaj, 2009a).

The risk factors for HPV infection are high-risk sexual behaviour (promiscuity), changing sexual partners frequently, HPV positive sexual partners, having the first sexual intercourse at a young age (under 15 years old), and some other sexually transmitted infections and diseases (e. g. HIV, Chlamydia) (Szaboova et al., 2014; Uršič - Vrščaj, 2009a). The risk factors that influence the development of the HPV infection into pre-cancerous or cancerous changes are multiple pregnancies, having the first pregnancy at an early age, oral contraception, family history of cervical cancer, immune system deficiency disorders, other sexually transmitted diseases, being overweight, a diet low in fruit and vegetables, smoking, racial and cultural obstacles, knowledge and awareness about the disease, participation in screening programmes, economic status and age (ACS, 2018b; Szaboova et al., 2014; Uršič - Vrščaj 2009a).

Cervical cancer most frequently appears in women between the ages of 35 and 44. It is rare in women younger than 20 years old, although, recently, the number of cervical cancer cases before that age is increasing due to the fact that women are becoming sexually active at a younger age (ACS, 2018b; Szaboova et al., 2014; Uršič - Vrščaj 2009a). There are no early warning signs of cervical cancer since the progression of the disease in the preinvasive stage is completely asymptomatic (ZORA, 2018). At the beginning of the invasive stage, however, cervical cancer can manifest itself through a thickening of the epithelium, a wide cervical erosion or ulceration (Šegedin et al., 2009). The most significant risk factor in cervical cancer is HPV infection (Kose et al., 2014). HPV is a sexually transmitted disease and mostly affects sexually active men and women. It is assumed that almost all sexually active individuals will be infected

with HPV at some point in their lives and some may be repeatedly infected. Moreover, the disease can progress commonly and rapidly in case of pregnancy, and in cases where the immune system of the individual is not sufficient (ACS, 2018b). Because cervical cancer is a preventable disease, it is important to ensure a good planning and a good organization of the screening programmes in order to achieve a decrease of new cervical cancer cases, which in turn is related to the reduction in the mortality rate due to cervical cancer (WHO, 2018). Women with sufficient knowledge about the risk, screening and prevention of cervical cancer may more fully realize that they can completely avoid the risk of cervical cancer (Szaboova et al., 2014).

Factors that increase the risk of transmission of HPV infection are increase in extramarital sexual intercourse and number of partners (more than 4) and the reduction in age of the onset of unprotected sexual intercourse (girls younger than 16). Vaccination against cervical cancer is one of the most important ways of protection from infection with certain types of HPV, protecting the individuals who have not contracted the virus yet (Topan et al., 2015). Vaccination can prevent 70–80% of cervical cancer cases, 50–85% of high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN) cases and 90% of genital warts cases (OI, DP ZORA, 2017). Vaccination is recommended for younger girls that have not been exposed to HPV infection or have not been sexually active yet. HPV vaccine should be applied before the onset of sexual activity theoretically, it was reported that it has a protection during sexually active period (AbdAllah et al., 2016).

The strategy relative to the reduction of cervical cancer in particular focuses on the prevention and control of smoking, as well as other modifiable risk factors, and on enhancing health promotion, education and raising awareness about regular participatory preventive programme (Szaboova et al., 2014). Although cervical cancer is highly prevalent, it is largely effectively preventable and treatable, especially in the early stage of the disease. Early detection by screening all women in the target age group, followed by the treatment of detected precancerous lesions, can prevent the majority of cervical cancer cases (Rajkumar, 2018). In 2003, a national preventive cervical cancer screening programme called Zora was established in Slovenia. Every woman in Slovenia aged 20–64 who has not taken a cervical smear test (or PAP test) in the last 3 years receives an invitation for cervical screening (Florjančič et al., 2016).

The aim of the study was to identify nursing students' awareness about cervical cancer, the preventive screening programme of the PAP test and the vaccination against the HPV virus. The study was based on the descriptive method of work and a quantitative methodology of research. Data was gathered with a survey questionnaire, summarized by foreign research (Ganja et al., 2017; Koshy et al., 2017; Obročniková in Majerníková, 2017; Topan et al., 2015). The sample consisted of 114 female nursing students of both full-time and part-time studies at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana. The study was anonymous. The One-way ANOVA test was used to investigate the differences in cervical cancer awareness between students with different levels of education. We used a significance level of $p \leq 0.05$.

The results of the study showed that the nursing students are not familiar with the frequency of the cancer development and are not well-informed about the various types of cancer that can be caused by the human papillomavirus infection. Less than a half of the students (46%) answered that cervical cancer is the second most frequently occurring disease. As risk factors, they chose HPV infection (95%), which is statistically significant for students having completed the secondary nursing school ($p=0.006$), and high-risk sexual behaviour (90%). Most students (96%) are aware of the fact that HPV is most commonly spread through sexual intercourse, which is statistically significant for students having completed a non-nursing secondary school ($p=0.010$). The majority of the students know that HPV infection does not always produce visible signs and symptoms. Most students chose unpleasantly smelling vaginal discharge (89%) and vaginal bleeding between periods (82%) as two signs of cervical cancer. However, only 39% of the students opted for postcoital bleeding, although it is one of the first and most frequent signs of cervical cancer. Most students (81%) answered that it is best to receive vaccination against HPV before the first sexual intercourse. Seventy-five percent of the students responded that the Zora screening programme in Slovenia contains the PAP test. Most of the students (89%) know that the Zora programme includes women between the ages of 20 and 64. Thus, the nursing students can partially recognize the risk factors, signs and symptoms of cervical cancer, but are very well-informed about the possible ways of human papillomavirus transmission. The students are also well-informed about the preventive vaccination against the infection with the virus and they are partially familiar with the Zora programme.

The research has shown that a large majority of students know very well that cervical cancer is most commonly caused by HPV infection. Nursing students with secondary school education other than nursing better self-assessed their knowledge of cervical cancer ($p = 0.016$) than students who finished the secondary nursing school. The knowledge about the diseases caused by HPV was poorer than we expected. The most common answer was that HPV can cause genital warts, but not many students knew that HPV infection can also cause anal or head cancer and none of them chose lung cancer. We have observed that the students are well-informed about the vaccination against HPV. Therefore, an important information for women is that cervical cancer is detected with the screening PAP test programme. Thus, it is important that women are adequately informed about the important facts about cancer and how they can reduce the risk of developing this disease. In addition, it is important that nurses educate women in order to promote precautionary healthcare behaviour, inform about the cervical cancer risks factors as well as encourage them to participate in the PAP prevention programme (in Slovenia, in the form of organized Zora screening programme), especially those who have unfavourable attitudes towards cervical cancer screening.

With regard to nurses, it is important that they have cervical cancer expertise to ensure effective health education for girls and women. Women need to know that cervical cancer is a preventable disease. The key aspects of prevention are HPV vaccines and regular gynecological examinations with the PAP test for early detection of precancerous conditions.

LITERATURA

1. AbdAllah, A. A. A., Hummeida, M. E. and Elmula, I. M. F. (2016). Awareness and attitudes of nursing students towards prevention of cervical cancer. *Cervical Cancer*, 1, št. 2, str. 1–3.
2. ACS – American cancer society (2018b). Cervical cancer. Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html>.
3. Arbyn, M. and von Karsa, L. (2008). Introduction. V: Arbyn, M., Anttila, A., Ronco, G., Schenck, U., Segnan, N. idr. (eds.). *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. Luxembourg: Internatinal agency for research on cancer, pp. 1–11.
4. Florjančič, M., Ivanuš, U. and Primic Žakelj, M. (2016). Organiziranost in rezultati državnega presejalnega programa ZORA. V: Marinček Garić, G. (ed.). *Onkološke teme in dileme*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 39–47.
5. Ganju, S. A., Gautam, N., Barwal, V., Walia, S. and Ganju, S. (2017). Assessment of knowledge and attitude of medical and nursing students towards screening for cervical carcinoma and HPV vaccination in a tertiary care teaching hospital. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4, št. 11, str. 4186–4193.
6. Gölbl, F. (2017). Human papillomavirus (HPV) – pathology, diagnosis and vaccination strategies. Project report. Wels: Austrian Marshall Plan foundation. Pridobljeno dne 28. 12. 2018 s svetovnega spleta: https://static1.squarespace.com/static/559921a3e4b02c1d7480f8f4/t/59687efa1b631b9ee5201721/1500020482281/Goelss+Florian_680.PDF.
7. Koshy, G., Gangadharan, V. and Naidu, A. (2017). A study to assess the knowledge and attitude of female graduate students on cervical cancer. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5, št. 10, str. 4545–4549.
8. Mahmutović, R., Hrvatini, T., Velova, S. and Plazar, N. (2010). Seznanjenost žensk s preventivnim brisom materničnega vratu v dispanzerju za ženske zdravstvenega doma Koper. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 4, str. 269–275.
9. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). Najpogostejša vprašanja in odgovori o okužbi s HPV, raku materničnega vratu in cepljenju proti HPV. Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.nijz.si/sl/najpogostejša-vprasanja-in-odgovori-o-okuzbi-s-hpv-raku-maternicnega-vratu-in-cepljenju-proti-hpv-1>.
10. Obročniková, A. and Majerníková, L. (2017). Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer prevention. *Pielęgniarsztwo XXI wieku*, 16, št. 2, str. 18–22.
11. OI – Onkološki inštitut, DP ZORA - Državni program ZORA (2017). Kaj morate vedeti o HPV? Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: https://zora.onko-i.si/fileadmin/user_upload/dokumenti/publikacije/informativni_materiali/2017_knjizica_HPV_web.pdf.
12. Primic Žakelj, M., Ivanuš, U., Pogačnik, A. and Florjančič, M. (2017). Preventiva raka materničnega vratu v Sloveniji: rezultati in uspehi. V: Primic Žakelj, M. and Ivanuš, U. (eds.). *Zbornik predavanj, 7. izobraževalni dan programa ZORA z mednarodno udeležbo, Brdo pri Kranju, 17. maj 2017*. Ljubljana: Onkološki inštitut, str. 7–12.
13. Rajkumar, R. (2018). Introductory chapter: cervical cancer - screening, treatment and prevention.
14. Szaboova, V., Svihrova, V. and Hudeckova, V. (2014). Selected risk factors for cervical cancer and barriers to cervical cancer screening. *Acta Informatica Medica*, 14, št. 2, str. 25–30.
15. Šegedin, B., Takač, I., Arko, D. idr. (2009). Rak rodil. V: Strojjan, P. and Hočevar, M. (eds.). *Onkologija: učbenik za študente medicine*. 1. Izd. Ljubljana: Onkološki inštitut, str. 633–664.
16. Takač, I. and Anzeljc, V. (eds.). *Bolezenske spremembe materničnega vratu*. V: Takač, I., Geršak, K. and Anzeljc, V. (eds.). *Ginekologija in perinatologija*. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta, str. 243–254.
17. Topan, A., Ozturk, O., Eroglu, H., Bahadir, O., Harma, M. and Harma, M. I. (2015). Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human papilloma virus vaccines. *The Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16, št. 6, str. 2515–2519.

18. Uršič - Vrščaj, M. (2009a). HPV humani virusi papiloma: okužbe, bolezni in cepljenje. Ljubljana: Društvo onkoloških bolnikov Slovenije. Pridobljeno dne 30. 10. 2018 s svetovnega spleta: http://www.onkologija.org/wp-content/uploads/2017/05/Knjizica_HPV-2009_zadnja.pdf.
19. Uršič - Vrščaj, M. (2009b). Tumori rodil. V: Novaković, S., Hočevar, M., Jezeršek Novaković, B., Stojan, P. and Žgajnar, J. (eds.). Onkologija: raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. 1. izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 337–339.
20. Uršič - Vrščaj, M., Bašković, M., Bebar, S., Djurišić, A., Stržinar, V. and Vakselj, A. (2009). HPV in preprečevanje raka materničnega vratu. Zdravniški vestnik, 78, št. 1, str. 39–42.
21. WHO – World health organization (2018). Cervical cancer. Pridobljeno dne 12. 10. 2018 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>.
22. ZORA – Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (2018). Rak materničnega vratu. Pridobljeno dne 18. 11. 2018 s svetovnega spleta: <https://zora.onko-i.si/za-zenske/rak-maternicnega-vratu/>.
23. ZORA ONKO – Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka (2020). Rak materničnega vratu. Pridobljeno dne 28. 4. 2020 s svetovnega spleta: <https://zora.onko-i.si/>.

Tadeja Palčič, diplomirana medicinska sestra na Pediatrični kliniki Ljubljana.

E-naslov: teja.palcic@gmail.com

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

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

Neformalna oskrba starejših v lokalni skupnosti

Prejeto 11. 3. 2020 / Sprejeto 28. 4. 2020

Strokovni članek

UDK 364-32-053.9

KLJUČNE BESEDE: starejši, neformalna oskrba, družinski člani, lokalna skupnost

POVZETEK - Izvajalci neformalne oskrbe oseb, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, nepoklicno in nepridobitno pomagajo pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil. Z raziskavo smo želeli ugotoviti potrebe po neformalni oskrbi starejših v občini Metlika. Skušali smo odgovoriti na vprašanja, kdo starejšim na njihovih domovih pomaga pri dnevni aktivnosti in pri katerih opravilih, kakšna je cenovna dostopnost za starejše do socialnovarstvene storitve pomoči na domu, in ugotoviti želje starejših po aktivnostih, ki jih bodo v prihodnosti potrebovali. Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi dela. Izvedeno je bilo anketiranje med starejšimi občani v lokalni skupnosti spomladi v letu 2019 ($n = 65$). Rezultati kažejo, da anketirani starejši izražajo potrebo po pomoči pri izvajanju vsakodnevnih telesnih aktivnosti, potrebo po materialni pomoči in potrebo po druženju. Starejšim pri dnevni aktivnosti pomagajo večinoma družinski člani, v manjšem obsegu pa sosedje ali prijatelji. Socialnovarstvena storitev pomoč na domu je starejšim v lokalni skupnosti cenovno nedostopna. Starejši si v prihodnje glede oskrbe v lokalni skupnosti želijo nižjih cen storitev pomoči na domu, vzpostavitev mreže prostovoljcev za pomoč starejšim, dnevnega varstva starejših, večje dostopnosti pomoči na domu in vzpostavitev medgeneracijskega centra.

