



Univerza v Novem mestu
University of Novo mesto

Fakulteta za zdravstvene vede
Faculty of Health Sciences

Zbornik prispevkov

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

*Mednarodna znanstvena konferenca
Novo mesto, 17. november 2022*

**HOLISTIC APPROACH
TO THE PATIENT**

*International scientific conference
Novo mesto, 17 November 2022*



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

12. mednarodna znanstvena konferenca
12th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA

HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov

Conference Proceedings

Novo mesto

17. november 2022

12. mednarodna znanstvena konferenca
12th International Scientific Conference

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA
HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT

zbornik prispevkov
Conference Proceedings

Izdala / Issued by
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
University of Novo mesto Faculty of Health Sciences

Založila / Published by
Založba Univerze v Novem mestu
University of Novo mesto Press

Uredila / Editor
Dr. Nevenka Kregar Velikonja

Recenzirali / Reviewers
Dr. Mojca Blažič, dr. Karmen Erjavec, dr. Malči Grivec, Nataša Koprivnik, Petra Kotnik, dr. Gorazd Laznik, dr. Ljiljana Leskovic, Kristina Rakuša Krašovec, Ksenija Strnad, Mateja Šimec, dr. Vesna Zupančič

Lektorji / Language Editors
Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.
The authors of the contributions are responsible for the linguistic integrity.

Tehnično uredila / Technical Editors
Brigita Jugovič, Bojan Nose

Izdaja / Edition
Elektronska izdaja / Electronic edition

Dostopno na / Available at: <https://www.zalozba-unm.si/index.php/press/catalog/book/57>

Brezplačna publikacija / Free Publication



To delo je ponujeno pod licenco Creative Commons Priznanje avtorstva - Deljenje pod enakimi pogoji 4.0 Mednarodna licenca. / This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Share like 4.0 International License.

Izdano/Published at Novo mesto, 2023

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 157621763
ISBN 978-961-6770-65-1 (PDF)

VSEBINA / CONTENTS

UVODNI REFERATI

<i>Dr. Luka Kristanc</i> Integracija fitoterapije in ekoterapije v sodobno medicino Integration of Phytotherapy and Ecotherapy into Modern Medicine	1
<i>Dr. Vesna Zupančič</i> Pomen razvoja integriranih kliničnih poti za celovito obravnavo pacientov Importance of Developing Integrated Clinical Pathways for Comprehensive Patient Care	7

REFERATI

<i>Bojana Agreš</i> Koncept holizma in njegove determinante The Concept of Holism and its Determinants	16
<i>Janja Ahlin</i> Holistična zdravstvena nega Holistic Nursing	24
<i>Dr. Franci Avsec</i> Posebnosti odškodninske odgovornosti v slovenskem zdravstvu Specific Features of Civil Liability in Slovenian Healthcare	39
<i>Mag. Tatjana Badrov, Rea Rakošević</i> Stavovi studenata i medicinskih sestara o važnosti neverbalne komunikacije Attitudes of Students and Nurses about the Importance of Nonverbal Communication	47
<i>Vesna Brumnič</i> Kineziološka aktivnost, ekrani i djeca predškolske dobi Kinesiology Activity, Screens and Preschool Children	57
<i>Robert Copič</i> Analiza koncepta duhovnosti Analysis of the Concept of Spirituality	63
<i>Nada Čajkovac</i> Fizioterapija kod pacijenta s lumboišijalgijom kao posljedicom amputacije natkoljenice – prikaz slučaja Physiotherapy in a Patient with Lumboishialgia as a Result of Lower Extremity Amputation - Case Study	76
<i>Karmen Česen - Šivic, dr. Katja Pesjak</i> Občutenje notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi Inner Harmony among Nursing Employees	83
<i>Marjetka Dolničar</i> Neizvedena zdravstvena nega Missed Nursing Care	97
<i>Tatjana Dremelj</i> Opolnomočenje zaposlenih na področju zdravstvene nege Employee Empowerment in Nursing Care	105
<i>Dr. Karmen Erjavec</i> Ovire pri uvajanju integriranih kliničnih poti: primer medorganizacijskega sodelovanja Obstacles in Implementing Integrated Clinical Pathways: Case of Inter-organisational Collaboration	117
<i>Dr. Katarina Galof</i> Priložnosti na področju delovne terapije v paliativni oskrbi Opportunities in Palliative Care Occupational Therapy	123