Received 11. 3. 2020 / Accepted 28. 4. 2020

Professional article

UDC 364-32-053.9

KEYWORDS: older people, informal care, family members, local community

ABSTRACT - Informal care providers assist persons in need of long-term care by offering non-professional and non-profit help in carrying out basic and supportive daily chores. The aim of the research was to identify the care needs of older people in the municipality of Metlika, especially for informal care. We tried to answer the following questions: who helps older people with their daily activities in their homes and what are those activities; what is the affordability of older people regarding social care at home as well as their desire for home care in the local community in the future. The research was based on a descriptive method. A survey was conducted among older people in the local community in the spring of 2019 ($N=65$). The results show that the respondents expressed the need for assistance in carrying out daily activities, especially physical (physiological) as well as material ones, for low pensions are not sufficient for survival and the need for socializing. Older people are usually assisted in day-to-day activities by family members, and to a lesser extent by neighbours or friends. The social care services at home are not affordable for the older people in the local community. In the future, they would like to see lower prices for home care services, establishment of a volunteer networks, day care for older people, greater accessibility of home care and establishment of an intergenerational centre for local community care.

1 Uvod

Področje socialnega varstva se v zadnjih dveh desetletjih sooča s številnimi izzivi, ki zahtevajo čimprejšnji odziv zaradi dolgoživosti družbe in naraščanja deleža starejših. Na eni strani imamo staro generacijo s svojimi potrebami in pričakovanji o kakovostnem staranju ter na drugi strani mlado in srednjo generacijo, od katere se pričakuje medgeneracijska pomoč in solidarnost pri skrbi za starejše (Kocjančič, 2019, str. 64). Včasih so za bolne, starostno oslabele, poškodovane in invalide poskr-

beli v krogu družine kar družinski člani, ki najpogosteje niso bili strokovnjaki s tega področja. Zato ta pomoč in skrb nista bili profesionalni, vsekakor pa sta bili prežeti z naklonjenostjo in družinsko empatijo. Sodobni način življenja je marsikje spremenil tudi družinsko antropologijo, ki je odraz intenzivne okrepljene individualizacije, spremenjenih vlog v družini ter vse bolj zahtevnega in kompleksnega delovnega okolja vseh članov družine, s katerim se identificirajo v doseganju svojih življenjskih ciljev (Lipič, 2018, str. 38).

1.1 Dolgotrajna oskrba

Storitve dolgotrajne oskrbe se zagotavljajo v obliki formalnih storitev in storitev, ki jih zagotavljajo izvajalci neformalne oskrbe (Kobal Straus, 2019, str. 69). Pogoj, da se bo sistem dolgotrajne oskrbe v času staranja prebivalstva razvijal humano ter finančno in kadrovske vzdržno, je integrirana dolgotrajna oskrba, ki sinergično in komplementarno sestavlja celoto na krajevni ravni ter združuje neformalno in formalno oskrbo (Ramovš, 2019, str. 34). Dolgotrajna oskrba je torej identificirana kot ključen prispevek k oblikovanju družbeno vključujočega okolja, ki bo v perspektivi dolgoživosti slovenske družbe prepoznalo potrebe starejših in drugih relevantnih ranljivih skupin ter kompetentno odgovorilo nanje z vzpostavljanjem sistema storitev za samostojno, zdravo in varno življenje vseh generacij (Lipič, 2018, str. 35). Potreba po storitvah dolgotrajne oskrbe predstavlja socialno tveganje, na katerega se posameznik zelo težko pripravi. Ob doseženi polni upokojitveni starosti posameznik ne more predvideti potreb po storitvah dolgotrajne oskrbe in njihovega obsega (Bizjak, 2018, str. 33). Odsotnost dostopa do integrirane dolgotrajne oskrbe v skupnosti se odraža v nezadovoljenih potrebah, saj marsikdaj za zadovoljevanje le-teh, lahko tudi zelo kompleksnih ali na področje zdravstva segajočih storitev, poskrbijo izvajalci neformalne oskrbe. Današnja dinamika življenja, visoka zaposlenost družinskih članov, skrb za lastne otroke, pogosto še vpetost v izobraževanje ob delu zmanjšujejo čas, ki bi ga družinski člani, prijatelji, sosede lahko namenili neformalni oskrbi (Kobal Straus, 2019, str. 70).

1.2 Potrebe starejših po pomoči

S staranjem se verjetnost potrebe po dolgotrajni oskrbi povečuje (Kobal Straus, 2019, str. 69). Rissanen (2013, str. 22–23) ugotavlja, da je dobro počutje, srečno, zadovoljno, kakovostno življenje, v katerem lahko izpolnujemo svoje potrebe, želja večine ljudi, tudi starejših. Medtem ko Bračič (2011, str. 32) meni, da je poznavanje in upoštevanje potreb starejšega človeka pogoj za kakovostno delo z njim. Zadovoljevanje potreb je osnovni način življenja živih bitij, da se ohranjajo in razvijajo. Kakovost človeškega življenja se največkrat povezuje z uspešnim uresničevanjem potreb.

Pogledi na potrebe ljudi v zvezi s procesom staranja so: živeti dlje časa in postati starejši, vzdrževati zdravje ter zadovoljevati individualne potrebe na osnovi novih vrednot, norm, vlog in stališč do življenja in aktivnosti. Socialne potrebe starejših se kažejo v vzdrževanju socialnih stikov z ljudmi, druženju in odnosih v socialnem okolju. Vedno večjo vlogo se pripisuje dejavnikom okolja pri zadovoljevanju potreb,

tako starejši aktivno dosegajo cilje s spreminjanjem svojih življenjskih konceptov. Starejši pogosto čutijo potrebe po storitvah v zdravstvenem sistemu. Dokler ljudje neposredno izražajo svoje potrebe, jih je lažje zadovoljiti (Roljić in Kobentar, 2017, str. 17). Potrebe starejših so različne, odvisne predvsem od tega, kako poteka staranje. Nekateri starejši so še dolgo telesno in duševno čili, ukvarjajo se s športom, hodijo na izlete, vozijo avtomobil in dostikrat, kljub pešanju nekaterih življenjskih funkcij, tudi delajo. Drugi so bolni, onemogli in potrebujejo pomoč pri osnovnih dnevnih aktivnostih, kot so hranjenje in oblačenje (Potrebe starejših, b. d.). Kalviainen (2013, str. 179) ugotavlja, da starejši ljudje vsekakor niso homogena skupina, v kateri bi vsi njeni člani imeli enake potrebe, bili enaki. Iste okoliščine in možnosti za uresničevanje njihovih potreb jih ne naredijo enako srečnih. Starc (2013, str. 213–216) ugotavlja, da starejše delajo srečne in dajejo njihovem življenju smisel zlasti družina, lastno zdravje, smiselno delo, prenašanje izkušenj na mlajše, samostojnost in neodvisnost. Prostočasne aktivnosti, kot so petje, ročna dela in izleti, vplivajo na trenutno srečo starejšega, a v njih ne vidijo smisla življenja. Koristno je, da imajo programi za starejše učinek tako na njihovo srečo kot na smisel življenja. Oba cilja je moč doseči s programi, pri katerih so starejši ustvarjalni, aktivni, uporabljajo svoje izkušnje, spoznanja, ki v odnosu do drugih peljejo v medsebojno pomoč. Ramovš (2013, str. 27–28) pa navaja, da človek evropske kulture, kamor sodi tudi slovenska, ne doživlja starosti enako vredne, kot sta mladost in srednja leta. Lastno starost ljudje večinoma doživljajo brezciljno, z bivanjsko praznoto. Tudi pogled mlajše in srednje generacije na starejšo je takšen, kar se kaže v stereotipiziranem ageizmu, staromrzništvu. Doživljanje smisla starosti z vsem dobrim in slabim, kar jo spremlja, je nenadomestljiva motivacija za kakovostno staranje na družbeni in osebni ravni. Ramovš (2011, str. 4–5) dalje opozarja, da ko govorimo o potrebah starejših ljudi, moramo vedno upoštevati vse človeške potrebe, ne glede na onemoglost ali invalidnost starejšega človeka. Hlebec, Nagode in Filipovič Hrast (2014a, str. 900) navajajo, da imajo starejši ljudje, ki živijo sami, manjše potrebe kot starejši, ki živijo v dvo- ali večgeneracijskem gospodinjstvu.

1.3 Neformalni oskrbovalci

V preteklosti so starejši v svoji starosti živeli v domačem okolju in skrb zanje je bila naloga neformalnih oskrbovalcev iz vseh generacij: sovrstnikov starejših, njihovih otrok, vnukov in ostalega sorodstva. Skrb in pomoč je temeljila na medgeneracijskem sodelovanju kot povsem naravno sprejeti in uveljavljeni družbeni vrednoti. Današnji čas je skupaj s sodobnim načinom življenja porušil ti vrednoti. Mlada in srednja generacija medgeneracijsko pomoč danes vrednotita skozi prizmo lastnih potreb in pogosto tudi bonitet, ki morda iz tega sledijo (Kocjančič, 2019, str. 64). Neformalna oskrba se najpogosteje povezuje z vsakršno pomočjo starejšim, odraslim ali otrokom z nepopolno samooskrbo zaradi težav v telesnem ali duševnem zdravju. V Sloveniji kot izvajalce neformalne oskrbe prepoznavamo posameznike, ki osebam, ki potrebujejo dolgotrajno oskrbo, nepoklicno in nepridobitno pomagajo pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil (Hlebec, Nagode in Filipovič Hrast, 2014). Izvajalci neformalne oskrbe v večini držav predstavljajo hrbtenico sistemov dolgotrajne oskrbe. V povprečju je v mednarodni gospodarski organizaciji razvitih držav (OECD) 15 %

starejših od 50 let ob vseh svojih družbenih vlogah tudi v vlogi izvajalcev neformalne oskrbe. Družinski in drugi neformalni oskrbovalci v Sloveniji in drugih evropskih državah oskrbujejo 75 % ljudi (to je 3 % celotnega prebivalstva), ki zaradi starostne onemoglosti, kroničnih bolezni ali invalidnosti potrebujejo dolgotrajno oskrbo, medtem ko formalni oskrbovalci v strokovnih programih oskrbujejo 25 % oskrbovanih (to je 1 % prebivalstva) (Ramovš, 2019, str. 34). Tudi prostovoljci se vključujejo v neformalno oskrbo, kjer postanejo pomemben člen družine. Nudijo podporo in oporo, delno pa tudi vplivajo na razbremenitev svojcev, ki so največkrat preobremenjeni (Crnojević, 2019, str. 76).

Izvajalci neformalne oskrbe so in morajo ostati pomemben člen zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe. Ne le z vidika nujnega ohranjanja medgeneracijske solidarnosti in sodelovanja, humanosti in človečnosti, ampak tudi zaradi dejstva, da globalno primanjkuje kadra na področju storitvenih dejavnosti (Kobal Straus, 2019, str. 71).

1.4 Namen, cilji in raziskovalna vprašanja

Ker na področju analize potreb starejših po neformalni oskrbi še ni bilo izvedene raziskave v lokalni skupnosti, smo skušali ugotoviti, kakšne so potrebe po oskrbi starejših. Cilj je bil ugotoviti potrebe starejših po neformalni oskrbi v lokalni skupnosti, značilnosti starejših oseb, ki potrebujejo pomoč, dnevna opravila, pri katerih starejši potrebujejo pomoč, obseg cenovne dostopnosti pomoči na domu in želje starejših po oskrbi.

V ta namen smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so potrebe starejših po neformalni oskrbi v lokalni skupnosti?
- Katere osebe starejšim na njihovih domovih pomagajo pri dnevni aktivnosti?
- Pri katerih dnevni opravilih starejši na domu potrebujejo pomoč?
- Kako je formalna oskrba cenovno dostopna starejšim v lokalni skupnosti?
- Kakšne želje po oskrbi izražajo starejši v lokalni skupnosti v prihodnosti?

2 Metoda

Raziskava je temeljila na kvantitativni deskriptivni metodi. Za potrebe empiričnega dela so zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarne podatke za analizo smo pridobili s tehniko anketiranja. Na podlagi pregleda tuje in domače literature smo izdelali vprašalnik (Rajer, 2015; Hvalič Touzery, 2014). V prvem sklopu vprašalnika so sociodemografska vprašanja, v drugem sklopu se vprašanja nanašajo na splošno počutje in v tretjem sklopu se vprašanja nanašajo na potrebe po pomoči oziroma oskrbi na domu. Vprašanja so zaprtega tipa, pri čemer smo ponudili odgovore z večstransko izbiro in odgovore v obliki dihnotomne izbire, ki ponujajo možnosti da/ne, dalje vprašanja odprtega tipa, kjer so imeli starejši možnost sami podati odgovor na zastavljeno vprašanje. Raziskava je bila izvedena med 65 starejšimi občani Metlike spomladi leta 2019 na njihovih domovih. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno sodelovanje v anketiranju. Anketiranci so odgovarjali sami s pomočjo

študentov Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede. Zbrane podatke smo računalniško obdelali s programom Microsoft Office Excel ter jih analizirali in ugotovitve zapisali v razpravi. Preverili smo, ali sta dve spremenljivki neodvisni oz. ali se med seboj povezujejeta s hi-kvadrat testom, in uporabili SPSS program (IBM SPSS Statistics, verzija 22). V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

3.1 Sociodemografski podatki

Med 65 sodelujočimi v raziskavi je bilo 50 žensk (77 %) in 15 moških (23 %). 2 anketirana (3 %) sta bila stara od 55 do 60 let, 10 je bilo starih od 61 do 70 let (15 %), 30 anketirancev je bilo starih od 71 do 80 let (46 %), 20 od 81 do 90 let (31 %) in 3 so bili stari 91 let ali več (5 %). Nedokončano osnovno šolo imajo 3 anketiranci (5 %), osnovnošolsko izobrazbo jih ima 17 (26 %), srednješolsko 33 anketirancev (51 %), višješolsko 4 (6 %), visokošolsko 7 (11 %) in magistrsko stopnjo izobrazbe 1 anketiraneec (2 %).

Pokojnino je kot svoj vir prihodkov označilo 63 anketirancev (97 %), 4 prejemalec denarno socialno pomoč (6 %), 2 varstveni dodatek (5 %), 1 delno pokojnino (2 %) in 1 anketiraneec je kot svoj vir prihodka označil drug vir (2 %). 51 anketiraneec (78 %) lastni prihodek ne zadošča za preživetje, pomagajo jim partnerji ali otroci, 14 anketiraneec (22 %) pa lastni prihodek zadošča za preživetje.

Da živijo sami, je zapisalo 24 (40 %) anketirancev, 22 (34 %) z zakonskim partnerjem, 10 (15 %) s hčerjo/sinom in njeno/njegovo družino, 4 (6 %) živijo s hčerjo/sinom, 2 (3 %) s partnerjem in otroki, 1 (2 %) z vnukinjo/vnukom, 1 (2 %) z drugim sorodnikom in 1 (2 %) s prijateljem.

3.2 Splošno počutje anketirancev

Svoje zdravje ocenilo kot srednje dobro 35 (54 %) anketirancev, 15 (23 %) kot slabo, 11 (17 %) kot dobro, 3 (5 %) kot zelo slabo in 1 (2 %) kot zelo dobro. Anketiranci svojega zdravja tako niso ocenili kot dobrega ($\bar{x} = 2,9$). 2 (3 %) anketiraneec sta označila, da se vedno počutita osamljeno, 1 (2 %) anketiraneec, da se pogosto počuti osamljeno, 25 (38 %) anketirancev, da se včasih počutijo osamljeno, 14 (21 %) anketirancev, da se redko počutijo osamljeno, in 23 (35 %) anketirancev, da se nikoli ne počutijo osamljeno. Starejši so ocenili, da se ne počutijo osamljene ($\bar{x} = 2,2$). 41 (63 %) anketirancev ima pri hoji nekaj težav, 21 (32 %) jih je zapisalo, da nimajo nobenih težav, in 3 (5 %) anketiranci so zapisali, da potrebujejo popolno pomoč pri gibanju. 44 (68 %) anketirancev je označilo, da poskrbijo zase brez težav, 18 (28 %) anketirancev, da imajo pri umivanju ali oblačenju nekaj težav, in 3 (5 %) anketiranci, da se ne morejo sami umivati oziroma oblačiti. 33 (51 %) anketirancev je zapisalo, da vsakdanje aktivnosti opravljajo z nekaj težavami, 25 (38 %) anketirancev, da jim te aktivnosti ne povzročajo težav, in 7 (11 %) anketirancev ni zmožnih opravljati vsakda-

njih aktivnosti. 46 (71 %) anketirancev pestijo zmerne bolečine ali občutki nelagodja, 16 (25 %) jih ne čuti bolečin oz. nima občutka nelagodja in 3 (5 %) anketiranci čutijo nevzdržne bolečine ali skrajno neugodje. 38 (58 %) anketirancev je označilo, da niso tesnobni ali potrti, in 27 (42 %) anketirancev pa, da so zmerno tesnobni ali potrti. 47 (72 %) anketirancev je svoje počutje v zadnjem letu v primerjavi s svojim splošnim zdravstvenim stanjem ocenilo kot približno enako, 14 (22 %) kot slabše in 4 (6 %) anketiranci so počutje ocenili kot boljše v primerjavi s preteklim letom.

3.3 Pomoč starejšim

Tabela 1 kaže, da so anketirancem večinoma pomagali družinski člani, v manjšem obsegu pa sosedje ali prijatelji. Največ pomoči potrebujejo pri čiščenju bivalnih prostorov in odnašanju smeti (34 %), manjših hišnih opravilih, prevozih, nakupovanju živil (29 %) ter kuhanju in pripravi obrokov (28 %).

Tabela 1: Izvajalci pomoči starejšim pri dnevnih aktivnostih

Aktivnosti	Člani družine		Sosedje		Prijatelji	
	f	f(%)	f	f(%)	f	f(%)
Obiskovanje srečanj, hobijev	10	15	3	6	9	14
Spremljanje pri obiskovanju prijateljev, sorodnikov	12	18	2	3	3	5
Spremljanje pri opravkih (banka)	17	26	2	3	1	2
Organizacija obiskov pri zdravniku	17	26	1	2	2	3
Prevoz do institucij	19	29	1	2	1	2
Nudjenje finančne podpore	13	20	1	2	0	0
Manjša hišna opravila	19	29	2	3	0	0
Nakupovanje, nabava živil	19	29	2	3	3	5
Kuhanje, priprava obrokov	18	28	1	2	0	0
Pomivanje posode	15	23	1	2	0	0
Čiščenje bivalnih prostorov, odnašanje smeti	22	34	1	2	0	0
Postiljanje, čiščenje spalnih delov	17	26	1	2	0	0
Pranje perila, likanje	14	22	1	2	0	0
Nakup in jemanje zdravil	13	20	1	2	0	0
Oblačenje/slačenje	9	14	1	2	0	0
Umivanje celega telesa, kopanje	8	12	0	0	0	0
Uporaba stranišča/kopalnice	6	9	0	0	0	0
Hranjenje	4	6	0	0	0	0

Vir: Lasten vir, 2019.

Tabela 2 kaže, da 59 (91 %) anketirancev ni prejelo socialnovarstvene storitve pomoči na domu, 6 anketirancev (9 %) pa je označilo, da jo redno prejema. 39 (60 %) anketirancev je zapisalo, da si ne želijo prejemanja pomoči na domu, 22 (34 %) pa, da si je želijo, in 4 (6 %) so označili drugo. 49 (75 %) anketirancev je označilo, da bi v sklopu pomoči na domu radi sprejeli gospodinjsko pomoč, 15 (23 %) pomoč pri ohranjanju socialnih stikov in 9 (14 %) pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih. Anketiranci so zapisali, da bi v sklopu gospodinjske pomoči največkrat uporabljali pomoč pri osnovnem čiščenju bivalnega dela z odnašanjem smeti (22 %), nakupu živil in

pripravi enega obroka hrane (20 %) in potrebovali bi prinašanje pripravljene obroka hrane (17 %). V sklopu pomoči pri temeljnih dnevnih opravilih bi uporabljali pomoč pri umivanju (9 %) in v sklopu pomoči pri ohranjanju socialnih stikov spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti (6 %).

Tabela 2: Opravila, ki bi jih najpogosteje uporabljali kot uporabniki pomoči na domu

<i>Pomoč</i>	<i>Aktivnosti</i>	<i>f</i>	<i>f(%)</i>
Gospodinjska pomoč	prinašanje enega obroka pripravljene hrane	11	17
	nabava živil in priprava enega obroka hrane	13	20
	pomivanje uporabljene posode	5	8
	osnovno čiščenje bivalnega dela prostorov z odnašanjem smeti	14	22
	postiljanje in osnovno vzdrževanje spalnega prostora	6	9
Pomoč pri temeljnih dnevnih opravilih	pomoč pri slačenju/oblačenju	4	6
	pomoč pri umivanju/kopanju	6	9
	pomoč pri hranjenju	1	2
	pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih potreb	3	5
	vzdrževanje in nega osebnih ortopedskih pripomočkov	1	2
Pomoč pri ohranjanju socialnih stikov	vzpostavljanje socialne mreže z okoljem, s prostovoljci in sorodniki	3	5
	spremljanje upravičenca pri opravljanju nujnih obveznosti	4	6
	informiranje ustanov o stanju in potrebah upravičenca	1	2
	priprava upravičenca na institucionalno varstvo	1	2

Vir: Lasten vir, 2019.

3.4 Starost in sofinanciranje občine

Statistična analiza (hi-kvadrat test) je pokazala, da obstajajo statistično značilne razlike le med starostjo in sofinanciranjem občine ($p = 0,018$). Da socialnovarstvena storitev pomoč na domu ni dovolj sofinancirana s strani občine, je menilo 50,8 % anketirancev oziroma v starosti med 71 in 80 let 30,8 % starejših. Kar 43,1 % anketirancev oziroma starejših ne ve, če je storitev dovolj sofinancirana s strani občine, saj le-ti tudi niso seznanjeni, v kolikšnem deležu je (tabela 3).

Tabela 3: Starost in sofinanciranje občine

<i>Ustrezna sofinanciranost občine/starost</i>	<i>Da</i>	<i>Ne</i>	<i>Ne vem</i>
do 60 let	0,0 %	1,5 %	1,5 %
61–70 let	0,0 %	12,3 %	3,1 %
71–80 let	1,5 %	30,8 %	13,8 %
81–90 let	4,6 %	4,6 %	21,5 %
nad 91 let	0,0 %	1,5 %	3,1 %
Skupaj	6,2 %	50,8 %	43,1 %

$$\chi^2 = 18,453, p = 0,018$$

3.5 Želje po oskrbi v prihodnje

Če bi bila v občini zagotovljena storitev dnevnega varstva, bi se za to obliko bivanja odločilo 43 % anketiranih. Rezultati tudi kažejo, da si največ anketirancev (35 %) v prihodnje v občini Metlika najbolj želi nižjih cen storitev pomoči na domu, vzpostavitve mreže prostovoljcev za pomoč starejšim (35 %), dnevnega varstva starejših (26 %), večje dostopnosti pomoči na domu (23 %), rekreativnih površin za starejše in vzpostavitve medgeneracijskega centra (15 %) in programa priprave na starost (9 %).

4 Razprava

Z raziskavo smo ugotovili, da so starejši izražali potrebo po pomoči pri izvajanju vsakodnevnih aktivnostih, predvsem osnovnih, tj. telesnih (fizioloških), saj slabša gibljivost, bolečina, slabše zdravstveno stanje in bolezni, ki jih pogosto spremlja tudi bolečina, ter s starostjo zmanjšane funkcionalne sposobnosti vodijo do zmanjšanja sposobnosti zadovoljevanja lastnih potreb. Anketiranci so izrazili tudi potrebo po podpori pri dnevnih opravilih (gospodinjski pomoči), dalje materialnih potrebah, saj nekaterim nizka pokojnina ne zadostuje za preživetje, kot tudi potrebo po druženju oziroma socialnih stikih. Rissanen in Hujala (2013, str. 237) navajata, da so starejši iz generacije veteranov (rojeni pred letom 1943) hvaležni že za majhne stvari, npr. da so na toplem, imajo streho nad glavo, niso lačni in žejni, da so izpolnjene njihove minimalne potrebe iz skupine »imeti« (fiziološke potrebe in potrebe po varnosti). Z raziskavo ugotavljamo, da je večina starejših podobna omenjeni generaciji. Prihajajoča generacija starejših otrok blaginje pa pričakuje bolj »personalizirano« oskrbo, ki bo zadostila vsem vidikom dobrega počutja. Gre za izpolnjevanje človeških potreb na vseh treh področjih – »ljubiti-biti-imeti«.

Z raziskavo smo ugotovili, da so starejšim pri dnevnih aktivnostih pomagali večinoma družinski člani, v manjšem obsegu sosedje ali prijatelji, kar potrjujejo tudi navedbe, ki jih predstavljajo Hlebec idr. (2014, str. 15), da se odrasli, ko potrebujejo pomoč zaradi hujše bolezni ali splošne oslabelosti, večinoma obrnejo na svoje ožje družinske člane. Usmerjenost k družinski podpori je še posebej izrazita pri osebah, ki potrebujejo stalno pomoč pri vsakdanjih opravilih, kar pomeni, da pretežni del skrbi za starejšega prevzemajo ožji družinski člani, ki so najpogosteje partnerji (žene), otroci (hčere) ali sorodniki. Ravno tako Filipovič Hrast idr. (2014, str. 29–30) navajajo, da veliko in močno vlogo pri oskrbi starejših zagotavlja prav njihova družina. Vsak drugi prebivalec Slovenije, ki je star nad 50 let, ima poleg drugih vlog tudi vlogo družinskega oskrbovalca, med njimi sta dve tretjini žensk. Pomoč sosedu je na tretjem mestu, takoj za pomočjo materi in zakonskemu partnerju. Da več ljudi prejema neformalno kot formalno oskrbo, navajajo tudi tuji avtorji, Triantafillou idr. (2010) navajajo, da oskrbo v veliki meri izvaja družina, bližnji sorodniki, prijatelji in sosedje, ki za opravljanje tovrstnega dela niso izučeni oziroma strokovno usposobljeni ter za izvajanje storitve ne prejemajo plačila (čedalje pogosteje se poslužujejo finančnih prispevkov države). Oskrbovalci opravljajo širok spekter opravil, za katera niso časovno

omejeni, poleg tega pa nudijo tudi čustveno podporo in pomoč. Kroger (2011) navaja, da je neformalna oskrba, ki jo izvajajo družina in prijatelji, pomemben dejavnik pri zagotavljanju oskrbe starejših. Skladno z našimi rezultati tudi številne študije v tujini dokazujejo, da ženske, zakonci in hčere veljajo za glavne neformalne negovalce starejših (Bracke, Christiaens in Wauterickx, 2008; Dykstra in Fokkema, 2011; Rodrigues, Schulmann, Schmidt, Kalavrezou in Matsaganis, 2013). Rezultati raziskave med starejšimi nad 65 let na Islandiji so pokazali, da neformalna pomoč pri njih igra pomembno vlogo pri skrbi za starejše ljudi, da le-ti živijo čim dlje na svojih domovih. Več oseb prejme neformalno kot formalno oskrbo, kar kaže na pomen družine. Pri prejetju oskrbe je med spoloma razlika. Moški, ki živijo z nekom, najpogosteje s soprogo, redkeje prejemajo formalno obliko pomoči kot moški, ki živijo sami. Starejše ženske pogosteje prejemajo pomoč od svojih otrok kot moških (zakoncev). Prav tako ima učinek sobivanja velik pomen za verjetnost prejemanja pomoči (Sigurdardottir in Kareholt, 2014, str. 809–810). Rodriguez (2013, str. 670) v raziskavi navaja, da je bil odstotek starejših v Španiji, ki so prejeli le neformalno oskrbo, dokaj velik, in sicer 47,5 %. Hu in Ma (2018, str. 766) ocenjujeta, da 53 milijonov starejših na Kitajskem letno prejema neformalno oskrbo, kar je enakovredno celotnemu prebivalstvu Anglije. Dalje navajata, da se bo z nenehnim staranjem prebivalstva kitajska družba v prihodnosti soočila z velikim pritiskom, da bi zadovoljila povpraševanje po socialni oskrbi starejših. Formalne storitve oskrbe bi morale biti dopolnitev neformalni oskrbi. V raziskavo smo zajeli občane, ki potrebujejo različne oblike pomoči, zato smo vprašanja o pomoči natančno definirali in navedli različne tipe pomoči (npr. pomoč pri vsakdanjih življenjskih opravilih sestavljajo opravila, ki se nanašajo na osnovne življenjske funkcije: vstajanje iz postelje, oblačenje, uporaba stranišča, kopianje, prehranjevanje; gospodinjstva opravila: postiljanje postelje, nakupovanje hrane, pripravljanje hrane, pomivanje posode, pospravljanje stanovanja, pranje perila, likanje; opravila, ki so pomembna pri zagotavljanju kakovostne starosti in jih starejši ljudje lahko zadovoljujejo izven doma: obisk zdravnika, urejanje zadev na banki, pošti in obiskovanje prijateljev, znancev). Delitev pomoči na več tipov se je pri tistih anketirancih, ki so pomoč potrebovali in jo potrebujejo, izkazala za zelo dobro. Pridobili smo zelo natančen vpogled v to, pri katerih opravilih so starejši potrebovali pomoč, kdo jim to pomoč zagotavlja in pri katerih opravilih bi potrebovali oziroma koristili pomoč formalnih izvajalcev. V nasprotju s splošnim prepričanjem, ki ga v javnosti izražajo predvsem načrtovalci socialne politike in zakonskih sprememb, je pomoč družinskih članov dokaj intenzivna in kontinuirana. Večina te pomoči je izražena v neplačanem delu in nedenarni pomoči, kot je hrana in obleka, vendar je kar nekaj pomoči tudi v denarju, če svojci to zmorejo, saj so podatki raziskave pokazali, da so 20 % starejšim finančno pomagali družinski člani. Sorodniki, znanci in sosede po navadi pomagajo v nedenarni obliki (prinašanje kosila, kuhanje ali pospravljanje, včasih tudi prinesejo kaj iz trgovine). Z raziskavo smo ugotovili, da starejši največ pomoči potrebujejo pri čiščenju bivalnih prostorov, odnašanju smeti, manjših hišnih opravilih, prevozi, nakupovanju živil, kuhanju in pripravi obrokov, kar potrjujejo tudi Hlebec idr. (2014, str. 75), ki pravijo, da se najpogostejše oblike pomoči, ki jih ljudje potrebujejo, nanašajo na podporne aktivnosti, kot so čiščenje stanovanja, priprava in prinašanje hrane, ogrevanje stanovanja, pomoč pri

dnevnih nakupih (od 7 % do 32 %). Pomembno je razmišljanje o tem, kdo bi zagotavljal potrebno pomoč pri vsakdanjih opravilih, in sicer tistim, ki pomoč potrebujejo, a je ne prejema. Tudi raziskava med starejšimi na Islandiji je pokazala, da starejši potrebujejo največ pomoči v gospodinjstvu, in sicer v 60 %, in 10 % pomoč pri temeljnih dnevni opravilih (Sigurdardottir in Kareholt, 2014, str. 809–810).