<i>Irena Gregorin, dr. Eva Cedilnik Gorup</i>	
Validacija slovenske verzije vprašalnika ACDS za merjenje adherence	132
Validation of the Slovenian Version of ACDS Adherence Measure	
<i>Dr. Malči Grivec, Luka Oblak</i>	
Sodobni potrošnik in zdravila v času epidemije covida-19	141
Modern Consumer and Medications during the Covid-19 Epidemic	
<i>Ivana Herak, Tena Novak, Željka Kanižaj</i>	
Znanje opće populacije o ginekološkim karcinomima i mjere prevencije	149
Knowledge of the General Population about Gynecological Cancers and Prevention Measures	
<i>Nataša Koprivnik, Mladen Herc</i>	
Učinkovitost udarnih globinskih valov pri kalcinirajoči tendinozi mišice supraspinatus	156
Effectiveness of Extracorporeal Shock Waves in Calcifying Tendinosis of the Supraspinatus Muscle	
<i>Petra Kotnik, Blanka Koščak Tivadar</i>	
Ocenjevanje dinamičnega ravnotežja	167
Dynamic Balance as an Important Component of Agility	
<i>Neža Kralj Rotar, dr. Vojislav Ivetić</i>	
Stališča družinskih zdravnikov o vzrokih za neupoštevanje kliničnih smernic	180
Family Physicians' Views on the Causes of Non-Adherence to Clinical Guidelines	
<i>Dr. Nevenka Kregar Velikonja</i>	
Biologija empatije	189
The Biology of Empathy	
<i>Maja Kren, Aljaž Kren</i>	
Konflikt med delom in družino pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči	196
Work-family Conflict among Emergency Medical Aid Employees	
<i>Mateja Križaj, Tina Cikač, dr. Rosana Ribić</i>	
Konsumacija alkohola među mladima u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj	206
Alcohol Consumption among Young People in Croatia, Slovenia and Hungary	
<i>Sabina Krsnik</i>	
Ocena znanja, komunikacije in stališč do paliativne oskrbe	214
Assessment of Knowledge, Communication and Attitudes towards Palliative Care	
<i>Božin Krstanoski, Anja Mesec</i>	
Kombinacija fizioterapije in delovne terapije po možganski kapi	223
Combination of Physiotherapy and Occupational Therapy after Stroke	
<i>Dr. Boro Krstić, Ljiljana Tomić, Aleksandra Mesarović</i>	
Promet lekova u Bosni i Hercegovini i usaglašenost regulative sa susjednim državama i Evropskom unijom	234
Circulation of Medicines in Bosnia and Herzegovina and Regulatory Compliance with the Neighbouring Countries and the European Union	
<i>Mag. Anica Kuzmić, dr. Manuela Filipec</i>	
Empatija u zdravstvu - da li su zdravstveni djelatnici empatični?	241
Empathy in Healthcare - are Healthcare Professionals Empathetic?	
<i>Suzana Lakić</i>	
Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju arterijske hipertenzije v bolnišničnem okolju	250
Role of a Nurse in Recognising Arterial Hypertension in the Hospital Environment	
<i>Dr. Gorazd Laznik</i>	
Zdravstvena nega in zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem	258
Nursing and Student Satisfaction with Clinical Training	
<i>Rebeka Lekše, dr. Mirko Prosen, Dijana Godec</i>	
Perspektiva zdravstvenih delavcev in staršev na življenjski slog osnovnošolskih otrok	267
The Perspective of Healthcare Professionals and Parents on the Lifestyle of Primary School Children	