Z raziskavo dalje ugotavljamo, da je socialnovarstvena storitev pomoč na domu cenovno nedostopna starejšim v lokalni skupnosti. Mnogo starejših potrebuje pomoč, a je žal ne morejo koristiti zaradi visoke urne postavke in svojega nizkega dohodka. 34 % starejših si želi prejemanja socialnovarstvene storitve pomoč na domu, vendar je zanje sprejemljiva cena storitve do 4 EUR/h, saj moramo upoštevati, da skoraj polovica anketiranih ne ve, kolikšna je cena storitve pomoči na domu v občini, in da 78 % starejšim prihodek ne zadošča za preživetje in jim je tako storitev cenovno nedostopna. Zato si želijo večje dostopnosti pomoči na domu in s tem nižjih cen storitev pomoči na domu, vsekakor pa vzpostavitev mreže prostovoljcev za pomoč starejšim, ki je ena od oblik neformalne pomoči in je tudi brezplačna, kar je zelo pomembno. Cena storitve pomoči na domu na uro za uporabnika v občini znaša 5,47 EUR (Storitve za zunanje uporabnike Doma starejših občanov Metlika, b. d.). Smotno bi bilo omeniti, da se večina uporabnikov ne odloča za oprostitev plačila storitve, ki je možna v primerih, ko upravičenci le-te ne zmorejo plačati. Odlok o organiziranju in izvajanju socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu (2012) v 14. členu namreč določa, da je plačila storitve v celoti oproščen vsak upravičenec in zavezanec, ki nima družinskih članov ali drugih zavezancev, nima dohodkov ali če njegov ugotovljeni dohodek ne dosega meje socialne varnosti in ne prejema dodatka za pomoč in postrežbo ali drugih dodatkov, namenjenih zagotavljanju nege in pomoči s strani druge osebe. Odlok o organiziranju in izvajanju socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu (2012) v nadaljevanju, v 15. členu, določa tudi, če je uporabnik storitve, ki uveljavlja oprostitev plačila storitve pomoč družini na domu, lastnik nepremičnine, se mu z odločbo o oprostitvi plačila lahko prepove odtujiti in obremeniti nepremičnino, katere lastnik je, v korist občine, ki zanj financira pomoč družini na domu. Večina anketirancev biva na podeželju in tam se nepremičnine predajajo iz roda v rod in so zato nedotakljive s stališča osebnih vrednot starejših oseb, pa četudi na račun njihove oskrbe. Menimo, da v kolikor bi bilo na trgu več ponudnikov storitve, bi bila mogoče cena storitve nižja. Trenutno uporabniki in njihovi svojci ne morejo izbirati med različnimi izvajalci, kar nakazuje na nekonkurenčnost in s tem tudi manjšo možnost izbire, s čimer se soočajo tudi občani Metlike. V Beli krajini so cene storitev socialnovarstvene storitve pomoč na domu med občinami zelo različne. Najcenejša je storitev v občini Semič, sledi občina Metlika. Zakon o socialnem varstvu (2019) in Nagode (2009, str. 130) navajata, da financiranje socialne oskrbe na domu zagotavljajo občine, ki so zadolžene za njeno organizacijo, razvoj in financiranje, ter so obvezne financirati najmanj 50 % stroškov opravljenih storitev. Ker so občine različno razvite in finančno zmožne, ni povsod zagotovljena pomoč pri storitvah, lahko je cenovno predraga oziroma prenizko subvencionirana. V tem primeru mora uporabnik večino stroškov storitev kriti sam (Heiligstein in Habjanič, 2013, str. 91). Socialnovarstvena storitev pomoč na domu bi morala biti na voljo vsem, ki so je potrebni, ne glede na osebno finančno stanje in druge pogoje, ki ne dovoljujejo prejemanja pomoči

na kakršen koli drugačen način. Občina Metlika bi se lahko vsaj približala povprečju cen storitev med občinami z dvigom subvencije za to storitev. Tako bi se delež zadovoljstva uporabnikov s cenovno dostopnostjo povečal, najverjetneje pa bi se storitve poslužili še drugi, ki jim je trenutno storitev cenovno nedostopna.

Da ni bilo statistično značilnih razlik med ključnimi spremenljivkami razen med starostjo in sofinanciranjem občine, si lahko razlagamo z dejstvom, da vsi starejši ne glede na spol, starost, izobrazbo in vir prihodka potrebujejo pomoč, saj so prejemki v povprečju zelo nizki, povprečni znesek bruto pokojnine v občini Metlika namreč znaša 520,56 EUR (Podatki o uživalcih pokojnin po občinah, 2018).

V lokalni skupnosti primanjkuje storitvenih programov za starejše, ki bi omogočili njihovo čim daljše bivanje v domačem okolju, trajnostno oskrbo, deinstitucionalizacijo, pomoč starostnikom z demenco. Starejši si v prihodnje glede oskrbe v lokalni skupnosti želijo nižjih cen storitev pomoči na domu, vzpostavitve mreže prostovoljcev za pomoč starejšim, dnevnega varstva starejših, večje dostopnosti pomoči na domu in vzpostavitve medgeneracijskega centra.

5 Zaključek

Starejšim je potrebno zagotoviti čim bolj kakovostno oskrbo na domu, ki bo odgovarjala njihovim potrebam in željam. Za kakovostno življenje doma je pomembna (in prevladujoča) neformalna oskrba, ki jo najpogosteje nudijo družinski člani. Je pomemben segment dolgotrajne oz. zdravstvene in socialne oskrbe. Njeno pomembno dopolnilo ali pa nadomestilo (npr. v primeru odsotnosti neformalne oskrbe) je formalna oskrba, kot je pomoč na domu. Za kakovostno izvajanje oskrbe starejšega je pomembno razumevanje odnosa med formalnimi in neformalnimi izvajalci oskrbe. Zaradi obremenitev in načina današnjega življenja oskrbo neformalni izvajalci čedalje težje opravljajo. V Sloveniji žal še vedno nimamo zakona o dolgotrajni oskrbi, je pa bilo sprejetih nekaj zakonov, ki so se posredno navezovali tudi na neformalne oskrbovalce. Ta je prepuščena iznajdljivosti in zmožnostim družine. Takšen starostnik je ranljiv in oseba, ki prevzame skrb zanj, je preobremenjena, kar so pokazale že številne mednarodne raziskave. Dolgotrajna oskrba na domu lahko namreč traja več let, pri tem pa se slabša telesno in duševno zdravje starejših.

Andreja Draginc, Karmen Erjavec, PhD

Informal Care for Older People in the Local Community

Long-term care services are provided in the form of formal services and those provided by informal care providers (Kobal Straus, 2019, p. 69). With age, the ability to perform functions and activities in everyday life gradually diminishes, while the likelihood of the need for long-term care increases (Kobal Straus, 2019, p. 69). As long

as people express their needs directly, it is easier to meet them (Roljić and Kobentar, 2017, p. 17). In the past, older people lived in their home environment and were cared for by informal caregivers of all generations: their peers, children, grandchildren and other relatives. Care and assistance was based on intergenerational cooperation as a completely naturally accepted and established social value (Kocjančič, 2019, p. 64). Informal care is most often associated with any assistance to older adults, adults or children with incomplete self-care due to problems in their physical or mental health. In Slovenia, informal care providers are recognized as individuals who assist persons in need of long-term care by offering non-professional and non-profit help in carrying out basic and supportive daily tasks (Hlebec, Nagode and Filipovič Hrast, 2014).

Since no research has been conducted in the local community in terms of analysing the needs of older people for informal care, we tried to identify these needs. For the purpose of our research, the following research questions were set:

- What are the care needs of older people?
- Who helps older people with daily activities in their homes?
- Which daily activities do older people need help with at home?
- How are social care services at home affordable to older people in the local community?
- What are older people's wishes for local community care in the future?

The research was based on the quantitative descriptive method. For the needs of the empirical part, primary and secondary sources were collected, analysed and synthesized. We obtained the primary data for the analysis using the survey technique. Based on a review of foreign and domestic literature, we designed a questionnaire. The survey was conducted among 65 older citizens of Metlika at their homes in the spring of 2019.

Of the 65 survey participants, 50 (77%) were female and 15 (23%) male. Two respondents (3%) were in the 55-60 age group, 10 (15%) in the 61-70, 30 (46%) in the 71-80, 20 (31%) in the 81-90 age group, and three (5%) were 91 years of age or older. 63 respondents (97%) identified pension as their source of income, four (6%) received financial social assistance, two (5%) received social security benefits, one (2%) received partial pension and one (2%) designated "other source" as their source of income. 51 respondents (78%) do not have enough income to get by, they are assisted by their partners or children, while 14 (22%) have enough income to make a living. 24 respondents (40%) wrote that they live alone, 22 (34%) with a spouse, 10 (15%) with a daughter/son and her/his family, four (6%) live with a daughter/son, two (3%) with a partner and children, one (2%) with a granddaughter/grandson, one (2%) with another relative, and one (2%) with a friend.

41 (63%) said they had minor difficulty walking, 21 (32%) responded they had no problems, and three respondents (5%) expressed that they needed full assistance with movement. 44 respondents (68%) indicated that they take care of themselves without difficulties, 18 (28%) said that they have some problems with washing or dressing, and three (5%) answered that they cannot wash or dress by themselves. 33 respondents (51%) stated that they carry out their daily activities with minor difficulties,

25 (38%) said that daily activities do not cause them any problems, and seven (11%) respondents are unable to perform their daily activities.

Most respondents are assisted by family members, and to a lesser extent by neighbours or friends. Mostly, help is needed in cleaning the living quarters and removing garbage (34%), minor housework, transports and grocery shopping (29%), and in cooking and preparing meals (28%).

59 respondents (91%) did not receive any social care services at home, and six respondents (9%) indicated that they receive it regularly. 39 (60%) indicated that they do not want to receive home care, 22 (34%) said they do want it, and four (6%) respondents indicated the response "other". 49 respondents (75%) indicated that they would use household help as part of home care, 15 (23%) would use assistance to maintain social contacts, and nine (14%) would use home care for basic daily activities. The respondents indicated that, in the scope of household help, they would mostly use the basic cleaning of the living area along with removing garbage (22%), buying food and preparing one meal (20%), and bringing a prepared meal (17%), as part of the basic assistance in daily activities, they would use help with washing (9%), and as part of the basic assistance in maintaining social contacts, they would prefer being accompanied in carrying out the necessary obligations (6%).

Statistical analysis (chi-square test) showed that the only statistically significant differences were between age and community co-financing ($p = 0.018$). 50.8% of the respondents or 30.8% of the respondents aged 71-80 believe that social care services at home are not sufficiently co-financed by the municipality. As many as 43.1% of the older people do not know if the service is sufficiently co-financed by the municipality, since they are also unaware of its share.

If day-care services were provided in the municipality, 43% of the respondents would opt for them. The results also show that, in the future, the majority of the respondents (35 %) from the municipality of Metlika would most like to see lower prices for home care services, establishment of a volunteer network for older people care (35%), day care for older people (26%), greater availability of home care (23%), recreational areas for older people, establishment of an intergenerational centre (15%) and an age preparation programme (9%).

The research revealed that older people need assistance in performing daily activities, especially basic physical (physiological) activities, as impaired mobility, pain, poor health condition and disease, often accompanied by pain, as well as reduced functional capacity lead to a decrease in the ability to meet their own needs. The respondents also expressed the need for support in their daily chores (household assistance), the need for socializing or social contacts, and in some cases, because of insufficient pension, also material needs. Rissanen and Hujala (2013, p. 237) point out that the older people from the generation of veterans (born before 1943; the majority in our research) are already grateful for the small things, such as being warm, having a roof over their heads, not being hungry and thirsty, that their minimum needs from the "have" group (physiological and security needs) are met.

With the research, we determined that older people are assisted in daily activities mostly by their family members, and to a lesser extent by neighbours or friends, as confirmed by Hlebec et al. (2014, p. 15), as well as that adults in need of help because of a serious illness or general impairment mostly turn to their immediate family members. Similarly, Filipovič, Hrast et al. (2014, pp. 29–30) state that it is family, precisely, that plays a large and powerful role in the care of older people. Every other Slovenian resident over the age of 50 performs, among other, the role of a family caregiver, of which two thirds are women. Helping a neighbour is in third place, just after helping a mother and a spouse. The share of women in the structure of informal care providers reaches up to 71% in Hungary, 60.6% in Slovenia and 58.2% in the Netherlands. In line with our results, numerous studies abroad prove that women, spouses and daughters are considered to be major informal caregivers of older people (Bracke, Christiaens and Wauterickx, 2008; Dykstra and Fokkema, 2011; Rodrigues, Schulmann, Schmidt, Kalavrezou and Matsaganis, 2013).

Our research found that older people need the most help with cleaning their living quarters, taking out garbage, minor household chores, transport, grocery shopping, cooking and preparing meals, which is also confirmed by Hlebec et al. (2014, p. 75). They state that the most common forms of assistance people need are related to support activities, such as cleaning the house, preparing and bringing food, heating and assisting with daily purchases (from 7 to 32%). Also, a survey among older people in Iceland found that they mostly needed household assistance (60%), and in 10%, assistance with basic daily activities (Sigurdardottir and Kareholt, 2014, pp. 809–810).

Our research further points out that social care services at home are not affordable for older people in the local community. Many older people need help, but unfortunately they cannot afford it because of the high hourly rate and their low income. 34% of older people would like to receive social care services at home, but for them, the acceptable price of the service is up to 4 EUR/h, considering that almost half of the respondents do not know the price of home care services in the municipality. For 78% of the respondents, their income is not enough to cover their living expenses and are thus not able to afford home care. Therefore, they want greater accessibility of home care and lower prices, and would also like to have a network of volunteers as a form of informal assistance free of charge.

Home care should be available to anyone who needs it, regardless of their personal financial situation and other conditions that do not allow them to receive care in any other way. No statistically significant differences between the key variables other than age and municipality co-financing can be interpreted with the fact that all older people, regardless of gender, age, education and source of income, need help, since their income is on average very low; the average gross pension in the municipality of Metlika namely amounts to 520.56 EUR (Data on beneficiaries of pensions by municipalities, 2018).

Older people need to be provided with the highest quality home care that will meet their needs and desires. Informal care that is most often provided by family members

is important for the quality of life at home. It is an important segment of long-term health and social care. An important complement or alternative (e.g. in the absence of informal care) is formal care, such as home care. Understanding the relationship between formal and informal providers of care is important for the quality delivery of care for older people.

LITERATURA

1. Bizjak, J. (2018). Urejanje dolgotrajne oskrbe mora biti prioriteta države. V: Pulko, N. (ur.). Socialni izziv. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, str. 33.
2. Bracke, P., Christiaens, W. and Wauterickx, N. (2008). The pivotal role of women in informal care. *J Fam Issues*, 29, str. 1348–1379.
3. Bračič, S. (2011). Razvojne možnosti javnih in zasebnih domov za starejše v Sloveniji z vidika zadovoljstva starostnikov (Doktorska disertacija). Maribor: Univerza v Mariboru.
4. Crnojević, A. (2019). Vključevanje prostovoljcev v formalno in neformalno oskrbo na domu. V: Borišek Grošelj, U. (ur.). Socialni izzivi. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, str. 76.
5. Dykstra, P. A. and Fokkema, T. (2011). Relationship between parents and their adult children: a West European typology of late-life families. *Ageing Soc*, 31, str. 545–569.
6. Filipovič Hrast, M., Hlebec, V., Kneževič Hočevar, D., Čemič Istenič, M., Kavčič, M., Jelenc Krašovec, S. idr. (2014). Oskrba starejših v skupnosti: dejavnosti, akterji in predstave. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
7. Heiligstein, G. and Habjanič, A. (2013). Oskrba starejših v domačem okolju. V: Filej, B. (ur.). Pravice, vrednote, svoboda, solidarnost in varnost. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo, str. 91.
8. Hlebec, V., Nagode, M. and Filipovič Hrast, M. (2014). Kakovost socialne oskrbe na domu: vrednotenje, podatki in priporočila. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
9. Hlebec, V., Nagode, M. and Filipovič Hrast, M. (2014a). Care for older people between state and family: care patterns among social home care users. *Teorija in praksa*, 51, št. 4, str. 900.
10. Hu, B. and Ma, S. (2018), Receipt of informal care in the Chinese older population. *Cambridge University*, 38, št. 4, str. 7gg. Pridobljeno dne 21. 4. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/receipt-of-informal-care-in-the-chinese-older-population/A94E76171E8A2973ACDA0EB1805EF5FE>.
11. Hvalič Touzery, S. (2014). Zdravje, počutje in zadovoljstvo z življenjem najstarejših starih v Sloveniji. *Teorija in praksa*, 51, št. 2–3. Pridobljeno dne 10. 3. 2019 s svetovnega spleta: https://www.fdv.uni-lj.si/docs/default-source/tip/tip_2-3_2014_hvalic.pdf?sfvrsn=2.
12. Kalviainen, M. (2013). The Match between Design Guidelines and Care Home Reality. V: Hujala, A., Rissanen, S. in Vihma, S. (ur.). *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*. Helsinki: Aalto University, str. 176–190.
13. Kobal Straus, K. (2019). Vloga izvajalcev neformalne oskrbe v dolgotrajni oskrbi. V Borišek Grošelj, U. (ur.). Socialni izzivi. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, str. 69–71.
14. Kocjančič, H. (2019). Okrogla miza z naslovom »Medgeneracijski preplet neformalnih oskrbovalcev starejših na domu: izziv ali utopija?« V: Borišek Grošelj, U. (ur.). Socialni izzivi. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, str. 64.
15. Kroger, T. (2011). Under tension: formal care work with older people. V: Pfau - Effinger, B. and Rostgaard, T. (ur.). *Care Between Work and Welfare in European Societies, Work and Welfare in Europe*. Hampshire: Palgrave Macmillan, str. 115–128.
16. Lipič, N. (2018). Dolgotrajna oskrba kot priložnost za kakovostno staranje. V: Pulko, N. (ur.). Socialni izziv. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, str. 35.
17. Nagode, M. (2009). Organizirana pomoč za stare ljudi, ki živijo na domu: pomoč na domu in varovanje na daljavo. V: Hlebec, V. (ur.). *Starejši ljudje v družbi sprememb*. Maribor: Aristej, str. 125–138.

18. Odlok o organiziranju in izvajanju socialnovarstvene storitve pomoč družini na domu (2012). Uradni list Republike Slovenije, št. 46. Pridobljeno dne 2. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/109005>.
19. Podatki o uživalcih pokojnin po občinah, statističnih in kohezijskih regijah v Sloveniji. (2019). Ljubljana: ZPIZ. Pridobljeno dne 28. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.zpiz.si/cms/content2019/1statistini-podatki>.
20. Potrebe starejših. (b. d.). Pridobljeno dne 3. 10. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.slonep.net/vodic/oskrbovana-stanovanja/potrebe-starejsih>.
21. Rajer, C. (2015). Analiza oskrbe starejših na domu – Center za socialno delo Krško (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
22. Ramovš, J. (2011). Potrebe, zmožnosti in stališča starejših ljudi v Sloveniji. *Kakovostna starost*, 14, št. 2, str. 3–21.
23. Ramovš, J. (2013). *Staranje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
24. Ramovš, J. (2019). Neformalni oskrbovalci v integrirani dolgotrajni oskrbi. V: Kaučič, B. M. Filej, B., Presker Planko, A. and Esih, K. (ur.). *Integrirana dolgotrajna oskrba: odziv na potrebe dolgožive družbe v Sloveniji*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju, str. 34.
25. Rissanen, S. (2013). Wellbeing and Environment – Concepts in the Elderly Care Home Context. V: Hujala, A., Rissanen, S. and Vihma, S. (ur.). *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*. Helsinki: Aalto University, str. 22–23.
26. Rissanen, S. and Hujala, A. (2013). Afterword: Managing Wellbeing. V: Hujala, A., Rissanen S. and Vihma, S. (ur.). *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes*. Helsinki: Aalto University, str. 237
27. Rodrigues, R., Schulmann, K., Schmidt, A., Kalavrezou, N. and Matsaganis, M. (2013). The indirect costs of long-term care. Pridobljeno dne 31. 10. 2019 s svetovnega spleta: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/415>.
28. Rodriguez, M. (2013). Use of informal and formal care among community dwelling dependent elderly in Spain. *European Journal of Public Health*, 24, št. 4, str. 668–673. Pridobljeno dne 28. 2. 2020 s svetovnega spleta: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a3b22d5c-64e8-4106-91be-d8a88993a1be%40sdc-v-sessmgr02>.
29. Roljič, S. and Kobentar, R. (2017). *Starost kot izziv: zdravje in oskrba*. Ljubljana: Javni zavod Cene Štupar Center za izobraževanje Ljubljana. Pridobljeno dne 5. 10. 2019 s svetovnega spleta <https://www.zlus.si/wp-content/uploads/2017/11/Starost-kot-izziv-zdravje-in-oskrba-cip.pdf>.
30. Sigurdardóttir, S. H. and Kareholt, I. (2014). Informal and formal care of older people in Iceland. *Scand J Caring Sci*, 28, 802–811. Pridobljeno dne 28. 2. 2020 s svetovnega spleta: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=114&sid=5f39a3d2-180e-4202-a9f7-b841847308e5%40pdc-v-sessmgr06>.
31. Starc, M. (2013). Doživljanje sreče. V: Ramovš, J. (ur.). *Staranje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, str. 213–216.
32. *Storitve za zunanje uporabnike Doma starejših občanov Metlika*. (b.d.). Pridobljeno dne 14. 1. 2020 s svetovnega spleta: <http://www.dso-metlika.si/ponudba/za-zunanje/>.
33. Triantafyllou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stehr, K., Carretero, S., Emilsson, T. idr. (2010). *Informal care in the long-term care system*. Athens/Vienna: Seventh Framework Programme Grant agreement no. 223037.
34. *Zakon o socialnem varstvu (neuradno prečiščeno besedilo št. 24)*. (2019). Pridobljeno dne 2. 2. 2020 s svetovnega spleta: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO869>.

Andreja Draginc, predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.
E-naslov: andreja.draginc@guest.arnes.si

Dr. Karmen Erjavec, profesorica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.
E-naslov: karmen.erjavec1@guest.arnes.si

Ocena stanja na področju razvoja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah: vidik vodstva

Prejeto 2. 3. 2020 / Sprejeto 14. 4. 2020

Strokovni članek

UDK 614.21:614.8.084

KLJUČNE BESEDE: kakovost v zdravstvu, varnost pacientov, sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji, kultura varnosti

POVZETEK - Kultura varnosti pacientov je potreben kazalnik kakovosti v bolnišnicah. V prispevku so predstavljene ugotovitve ocene stanja na področju razvoja kulture varnosti v slovenskih bolnišnicah. Izvedeno je bilo anketiranje. Za oceno stanja je bilo k izpolnjevanju namensko razvitega vprašalnika preko spletnega vmesnika IKa v septembru 2019 zaproseno vodstvo bolnišnic. V analizo je bilo vključenih 35 izpolnjenih vprašalnikov iz skupno 19 bolnišnic (67,85 % stopnja odzivnosti). Merjenje kulture varnosti v bolnišnicah v Sloveniji ni redno, tečejo pa aktivnosti za zagotavljanje varnosti in razvoj kulture varnosti. Te ne potekajo sistematično v smislu celovitega sistema upravljanja s kakovostjo in varnostjo, kar sodelujoči umeščajo v načrt za prihodnost. Ugotovitve te študije je smiselno upoštevati pri pilotnem preverjanju (v septembru 2020) in uveljavitvi nacionalnega sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost, vključno z nacionalnim merjenjem kulture varnosti pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti, kar je načrtovano za konec leta 2021.

Received 2. 3. 2020 / Accepted 14. 4. 2020

Professional article

UDC 614.21:614.8.084

KEYWORDS: quality in healthcare, patient safety, safety incidents and risk management system, safety culture

ABSTRACT - Patient safety culture is a necessary indicator of quality in hospitals. The paper presents the findings of an assessment of the state of play in the development of a safety culture in Slovenian hospitals. A quantitative approach was used. In September 2019, hospital management was asked to complete a purposefully developed questionnaire through the IKa web interface. The analysis included 35 completed questionnaires from a total of 19 hospitals (67.85% response rate). There is no regular measurement of hospital safety culture in Slovenia, but safety and development activities are underway. These are not systematically conducted in terms of a comprehensive quality and safety management system, which places participants in a plan for the future. The findings of this study should be taken into account in the pilot verification (in September 2020) and the implementation of a national system for managing safety incidents and safety risks, including national measurement of the safety culture of all healthcare providers, planned for the end of 2021.

1 Uvod

Kulturo varnosti tvorijo skupne norme, vrednote, vedenjski vzorci, običaji in tradicije, ki pomembno usmerjajo vedenje zdravstvenih delavcev (Lee idr., 2016; Kristensen idr., 2016; Santos in Rubio, 2016). Za pozitivno kulturo varnosti pacientov je značilna »kolektivna ozaveščenost« o vprašanih glede varnosti pacientov, medsebojno zaupanje med osebjem, deljena odgovornost za varno oskrbo in zaupanje v varnostne pobude na ravni organizacije (The Health Foundation, 2013). Nunen idr. (2018) so preverili, kako je z znanstvenimi objavami v povezavi s kulturo varnosti v Web of Science med letoma 1900 in 2015. Ugotovili so, da je bilo skupno v Web of Science objavljenih 1789 publikacij v 775 različnih revijah, da je za raziskave varnostne kulture značilna tudi široka

paleta raziskovalnih tem in multidisciplinarnost ter da rezultati raziskav potrjujejo, da je kultura varnosti pacientov potreben kazalnik kakovosti. Izkazalo se je, da je višja kultura varnosti pacientov povezana z boljšimi rezultati zdravstvene obravnave pri pacientih (Mardon idr., 2010, str. 226–232) in manjšo pojavnostjo varnostnih odklonov (Firth-Cozens in Mowbray, 2001), še posebej, ker po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije eden od desetih pacientov v bolnišnični obravnavi utrpí varnostni odklon (WHO, 2019). Varnostni odklon predstavlja vsak odstop v zdravstveni obravnavi pacienta pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki bi lahko ali je pri pacientu povzročil neželene ali negativne posledice na zdravju ali funkcionalnosti (OECD, 2019). Zdravstveni zavodi morajo zato med zaposlenimi razviti kulturo varnosti skupaj z različnimi strukturnimi ukrepi za izboljšanje kakovosti in varnosti pacientov (Aranaz in Agra, 2010; Gračner, 2014). Ključno vlogo pri razvoju kulture varnosti imajo predvsem vodje v zdravstvenih zavodih, saj na razvoj kulture varnosti delujejo pospeševalno (Singer idr., 2008; Kristensen idr., 2016). Merjenje kulture varnosti postaja v zdravstvenih zavodih običajna praksa s ključnim namenom, da bi prepoznali prednosti, slabosti in še neodkrite izzive na področju razvoja kulture varnosti (Alsaleh idr., 2019; OECD, 2019). Kramarjeva (2014, str. 97) je ugotovila, da prevladuje kultura varnosti, ki je na preračunljivi stopnji in le delno v proaktivni stopnji. Nujno je vzpostaviti take pogoje, da bo varnost pacientov vpeta v vsakdanje delo, npr. dobro timsko delo in prenos informacij o pacientu, prizadevanja za razvoj kulture varnosti pa bodo potekala nenehno.