<i>Dr. Ljiljana Leskovic</i>	
Poznavanje potreb pacientov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege	281
Knowledge of Patient Needs in Palliative Care among Nursing Providers	
<i>Andreja Ljubič, Violeta Bahat Kmetič</i>	
Navigacijska zdravstvena pismenost v luči sporočanja zdravstvenih informacij	288
Navigational Health Literacy in the Light of Communicating Health Information	
<i>Dr. Nevenka Maher</i>	
Misija Rak – aktualni prebojni ukrep Evropske Komisije in držav EU	297
Cancer Mission – Actual Break-Through Measure of European Commission and European Union Member States	
<i>Dr. Ludmila Majerníková, dr. Andrea Obročniková</i>	
Burnout Syndrome among Nursing Students	304
Sindrom izgorelosti med študenti zdravstvene nege	
<i>Marin Marinović, Stjepan Jelica, Tomislav Kokić</i>	
Razlozi za rekreativnim bavljenjem tjelesnom aktivnošću	311
Reasons for Recreational Physical Activity	
<i>Tina Meze, dr. Monika Zadnikar</i>	
Učinkovitosti hipoterapije pri otrocih s cerebralno paralizo	316
Effectiveness of Hippotherapy in Children with Cerebral Palsy	
<i>Rok Mežnar, dr. Vesna Homar</i>	
Prevalenca Hepatitisa B in C pri uporabnikih CPZOPD Novo mesto	325
Prevalence of Hepatitis B and C in Users of the CPZOPD Novo Mesto	
<i>Drita Mustafai, Simona Matkovič</i>	
Problematika zdravstvene oskrbe migrantov v Sloveniji	332
Problem of Migrants' Healthcare in Slovenia	
<i>Dr. Marijana Neuberg, Tajana Juriša, Tomislav Meštrović</i>	
Nastava na daljino i pojava/prevenција stresa kod studenata različitih studija	339
Distance Learning and the Occurrence/Prevention of Stress among Students of Different Programmes	
<i>Suzana Nikolić</i>	
Vodja tima v Urgentnem centru	348
Emergency Centre Team Leader	
<i>Tomaž Novak, dr. Sedina Kalender Smajlović</i>	
Mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi	358
Physiotherapy Students' Opinions of Research Knowledge and Evidence-based Practice	
<i>Dr. Mateja Ožanič, dr. Valentina Marečić, dr. Marina Šantić</i>	
Dolgotrajno preživetje patogenih bakterij v prostoživečih amebah	364
Long-term Survival of Pathogenic Bacteria in Environmental Amoebae	
<i>Dr. Gordana Panova, dr. Blagica Panova, dr. Gordana Kamceva - Mihailova, mag. Marina Petrova</i>	
Role of Healthcare Workers in Education and Treatment of Patients with Lung Cancer	370
Vloga zdravstvenih delavcev pri izobraževanju in zdravljenju bolnikov s pljučnim rakom	
<i>Munira Pejić, Kleopatra Kodrič</i>	
Čustvena regulacija pri zaposlenih v zdravstvu	378
Correlations, Differences and Emotional Regulation in Healthcare Workers	
<i>Mag. Federica Petrone, Mariangela Pensa</i>	
Self-care as Outcome Dyad Patient/Caregiver	387
Samooskrba kot rezultat diade bolnik/negovalec	
<i>Monika Plut</i>	
Kazalci duševnega zdravja na delovnem mestu pri zdravstvenih delavcih	395
Indicators of Healthcare Workers' Mental Health in the Workplace	

<i>Dr. Aleksandar Racz</i> Siromaštvo i materijalna deprivacija Roma u izoliranom romskim naseljima / getima u međimurskoj županiji Poverty and Material Deprivation of the Roma in Isolated Roma Settlements/Ghettos in the Međimurje County	405
<i>Kristina Rakuša Krašovec</i> Etična opredelitev splošne populacije do izvedbe abortusa Ethical Principles of the General Population about Abortion	417
<i>Anet Rožnik, dr. Melita Peršolja</i> Strategije za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije: pregled literature Nursing Strategies to Improve Sleep Quality in Intensive Care Patients: Literature Review	424
<i>Sabina Sedlak, dr. Marjetka Jelenc</i> Ekonomske posledice bolnišničnih obravnav zaradi demence v Sloveniji 2015–2018 Economic Consequences of Hospital Dementia Treatment in Slovenia 2015–2018	441
<i>Dr. Damjan Slabe, mag. Nevenka Ferfila</i> Izkušnje projekta TPO STAR 112 Experience from the TPO STAR 112 Project	447
<i>Ksenija Strnad</i> Življenjski slog študentov zdravstvene nege Lifestyle of Nursing Students	453
<i>Mateja Šimec</i> Zdravstvena nega in sodelovanje v multidisciplinarnih timih Nursing and Cooperation in Multidisciplinary Teams	468
<i>Manja Šuligoj, Tjaša Klinar</i> Obravnava bolnika z demenco v urgentnem centru – študija primera Treatments of Dementia Patients in an Emergency Centre - Case Study	475
<i>Mag. Pia Vöröš, dr. Žiga Kozinc</i> Vpliv enournega sedenja na mišično togost in učinki kratkih aktivnih odmorov Effects of Exercise and other Non-operative Interventions to Reduce Postpartum Rectal Diastasis: Literature Review	483
<i>Iva Weingerl</i> Učinki vadbe in drugih neoperativnih ukrepov za zmanjšanje diastaze rektusov po poroduEffects of Exercise and other Non-operative Interventions to Reduce Postpartum Rectal Diastasis	493