1.1 Merjenje kulture varnosti

Za merjenje kulture varnosti pacientov med zaposlenimi v zdravstvenih zavodih so bila uporabljena različna orodja. Hodgen idr. (2018; Zupančič, 2019) so kot potencialno ustrezne za merjenje kulture varnosti pacientov izbrali naslednje standardizirane vprašalnike: Safety, Communication, Operational Reliability and Engagement survey (SCORE), Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Victorian Safety Climate Survey (VSCS), Safety Climate Survey (SCSu), Safety Climate Scale (SCSc), Patient Safety Climate in Healthcare Organisations survey (PSCHO), Modified Stanford Instrument (MSI), Hospital Survey on Patient Safety Culture survey (HSOPS), Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF).

Za merjenje kulture varnosti pacientov v bolnišnicah prevladuje uporaba vprašalnika HSOPS. HSOPS je leta 2004 zasnovala Ameriška agencija za raziskave in kakovost zdravstvenega varstva (ARCHO). Predlagala je oceno po dimenzijah, ki se nanašajo na kulturo varnosti pacientov v bolnišnici. Za vsako dimenzijo se odstotki nad 75 štejejo za prednost, pod 50 pa za slabost in ta področja je treba izboljšati (Sorra in Dyer, 2010; Eiras idr., 2014, str. 111–122). Okuyama idr. (2018) so na podlagi sistematičnega pregleda in metaanalize obstoječih znanstvenih študij merjenja kulture varnosti z uporabo vprašalnika HSOPS v bolnišnicah po vsem svetu povzeli v ključne ugotovitve in ocenili kulturo varnosti v bolnišnicah na splošno. Velikosti vzorcev v identificiranih 59 raziskavah do vključno leta 2015 so se gibale v obsegu od 90 do 247.140 udeležencev. Ugotovili so, da je bila v večini bolnišnic razširjena kultura krivde ter da tako vedenje zmanjšuje poročanje o varnostnih odklonih in verjetnost, da bi se izvajali korektivni ukrepi (Okuyama idr., 2018).

V raziskavi o kulturi varnosti v akutnih bolnišnicah v Sloveniji z uporabo HSOPS (2013a in 2013b) je bilo ugotovljeno podobno stanje. Vprašalnik je izpolnilo 2932 zaposlenih v bolnišnicah. Robida (2013a in 2013b) je v zaključku izpostavil, da je tudi Slovenija za reševanje problemov varnosti pacientov prevzela staro in nevarno smer neupravičenega obtoževanja in sramotjenja posameznikov namesto pravične in prilagodljive kulture s sistemskim pristopom, ki spodbuja učenje in je namenjen preprečevanju varnostnih odklonov. Poleg tega je bila v letu 2017 izmerjena z istim vprašalnikom tudi kultura varnosti v psihiatričnih bolnišnicah, ki je enako pokazala na potrebo po izboljšanju stanja (Rašič, 2019). V pripravah na ponovno merjenje kulture varnosti pacientov v slovenskih bolnišnicah se je pojavilo vprašanje, ali je standardizirani vprašalnik HSOPS po šestnajstih letih od njegove priprave še vedno najprimernejši standardizirani vprašalnik za nacionalno merjenje kulture varnosti v bolnišnicah. Vierendeels idr. (2018), ki so se ukvarjali s proučevanjem modelov merjenja kulture varnosti, so prepoznali 12 različnih dimenzij, ki so jih združili na specifičen način v t. i. »model jajca« (The Egg Model) (Vierendeels idr., 2018), ki potrjuje potrebo po nadgradnji obstoječega vprašalnika HSOPS. Za preverjanje ustreznosti vprašalnika HSOPS je bila glede na mednarodne pobude oblikovana tudi delovna podskupina za merjenje kulture varnosti v okviru Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj – OECD (OECD, 2019).

K aktivnosti na področju razvoja kulture varnosti spodbuja tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO). Na prvi mednarodni dan varnosti pacientov, 17. 9. 2019, je bila prav varnostna kultura na vseh ravneh v središču pozornosti. Da bi spodbudili odprto komunikacijo za učenje iz varnostnih odklonov in poudarili pomen varnosti pacientov, je bil sicer slogan WHO za svetovni dan varnosti pacientov 2019 »Spregovorite o varnosti pacientov!« (WHO; 2019). Prizadevanje za razvoj kulture varnosti pa je bila tudi ena izmed ključnih nalog v okviru projekta SenSys, ki je v Sloveniji potekal v letih 2018–2019 ob tehnični pomoči Službe za strukturni razvoj Evropske komisije (SRSS) v sodelovanju z dansko Nacionalno agencijo za varnost, z namenom vzpostavitve sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost pacientov v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2019).

1.2 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je bil, da govorimo o varnosti pacientov in pred nacionalnim merjenjem kulture varnosti ocenimo obstoječe stanje na področju prizadevanj za razvoj kulture varnosti v slovenskih bolnišnicah. Cilj raziskave je bil odgovoriti na raziskovalna vprašanja o tem, ali in kakšne aktivnosti za razvoj kulture varnosti se izvajajo v slovenskih bolnišnicah, kako poteka ocenjevanje kulture varnosti in kako se uporabljajo pridobljeni podatki za izboljševanje kulture varnosti.

2 Metoda

Za nacionalno oceno stanja na področju kulture varnosti v bolnišnicah je bil uporabljen kvantitativni pristop. Vprašalnik za oceno stanja na področju kulture varnosti v bolnišnicah je bil pripravljen namensko, po mednarodnih priporočilih (Hodgen idr.,

2018; Vierendeels idr., 2018). Vključeval je odprta vprašanja, vprašanja, kjer je bilo treba izbrati posamezne možnosti ali oceniti trditev glede na petstopenjsko lestvico (1 – zelo nizka, 2 – nizka, 3 – niti ne nizka niti ne visoka, 4 – visoka, 5 – zelo visoka). Vzorčenje v raziskavi je bilo kvotno. K raziskavi so bile vabljene vse bolnišnice. Povabilo k sodelovanju je bilo s povezavo do e-vprašalnika posredovano na uradne e-naslove bolnišnic v začetku septembra 2019, brez dodatnega ali ponovnega opozorila izvajalcem na drugačen način. Za izpolnjevanje vprašalnika so bili zaproseni tako predstavniki vodstva kot strokovni vodje, in sicer na način, da ločeno izpolnijo dva vprašalnika za posamezno bolnišnico. Vprašalnik je bil izpolnjevalcem sicer dostopen preko spletnega vmesnika 1Ka.

Skupno je bilo izpolnjenih 37 vprašalnikov. Po pregledu odgovorov sta bila zaradi velikega števila nepodanih odgovorov izločena 2 vprašalnika. V dveh bolnišnicah so izpolnili 4 vprašalnike, v treh po tri, v eni dva, v ostalih pa po en vprašalnik. V poglobljeno analizo je bilo tako vključenih 35 vprašalnikov iz skupno 19 bolnišnic. 34 vprašalnikov je bilo izpolnjenih v javnih bolnišnicah in 1 v zasebni bolnišnici s koncesijo. Izpolnjevalci so bili pomočniki direktorjev za zdravstveno nego (28,6 %), direktorji (25 %), strokovni direktorji (22,9 %), pooblaščen osebe za kakovost (11,4 %) in drugi (5,9 %), kot npr. pooblaščen oseba za čakalne sezname. Izračunana stopnja odzivnosti bolnišnic je 67,85 %. Podatki so bili analizirani kvantitativno in kvalitativno. Rezultati so predstavljeni v tabelah in opisno.

3 Rezultati

Ocena kulture varnosti v bolnišnicah na splošno je po različnih dimenzijah glede na petstopenjsko lestvico predstavljena v tabeli 1.

Tabela 1: Ocena kulture varnosti v bolnišnicah z vidika vodstva

<i>Dimenzija</i>	<i>Povprečna vrednost</i>	<i>Standardni odklon</i>
Zavzetost vodstva v povezavi s kulturo varnosti	4,23	0,77
Sistemi, procesi in postopki za razvoj varnostne kulture (pri tem je mišljena obstoječa struktura, modeli vodenja, poslovni procesi itd.)	3,71	0,83
Viri za razvoj kulture varnosti	3,57	0,88
Odnosi v kolektivu/timu	3,65	0,80
Komunikacija	3,60	0,77
Učenje	3,60	0,85
Vpliv kulture varnosti na zaposlene (npr. zadovoljstvo pri delu, stres)	3,54	0,92
Zavedanje kulture varnosti	3,43	0,70
Poudarjanje pomena varnosti	3,83	0,86
Varnostna vprašanja (pričevanja/poročanja)	4,23	0,78

Vir: Lastni vir, 2019.

Na podlagi samoocene vodstva je bila dosežena najnižja povprečna ocena pri dimenziji »zavedanje kulture varnosti« (3,43) in najvišja pri dimenzijah »zavzetost vodstva v povezavi s kulturo varnosti« in »varnostna vprašanja« (4,23).

Na vprašanje, kaj so kazalniki sprememb kulture varnosti, so najpogosteje odgovorili, da so kazalniki merjenja zadovoljstva in kazalniki v povezavi z izvajanjem izobraževanj. V tabeli 2 so predstavljeni predlogi kazalnikov kakovosti po posameznih dimenzijah po Hodgenu idr. (2018).

Tabela 2: Predlagani kazalniki kakovosti s strani vodstva bolnišnic

<i>Dimenzija</i>	<i>Predlagani kazalniki kakovosti</i>
Zavzetost vodstva v povezavi s kulturo varnosti	zadovoljstvo zaposlenih, število varnostnih vizit vodstva, delež realiziranih ukrepov iz ugotovljenih neskladnosti, odzivnost vodstva/število sestankov s pooblaščenici za varnost
Sistemi, procesi in postopki za razvoj varnostne kulture (pri tem je mišljena obstoječa struktura, modeli vodenja, poslovni procesi, itd.)	izvedba akreditacije in certificiranja, upravljanje z varnostnimi odkloni, spremljanje kazalnikov kakovosti, vključenost prizadevanj za kulturo varnosti v temeljne dokumente zavoda, število izvedenih izobraževanj, uvedene klinične poti, število strokovnih gradiv, kot npr. žepna izdaja opomnika za predajo pacienta med oddelki in predajo pacienta v operacijsko dvorano, spodbujanje nekaznovane politike, merjenje organizacijske klime, število organiziranih procesov prenosa znanja
Viri za razvoj kulture varnosti	anketa zadovoljstva, prisotnost koordinatorja kakovosti, imenovani pooblaščenici za varnost, služba/komisija za kakovost, informacijska podpora, finančna sredstva, opredeljena v finančnem načrtu za zagotavljanje sistema kakovosti in varnosti, finančni stroški izobraževanja za zaposlene, podpora podaljševanju licence, predstavnica vodstva za kakovost na sestankih posameznih služb, redna sporočila na spletu
Odnosi v kolektivu/timu	pojavi fluktuacije, merjenje zadovoljstva zaposlenih, iskanje dejavnikov tveganja v timih, kjer odnosi ogrožajo varnost, merjenje klime, letna anketa zadovoljstva zaposlenih, letni razgovori, pogovori o varnosti, redni timski sestanki, izobraževanja o odnosih pri timskem delu
Komunikacija	število sporočenih varnostnih odklonov, izobraževanja s področja komunikacije, spremljanje pohval in pritožb ter izvajanje preventivnih in korektivnih ukrepov, število skupno prepoznanih procesnih odstopanj, medoddelčne konference, pogovori o varnosti, ki temeljijo na medpoklicnem sodelovanju
Učenje	kontinuirana izobraževanja, število udeležencev, uvajanje novozaposlenih, vpeljava teme kakovosti za študente različnih študijskih smeri, ki krožijo v bolnišnici, mortalitetne in morbiditetne konference, interna izobraževanja, ocena zaposlenih v letnem vprašalniku, merjenje zadovoljstva, brezplačne delavnice, redna mesečna interna izobraževanja za vse zaposlene
Vpliv kulture varnosti na zaposlene (npr. zadovoljstvo pri delu, stres)	ankete o zadovoljstvu zaposlenih, merjenje klime, kazalniki sprememb, sprememba stališč, da to ni dodatno delo, občutek varnosti pri delu, sprememba obsega dela, podpora zaposlenim z možnostjo koriščenja psihološke podpore
Zavedanje kulture varnosti	število analiz in ukrepov, število izvedenih ukrepov; odstotek izvedenih priporočil zunanjih in notranjih presoj kakovosti, ciljno merjenje zavedanja kulture varnosti, poznavanje sistema kakovosti, redni delovni sestanki delovnih skupin za spremljanje obveznih in neobveznih kazalnikov, ocene zaposlenih

Poudarjanje pomena varnosti	število točk dnevnega reda na sestanku, delež letnih ciljev, število izvedenih pogovorov o varnosti, notranje presoje s poudarkom na varnosti, redna obravnava področja kakovosti in varnosti na vseh strokovnih kolegijih, pogovor o varnostnih odklonih, pogovori o varnosti na sestankih strokovnega sveta, sestankih strokovnih vodij v zdravstveni negi, oddelčnih sestankih na vseh organizacijskih ravneh
Varnostna vprašanja (pričevanja/poročanja)	dokumentiranje obravnave varnostnih odklonov, register tveganj; sledenje izvajanju in učinkovitosti izboljšav, poročila vodstvom organizacijskih enot in vodstvu zavoda, posveti s koordinatorjem za kakovost, morbiditetne in mortalitetne konference (število), pogovori o varnosti (število), število in struktura varnostnih odklonov po oddelkih/enotah, število izboljšav glede varnosti na posameznih oddelkih/enotah

Vir: Lastni vir, 2019.