Dr. Luka Kristanc

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu
OZG OE Zdravstveni dom Kranj

Integracija fitoterapije in ekoterapije v sodobno medicino

UDK 615.322+615.8:61

KLJUČNE BESEDE: integrativna medicina, fitoterapija, ekoterapija

POVZETEK – Z razmahom kemijske znanosti in eksperimentalne farmakologije se je v 19. in 20. stoletju postopno razvila sodobna zahodna medicina. Pri zdravljenju so se zdravilne rastline v Evropi vse bolj umikale sintetičnim spojinam, večtisočletno znanje o zdravilni vrednosti rastlin je bilo izrinjeno na obrobje. Povsem drugačen je bil razvoj v indijski in kitajski medicini, ki sta sodobna znanstvena dognanja vpeli v okvir tradicionalnega znanja. Paradokсно pa danes na Zahodu, in Slovenija ni izjema, s prevelikim navdušenjem sprejemamo orientalske prakse, namesto da bi izhajali iz svoje zares bogate zeliščarske tradicije. Razviti bi morali sodobno fitoterapevtsko stroko, ki bi kritično ovrednotila zeliščarsko tradicijo in jo smiselno povezala s principi sodobne znanosti in klinične medicine, osnovane na biopsihosocialnem modelu zdravja. V zdravljenju bi bilo smotrno po orientalskem zgledu vključiti pripravke iz rastlin in gliv, dietetiko, kineziologijo ter različne ekoterapevtske pristope. Dober terapevt bi moral biti več kombiniranja omenjenih metod in klasičnih medicinskih pristopov, ki bi jih moral prilagoditi tako prepoznanemu bolezenskemu procesu kot pacientovim potrebam in željam.

UDC 615.322+615.8:61

KEYWORDS: integrative medicine, phytotherapy, ecotherapy

ABSTRACT – With the immense progress of the chemical science and experimental pharmacology, modern Western medicine gradually developed in the 19th and 20th centuries. Medicinal plants increasingly gave way to synthetic compounds in treatment procedures in Europe, and thousands of years of knowledge about the medicinal value of plants was pushed to the margins. The development of Indian and Chinese medicine was completely different, integration of the modern scientific findings into the framework of traditional knowledge took place. Paradoxically, in Western cultures, and Slovenian is no exception, oriental practices are accepted with too much enthusiasm. Instead of this, we should develop our own approaches derived from our truly rich herbal tradition, that is a modern phytotherapy that would critically evaluate the herbal tradition and meaningfully connect it with the principles of modern science and clinical medicine based on the biopsychosocial model of health. The treatment should include preparations from plants and fungi, dietetics, kinesiology and various ecotherapeutic approaches following the oriental example. A good therapist should be skilled in combining the aforementioned methods and classical medical approaches, with an aim to address both the recognized disease process as well as the patient's needs and wishes.

1 Uvod

V 18. in 19. stoletju so se v osrednji Evropi razvili različni naturopatski pristopi k zdravljenju, ki so skušali antično idejo o nenehno potekajočih procesih naravne obnove nadgraditi s filozofskimi in znanstvenimi pridobitvami tedanjega časa. Samuel Hahnemann je zasnoval homeopatsko šolo, ki je za razliko od večinske terapevtske prakse z uporabo visokih odmerkov rastlinskih pripravkov priporočal redčenje pripravkov. Malo pred tem je botanik in zdravnik Karl Linne postavil temelje sodobne rastlinske sistematike in taksonomije, kar je omogočilo

bolj sistematično zbiranje podatkov o živem svetu. V stoletju, ki je sledilo, so biologija, kemija in fizika doživele razsvetljenje, postavljeni pa so bili tudi zametki moderne holistične medicine, na primer v okviru antropozofske šole Rudolfa Steinerja.