Kot ključne aktivnosti, ki jih v bolnišnicah izvajajo na področju razvoja kulture varnosti (primeri dobre in slabe prakse, učinki ...), predstavljajo:

- z vidika prioritet: da »na razvoj kulture varnosti v največji meri vpliva odnos vodstva zavoda«, da je pomembno, »da postane zagotavljanje kulture varnosti vsakdan«, kar pomeni, »da so prizadevanja avtomatično vpeta v zdravstveno obravnavo«, nujna je »zavzetost vodstva za takojšnje reševanje problemov in pobud pooblaščenec za varnost in drugih; uvrščanje varnostnih tem na dnevni red vseh sestankov in vzpostavljanje nekaznovalne politike«, potrebno je »predstavljanje kulture varnosti kot enega izmed ključnih členov pri zagotavljanju zdravstvene obravnave in za doseganje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev«;
- z vidika izvajanja ciljnih aktivnosti: menijo, da je »vodstvo ambasador kulture varnosti, zato mora samo s svojim delom in odnosom dnevno dokazovati, da pozna postopke in orodja za dvig kakovosti, in jih tudi uporabljati«, zaposlenim, ki so vključeni v sistem kakovosti s posebnimi nalogami, mora »za to delo priznati ustrezno število ur«, »pravočasno predvideti nadomeščanje članov komisij za kakovost in varnost s kompetentnimi novimi člani, odvisno glede na strokovno področje«, »motivirati in spodbujati zaposlene, jih opozarjati, zakaj je kultura varnosti pomembna«, si prizadevati za »izboljševanje sodelovanja predstavnikov oddelkov in enot ter služb za kakovost in varnost«, »zagotoviti možnost odkritega pogovora o varnosti pacientov znotraj posamezne poklicne skupine, še posebej nadgradnjo pogovorov o varnosti pri zdravnikih, pa tudi med posameznimi poklicnimi skupinami«, »izdelava varnostne ocene in stremljenje k realizaciji izboljšav«, »spodbujanje prepoznavanja in sporočanja varnostnih odklonov, vključitev v nacionalni sistem upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost« ter »na osnovi analiz sporočenih odstopanj/odklonov/neskladij sprejemati preventivne ter korektivne ukrepe, da se nenehno izboljšujejo procesi in sistemi in posledično kultura varnosti«;
- z vidika izobraževanja: kot ključne izpostavljajo »zagotavljanje izobraževanja na primerih dobre prakse, izvajanje simulacij in delavnic, pripravo plakatov«, »izobraževanje vodstvenih delavcev in vseh zaposlenih o pomenu timskega dela v luči varnosti pacientov«, »predstavitev primerov obravnave varnostnih odklonov strokovni javnosti«, »organizacijo tedna varnosti in kakovosti s sodelovanjem zaposlenih in zunanjih sodelavcev« ter »spodbujanje sodelovanja na izobraževanjih

- s pridobitvijo točk za podaljševanje licence«;
- z vidika sistemskih ukrepov: potrebujejo »večjo usmeritev in vsebinsko podporo ministrstva«, »da bi cene zdravstvenih storitev vključevale tudi sredstva za področje varnosti in kakovosti«, »več finančnih sredstev, posebej planiranih za izobraževanje na področju kakovosti in varnosti«, »enotno informacijsko tehnološko rešitev in več podpore v razvoju procesov, ki bodo v skladu s pravili stroke in zagotavljali varnost pacientov in osebja«, zagotavljanje zaupnosti podatkov (anonimizacijo dogodka) in »ničelno toleranco do kaznovanja za varnostne odklone« in »izvajanje raziskav o kulturi varnosti«.

Z vidika vodstva bolnišnic na prizadevanja za kakovost in varnost zdravstvene oskrbe glede na preteklost, sedanost in prihodnost je zaslediti napredek v prizadevanjih za kakovost in varnost zdravstvene oskrbe v bolnišnicah; od tega, da se o kulturi varnosti ni govorilo, do dvigovanja zavedanja o pomenu kulture varnosti in prizadevanja za zakonsko ureditev področja kakovosti in varnosti v zdravstvu (tabela 3).

Tabela 3: Pogled vodstva bolnišnic na prizadevanja za kakovost in varnost zdravstvene oskrbe

<i>Na ravni zavoda</i>	<i>Na nacionalni ravni</i>
<i>Pogled nazaj za obdobje desetih let</i>	
o kulturi varnosti se pred desetimi leti ni govorilo, razvoj posameznih lastnih kazalnikov kakovosti, v zdravstveni negi – krožki kakovosti, vzpostavitev procesnega modela, brez poročanja varnostnih odklonov, vpeljava kliničnih poti, začetek obvladovanja nekaterih varnostnih odklonov, izvajanje strokovnih nadzorov, sistem korektivnih ukrepov, oblikovanje smernic, standardov in navodil, vzpostavljanje sistema vodenja kakovosti, ni koordinatorjev kakovosti, vzpostavitev TOM; pridobivanje akreditacij in certifikatov	uvedba akreditacij bolnišnic – šele ko so od lastnika in plačnika javnih zavodov prišle jasne zahteve po certificiranju/akreditiranju zavodov na osnovi medicinskih standardov kakovosti, so se aktivnosti na področju kulture varnosti začele premikati hitreje, spremljanje kazalnikov kakovosti, izobraževanja in konference s področja kakovosti in varnosti, uvedba kliničnih poti, nacionalna strategija za vpeljavo kakovosti in varnosti v bolnišnice
<i>Pogled na sedanost</i>	
vpeljava registra tveganj, organizacija aktivnosti ob svetovnem dnevu varnosti pacientov, prenos dobrih praks, nadgrajevanje obstoječega sistema vodenja kakovosti, letne akreditacijske presoje bolnišnice, priprava matrik dokumentiranja, ankete o zadovoljstvu zaposlenih in uporabnikov, spodbujanje nekaznovalne politike pri obravnavi varnostnih odklonov, izobraževanja, oddelčni sestanki, povečevanje števila mortalitetnih in morbiditetnih konferenc, več varnostnih vizit, aktivno sodelovanje v nacionalnih projektih, združenjih	objava kazalnikov, poenotenje izrazov, metodologij ipd., mednarodni projekti, v katerih sodeluje Ministrstvo za zdravje, usmeritve Komisije za kakovost pri Združenju zdravstvenih zavodov, uvajanje sistema SenSys in veliki koraki pri razvoju varnosti pacientov, izvajanje nacionalnih anket o zadovoljstvu pacientov, izobraževanja, posveti ...

<i>Načrti za prihodnost</i>	
<p>nadaljevanje z začetimi aktivnostmi, vključevanje v nacionalne projekte, dvig zavedanja pri vseh zdravstvenih delavcih in sodelavcih, da je središče našega dela pacient, vzpostavitev sistema, da bo poročanje o vsakem varnostnem dogodku pri vsakem zaposlenem prepoznano kot orodje za zmanjšanje stresa ob dogodku in priložnost za izboljšave v prihodnosti, doseči še enkrat več sporočenih odklonov, ustvariti bazo priporočil in protokolov za izboljševanje kulture varnosti, ohranjati kontinuirano izobraževanje in motiviranje zaposlenih, vzpostavljene sisteme vodenja kakovosti in varnosti ohranjati in izboljševati s pomočjo medicinskih standardov, ponovno uvesti nagrado za kakovost, se povezati s podobnimi JZZ in izmenjava dobrih praks, želimo si več vzpodbud z Ministrstva za zdravje</p>	<p>vztrajanje na trenutnih dobro začelih aktivnostih s področja kakovosti in varnosti ob sočasnem povezovanju realnosti v kliničnih okoljih, nadaljnji razvoj kulture varnosti na nacionalni ravni in aktivno sodelovanje z zdravstvenimi zavodi, država mora zagotoviti javnim bolnišnicam optimalne delovne pogoje, ustrezno opremo in zadostno število kadra, sprejetje Zakona o kakovosti in varnosti, želeli bi si večjo decentralizacijo oz. večje vključevanje lokalnih regijskih ustanov v projekte na področju izboljševanja kakovosti in varnosti, več podpore tako v finančnem kot izobraževalnem/svetovalnem in povezovalnem smislu ter jasno strategijo na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu, sprejetje Zakona o kakovosti in varnosti, izvedba ostalih ukrepov v okviru projekta Šilih, tudi nacionalno telo – Agencijo za kakovost in varnost, ki ne bo odvisna od političnih sprememb in menjave ministrov za zdravje</p>

Vir: Lastni vir, 2019.

Respondenti so v 45 % vprašalnikov opredelili, da imajo v bolnišnicah načrt glede merjenja kulture varnosti, v 54 % so že merili kulturo varnosti v zavodu. Tisti, ki so varnostno kulturo že merili, so v največjem deležu sodelovali v nacionalni raziskavi (68 %), na pobudo tretje osebe (10,7 %) oziroma so izvedli lastno raziskavo (21,1 %). V ocenjevanje so bili največkrat vključeni izvajalci zdravstvene nege (84,2 %). Pri tem večinoma niso navedli podatka, ali in kateri standardizirani vprašalnik je bil uporabljen. Ocenjevanje je do sedaj sicer najpogosteje potekalo na ravni klinike/enote. V 80 % Ministrstvu za zdravje priporočajo uporabo standardiziranega vprašalnika, v 11 % kombinacijo, v 7,7 % pa uporabo nestandardiziranega vprašalnika. Sicer v 48 % še ne vedo, ali bodo sodelovali v nacionalnem merjenju, ker se npr. »soočajo s stisko, ki ji botruje kadrovska in finančna podhranjenost«. Prednosti sodelovanja pa vidijo tudi »zaradi primerjave z ostalimi zdravstvenimi zavodi«.

Ključni ukrep, ki bi moral biti po njihovem mnenju naveden v akcijskem načrtu za razvoj kulture varnosti v njihovem zavodu in nacionalno, je, da se pridobivajo in uporabljajo pridobljeni podatki iz različnih virov tudi za namen izboljševanja kulture varnosti ter za učenje in za izboljšanje situacije v zavodu. Vodstvo bolnišnic meni, da je »kultura varnosti eden izmed najpomembnejših členov za zagotavljanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave«, »primeren kazalnik kakovosti« ter »orodje za odločanje o nadaljnjih aktivnostih«, saj je »merjenje kulture varnosti pomembno za dviganje kakovosti dela in s tem kakovosti zavoda«. Pri tem bi radi preverili učinkovitost tudi drugih orodij za zagotavljanje varnosti in kakovosti zdravstvene obravnave, »če bi za to imeli dovolj kadra in znanja«.

Mednarodnega dneva varnosti pacientov v bolnišnicah večinoma še niso obeležili, »ker o tem niso bili obveščeni«, »ker imajo preveč drugih aktivnosti, ki jih vsakodnevno obremenijo«, »ker so se pripravljali na zunanjo presojo zavoda«, »ker vsakodnevno izvajajo aktivnosti za varnost pacientov«. V tistih bolnišnicah, ki so se kampanji

pridružili, so vzpostavili informacijsko točko, kjer so strokovnjaki s področja kakovosti in varnosti paciete, svojce in obiskovalce bolnišnice seznanjali z namenom dneva, in se osredotočili na pomen sodelovanja pacienta in svojcev pri zdravstveni obravnavi za najboljši izid, pripravili plakate, izvedli interne ankete in napisali oranžne balone.

4 Razprava

Rezultati raziskave so pokazali relativno visoko samooceno vodstva o prizadevanjih za razvoj kulture varnosti. Ker je v oceni sodelovalo zgolj vodstvo, obstaja nevarnost »razkoraka med besedami in dejanji«. Singer idr. (2008) so dokazali, da vodje bolj pozitivno dojemajo varnostno kulturo pacientov kot osebje, ki dela neposredno s pacienti. Zagotovo pa je zaveza vodstva razvoju kulture varnosti eden izmed ključnih dejavnikov pri njenem razvoju (Hodgen idr., 2018). Pri primerjanju izpolnjenih vprašalnikov iz posameznega zavoda je razvidno, da med odgovori skorajda ni razlik, kar nakazuje na sodelovanje med izpolnjevalci.

Na vprašanje, kaj so kazalniki sprememb kulture varnosti, so imeli številne ideje, take, ki kažejo, da ne razumejo, kaj so kazalniki kakovosti, kot take, ki bi jih bilo smiselno podrobno proučiti. Vsekakor pa omenjajo tudi ankete o zadovoljstvu pacientov, kar je Ministrstvo za zdravje uvedlo v letu 2019. Pridobljeni podatki o tem, kakšne aktivnosti za razvoj kulture varnosti se izvajajo v slovenskih bolnišnicah, pričajo, da izvajalci izvajajo številne aktivnosti in tudi prepoznajo številne priložnosti za razvoj kulture varnosti v zavodih. Te ne potekajo sistematično v smislu celovitega sistema upravljanja s kakovostjo in varnostjo, kar sodelujoči umeščajo v načrt za prihodnost. Poudarjajo pomen vzpostavitve celotne strukture sistema dela na področju varnosti, kadrovske okrepitve pri izvajalcih in delne razbremenitve ključnih oseb ter jasno in zadostno strukturo tudi na nacionalni ravni za izvajanje aktualnih pobud za realizacijo skupnih ciljev. Predvsem je potrebno podrobneje proučiti, kaj vidijo kot načrt za prihodnost. Aktivnosti sicer potekajo interno, s sodelovanjem med zavodi in nacionalno na podlagi medsebojnega sodelovanja ter aktivne podpore Ministrstva za zdravje in drugih nacionalno delujočih subjektov, predvsem Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Sicer kot ključne aktivnosti, ki jih v bolnišnicah izvajajo na področju razvoja kulture varnosti (primeri dobre in slabe prakse, učinki ...), predstavljajo vse tisto, o čemer poročajo tudi znanstveni viri. Učinkovita komunikacija, povratne informacije po poročanju, angažirano vodstvo in okolje, osredotočenost na učenje iz varnostnih odklonov so bili znanstveno prepoznani dejavniki, ki lahko vodijo do izboljšanja kulture varnosti pacientov v bolnišnicah (Gračner, 2014; Okuyama idr., 2018).

Podatki o tem, kako poteka ocenjevanje, kažejo, da se vodstvo bolnišnic le delno zaveda in pozna pomen merjenja kulture varnosti. Merjenje kulture varnosti v bolnišnicah v Sloveniji ni uveljavljeno, čeprav je bil poskus uveljavitve merjenja v preteklosti že izpeljan. Načrt je bil, da se ponovi obdobje na od 2 do 3 leta, v vmesnem času pa zdravstvene organizacije uvedejo ukrepe glede na rezultate ankete (Robida, 2013a, 2013b). Merjenja kulture varnosti v slovenskih bolnišnicah (Robida, 2013a,

2013b; Kramar, 2014; Rašič, 2019), ki so sicer potekala na ravni celotnih bolnišnic, po oddelkih in po poklicnih skupinah, s strani vodstva večinoma niso bila poznana. Nekateri zavodi sicer navajajo, da imajo izkušnjo ocenjevanja kulture varnosti, vendar pa to ni redna praksa, priporočajo uporabo standardiziranega vprašalnika. V rednem merjenju kulture varnosti vidijo koristi za svoj zavod in nacionalno. Sicer v 48 % še ne vedo, ali bodo sodelovali v nacionalnem merjenju, kar je pokazatelj organizacijske klime (Singer idr., 2008). Za nacionalno merjenje kulture varnosti bo potrebno doseči širši družbeni kontekst. Zagotovo bo to standardiziran instrument, ki mu bomo dodali vsaj »družbeno-okoljsko« dimenzijo (Vierendeels idr., 2018). Domene iz vprašalnika HSOPS, ki ga je razvila Ameriška agencija za raziskave in kakovost zdravstvenega varstva (ARCHO) (Sorra idr., 2016), je v svoji raziskavi uporabil tudi Robida (2013a in 2013b) (predaja in kontinuiteta, timsko delo, število sporočenih varnostnih odklonov, podpora vodstva za varnost pacientov, splošno zaznavanje pacientove varnosti) in ne vključujejo vidika »družbeno-okoljskih dejavnikov«, kot so norme, izjave v medijih, družbeno delovanje in ugled ter politične izjave. Posebno pozornost pa bo potrebno nameniti uporabi pridobljenih podatkov za izboljševanje kulture varnosti, saj tukaj še nimamo veliko primerov dobre prakse. Obeležitev mednarodnega dneva varnosti se še ni uveljavila v večini zavodov, kar je bilo pričakovano, saj gre za nov dogovor v okviru Svetovne zdravstvene organizacije, ki se mu je pridružila tudi Slovenija.

Omejitev raziskave so izhajale iz uporabljene metodologije. Upoštevati je potrebno, da je bila ta stopnja odzivnosti sicer dosežena zgolj z enkratno prošnjo za sodelovanje v oceni in ni vključevala zahteve ter morebitne sankcije. Morebitno spodbujanje k izpolnjevanju bi sicer zakrilo vpogled v to, ali je tematika vodstvu dejansko pomembna in gre zgolj za družbeno sprejemljiv odziv, kot se najverjetneje kaže v samooceni. Nadalje bi bilo smiselno za bolj poglobljeni vpogled v razvoj kulture varnosti po načelih triangulacije zaporedno uporabiti tudi kvalitativni pristop. V pripravi metodologije za nacionalno merjenje in v akcijskem načrtu za razvoj kulture varnosti je smiselno ta spoznanja upoštevati. Skrb na področju prizadevanj za kakovost in varnost je v Sloveniji fragmentirana. Vzpostavitev celovitega integriranega sistema upravljanja s kakovostjo in varnostjo v zdravstvu bo vključevala tudi vzpostavitev zahteve merjenja kulture varnosti na določena časovna obdobja.

5 Zaključek

Zadostna kultura varnosti je tista, v kateri vsaka oseba, ki poklicno deluje pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, priznava svojo odgovornost glede varnosti pacientov in si prizadeva izboljšati oskrbo, ki jo zagotavljajo, kar vključuje tudi priznanje, da se lahko zgodijo varnostni odkloni ter da zdravstveno in socialno varstvo nista brez tveganj. Ugotovitve te študije je smiselno upoštevati pri pilotnem preverjanju (v septembru 2020) in uveljavitvi nacionalnega sistema upravljanja z varnostnimi odkloni in tveganji za varnost, vključno z nacionalnim merjenjem kulture varnosti, kar je načrtovano za konec leta 2021. Cilj Ministrstva za zdravje v okviru zdravstvenega varstva

in dolgotrajne oskrbe je nadaljevanje prizadevanj za vzpostavitev pozitivne varnostne kulture ne samo v bolnišnicah, temveč pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

ZAHVALA

Za podporo in aktivno udeležbo pri izvajanju projekta SenSys (SRSS/S2017/028) se zahvaljujemo sodelujočim v oceni, Marianne B. Banke iz danske Nacionalne agencije za varnost, članom operativne delovne skupine in usmerjevalnega odbora ter vsem, ki ste aktivno sodelovali ali bili udeleženi na dogodkih v okviru projekta SenSys za vzpostavitev sistema upravljanja varnostnih odklonov in tveganj za varnost.

Vesna Zupančič, PhD, Torsten Breuerbach Larsen

Assessment of the Development of Patient Safety Culture in Hospitals: a Management Perspective

A good safety culture is one in which every person in the institution recognizes their responsibility for patient safety and strives to improve the care they provide, including the recognition that safety incidents can occur and that health and social care are not without risks. Healthcare facilities need to develop a culture of safety among employees, along with various structural measures to improve the quality of care and safety of patients. A patient safety culture is a necessary indicator of quality in hospitals. Various tools have been used to measure patient safety culture among healthcare staff. Hospitals predominantly use the Hospital Survey on Patient Safety Culture survey – HSOPS questionnaire. In preparation for the remeasurement of patient safety culture in Slovenian hospitals, the question arose whether, after sixteen years from its preparation, the standardized HSOPS questionnaire is still the most appropriate standardized questionnaire for national measurement of hospital safety culture. The World Health Organization is also encouraging activities in the field of patient safety culture development and measurement.

In fact, on the first International Patient Safety Day, September 17, 2019, the focus was precisely on that – safety culture at all levels. The quest for the development of safety culture was also one of the key tasks of the SenSys project, which took place in Slovenia in 2018-2019 with the technical assistance of the European Commission's Structural Development Service and in cooperation with the Danish National Safety Agency, with a view to establishing a system for managing safety incidents and safety risks in Slovenia.

The paper presents the findings of an assessment of the state of play in the field of safety culture development in Slovenian hospitals. The purpose of the research was to evaluate the current state of the efforts to develop a safety culture in Slovenian hospitals before the national measurement of safety culture. The aim of the research was to answer the research questions about whether and what activities for the development of a safety culture are carried out in Slovenian hospitals, how the safety

culture is evaluated and how the data obtained is used to improve the safety culture. A quantitative approach was used for the national assessment of the state of the hospital safety culture.

The questionnaire for the assessment of the state of the safety culture in hospitals was prepared on purpose, following international recommendations (Hodgen et al., 2017, Vierendeels et al., 2018). Sampling was quota. All hospitals were invited to participate in the survey. Representatives of management and professional leaders were asked to complete the questionnaire by completing two questionnaires from each hospital separately. The questionnaire was accessed through the 1Ka web interface. 35 questionnaires from a total of 19 hospitals were included in the in-depth analysis. The executors were Assistant Nursing Directors (28.6%), Directors (25%), Professional Directors (22.9%), Quality Authorized Persons (11.4%), and others (5.9%), such as authorized person for waiting lists. The calculated hospital response rate was 67.85%.

The results of the survey showed a relatively high self-esteem of management in their efforts to develop a culture of safety. Since only management participated in the assessment, there is a danger of a “discrepancy between words and actions”. When comparing the questionnaires from each institution, it is clear that there are almost no differences between the answers, which indicates cooperation between the respondents.

They had a number of ideas about safety culture indicators that would be worth exploring in more detail. The key activities that hospitals undertake in the field of developing a culture of safety (examples of good and bad practice, effects ...) are within the framework of activities (1) in terms of priorities, (2) implementation of activities, (3) education and (4) systemic measures.

From the perspective of hospital management relative to the healthcare quality and safety efforts in the past, present and future, progress can be seen in the efforts to improve healthcare quality and safety in hospitals. The providers carry out many activities and also recognize the many opportunities for the development of a culture of safety in institutions. There is a raising awareness of the importance of a culture of safety, with efforts to regulate the quality and safety of health-focused activities.

These are not systematically conducted in terms of a comprehensive quality and safety management system, which places participants in a plan for the future. They emphasize the importance of establishing an overall structure of the work system in the field of safety, personnel reinforcement of providers and partial relieving of key persons, as well as a clear and sufficient structure at the national level for the implementation of current initiatives for the realization of common goals.

Above all, plans for the future need to be further examined. Activities are carried out internally, in cooperation between institutions, and nationally on the basis of mutual cooperation and active support of the Ministry of Health and other nationally active entities.

Information on how the assessment is conducted indicates that hospital management is only partially aware of the importance of measuring safety culture. The measurement of the safety culture in Slovenian hospitals is not established. Some institutions have experience in assessing the safety culture (16 hospitals in 2011), but this is not a regular practice; they recommend the use of a standardized questionnaire, the usefulness of data in measuring the safety culture for their own institution and nationally. National measurement of safety culture will require a broader social context. It will certainly be a standardized instrument, to which we will at least add a “social environmental dimension”.

Respondents in 45% of the questionnaires indicated that they had a plan for measuring the culture of safety in hospitals, while in 54% they had already measured the culture of safety in the institution. Those who have already measured safety culture participated in the largest extent in the national survey (68%), at the initiative of a third party (10.7%) or in their own survey (21.1%). Nursing providers were the most involved in the assessment (84.2%). For the most part, they did not provide information on whether and what standardized questionnaire was used. Until now, assessment has most often taken place at the clinic/unit level. In 80%, the Ministry of Health recommends the use of a standardized questionnaire, in 11%, a combination and in 7.7%, the use of a non-standardized questionnaire. Otherwise, 48% do not know if they will participate in the national measurement. They also see the benefits of collaboration because of the possibility of comparison with other healthcare institutions.

In their opinion, the key action that should be addressed in the action plan is to develop a culture of safety in their institution and ensure national learning to improve the situation in the institution. Hospital management believes that “a safety culture is one of the most important elements for ensuring the quality and safety of healthcare”, “an appropriate quality indicator” and “a tool for deciding on follow-up activities” as measuring the safety culture is important for raising the quality of work and thus of the Institute. In doing so, they would also like to test the effectiveness of other tools to ensure the safety and quality of healthcare, “if we have sufficient staff and knowledge”.

The celebration of the International Safety Day has not yet been established in most institutions, which was expected as this is a new agreement within the World Health Organization which Slovenia also joined. The findings of this study should be taken into account in the pilot verification (in September 2020) and the implementation of the national safety management system and safety risks, including the national measurement of safety culture, which is planned for the end of 2021. The objective of the Ministry of Health's national efforts under healthcare and long-term care is to establish a positive safety culture not only in hospitals but in all healthcare providers.

LITERATURA

1. Alsaleh, F. M., Abahussain, E. A., Altabaa, H. H., Al-Bazzaz, M. F. and Almandil, N. B. (2019). Assessment of patient safety culture: a nationwide survey of community pharmacists in Kuwait. BMC Health Services Research, 18, str. 884.

2. Aranaz, J. M. and Agra, Y. (2010). The culture of patient safety: from past to future in four stages. *Medicina Clinica (Barc)*, 135, št. 1, str. 1–2.
3. Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M. and Silva - Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27, št. 2, str. 111–122.
4. Firth - Cozens, J. and Mowbray, D. (2001). Leadership and the quality of care. *Quality in Health Care*. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://doi.org/10.1136/qhc.0100003>.
5. Gračner, A. (2014). Management sprememb in uspešno uvajanje kulture varnosti bolnikov: študija primera slovenske bolnišnice. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
6. Hogden, A., Ellis, L., Churrua, K. and Bierbaum, M. (2018). Safety Culture Assessment in Health Care: A review of the literature on safety culture assessment tools. Australian Institute of Health Innovation. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2017/10/Safety-Culture-Assessment-in-Health-Care-A-review-of-the-literature-on-safety-culture-assessment-modes.pdf>.
7. Kramar, Z. (2014). Spremembe zaznavanja kulture varnosti pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
8. Kristensen, S., Christensen, K. B., Jaquet, A., Beck, C. M., Sabroe, S., Bartels, P. and Mainz, J. (2016). Strengthening leadership as a catalyst for enhanced patient safety culture: a repeated cross-sectional experimental study. *BMJ Open*, 6.
9. Lee, S. H., Phan, P. H., Dorman, T., Weaver, S. J. and Pronovost, P. J. (2016). Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 16, 254.
10. Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J. Dyer, N. and Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, 6, št. 4, str. 226–232.
11. Ministrstvo za zdravje (2019). Varnost pacientov. Projekt SenSys. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/projekt-sensys>.
12. Nunen, K., Li, J., Reniers, G. and Ponnet, K. (2018). Bibliometric analysis of safety culture research. *Safety science*, 108, str. 248–258.
13. OECD (2019). OECD Work on Patient Safety. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: <http://www.oecd.org/health/OECD-Work-on-Patient-Safety-Brochure-2019.pdf>.
14. Okuyama, J. H. H., Galvao T. F. and Silva, T. M. (2018). Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pridobljeno s svetovnega spleta: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2018/9156301/>
15. Rašič, J. (2019). Zaznavanje kulture varnosti pacientov med zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
16. Robida, A. (2013a). Hospital survey on patient safety culture in Slovenia: a psychometric evaluation. *International journal for quality in health care*, 25, št. 4, str. 469–547.
17. Robida, A. (2013b). Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82, št. 10, str. 648–660.
18. Santos, A. R. and Rubio, M. (2016). Culture of safety. In: Fondahn, E., Lane, M., Vannucci, A. (eds.). *The Washington Manual of patient safety and quality improvement*, Washington: Univerity in St. Louis, str. 123–136.
19. Singer, S. J., Falwell, A., Gaba, D. M. and Baker, L. C. (2008). Patient Safety Climate in US Hospitals. *Medical Care*, 46, št. 11, str. 1149–1156.
20. Sorra, J. S. and Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Researces*, 10, št. 8, str. 199.
21. Sorra, J., Gray, L., Streagle, S. idr. (2016). *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
22. The Health Foundation. (2013). Safety culture: What is it and how do we monitor and measure it? Event report. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: www.health.org.uk/safetyculturenews.

23. Vierendeels, G., Reniers, G., van Nunenef, K. and Ponnet, K. (2018). Integrative Conceptual Framework for Safety Culture: The Egg Aggregated Model (TEAM) of Safety Culture. *Safety Science*, 103, str. 323–339.
24. WHO (2019). Patient safety day. Pridobljeno dne 20. 2. 2020 s svetovnega spleta: <https://www.who.int/campaigns/world-patient-safety-day/2019>.
25. Zupančič, V. (2019). Kultura kakovosti in varnosti v preteklosti, sedanjosti in prihodnosti. V: Putar, B. (ur.). *V: Preteklost - sedanjost - prihodnost v zdravstvu: zbornik predavanj z recenzijo: 100 let Bolnišnice Topolšica*. Topolšica: Bolnišnica Topolšica, str. 30-37.

Dr. Vesna Zupančič, podsekretarka na Ministrstvu za zdravje in docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.

E-naslov: vesna.zupancic@guest.arnes.si

Torsten Breuerbach Larsen, oddelčni menedžer iz danske Nacionalne agencije za varnost pacientov.

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: BrCAR, 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: BrCAR, 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.