Z razmahom kemijske znanosti in eksperimentalne farmakologije se je postopno razvila sodobna zahodna medicina. Pri zdravljenju so se zdravilne rastline vse bolj umikale sintetičnim spojinam, večtisočletno znanje o zdravilni vrednosti rastlin je bilo izrinjeno na obrobje. Povsem drugačen je bil razvoj v indijski in kitajski medicini, ki sta sodobna znanstvena dognanja vpeli v okvir tradicionalnega znanja. Paradokсно pa danes na Zahodu, in Slovenija ni izjema, s prevelikim navdušenjem sprejemamo orientalske prakse in pripravke, namesto da bi izhajali iz svoje zares bogate zeliščarske tradicije. Pregled literature pokaže, da so slovenski zeliščarji v zadnjih stoletjih uporabljali v svoji praksi preko 500 zdravilnih rastlin, kar dokazuje, da je bilo zeliščarstvo pri nas od nekdaj izjemno cenjeno in da živimo na vrstno izredno pestrem območju. Naša flora namreč sestoji iz več kot 3.500 vrst, s čimer za nekajkrat prekašamo angleško in le malo zaostajamo za nemško ali francosko. Imamo torej vse pogoje, da razvijemo svojo fitoterapevtsko stroko in jo povežemo v svoj intergrativni medicinski model.

2 Integracija fito- in mikoterapije v sodobno medicino

2.1 Glivni in rastlinski sekundarni presnovki

Farmakologijo lahko razumemo kot vedo o interakcijah med biološko aktivnimi učinkovinami in organizmi. Njeni glavni področji raziskovanja sta farmakodinamika in farmakokinetika. Prva se ukvarja z učinki, ki jih neka snov sproži v tarčnih tkivih, druga pa preučuje absorpcijo in razporejanje teh snovi v različnih delih telesa. Ko govorimo o rastlinskih in glivnih učinkovinah, ne mislimo le vitaminov in mineralov, ki imajo pogosto ugoden vpliv na človekovo zdravje, temveč na precej širši nabor učinkovin, ki jih največkrat poimenujemo s krovnim izrazom sekundarni presnovki.

Sekundarni presnovki se od primarnih, kot so klorofil, aminokisljine, ogljikovi hidrati in maščobne kisline, ločijo predvsem po tem, da nimajo temeljne vloge v rasti, energetski preskrbi in razmnoževanju rastlinskih in glivnih celic. Velja tudi, da sekundarni presnovki nastanejo iz primarnih s kemijskimi pretvorbami in da jih organizmi pogosto tvorijo v odzivu na zunanje dražljaje. Njihova koncentracija torej lahko med rastlinskimi ali glivnimi primerki oziroma telesnimi deli znatno variira, v splošnem pa jih je mnogo več v razvitih, zrelih organih in tkivih. Včasih jih rastline kopičijo v določenih rastlinskih organih, npr. v plodovih (mnoge fenolne snovi, alkaloidi), v specifičnih celicah (glukozinolati) ali pa zgolj v celični steni oziroma v vakuolah (čreslovine, žveplove snovi lukov in antociani). Glive lahko sekundarne presnovke koncentrirajo v trosnjakih, včasih pa zgolj v miceliju.

Sekundarni presnovki prevzemajo subtilnejše vloge, ko primarni, a za preživetje pogosto niso nič manj ključni. Omogočajo med drugim: i) spopadanje z objedalci in mikrobnimi patogeni (takšni so fitoaleksini resveratrol, glukozinolati in alicin v dresnikih, križnicah in lukih, rastlinski strupi iz skupin glikozidov in alkaloidov ter strupeni glivni oligopeptidi amatoksini), ii) konkurenčnost v tekmi z drugimi sorodnimi organizmi (takšni so alelopatski naftokinoni orehov in rosik, npr. juglon, in mnogi terpenoidi), iii) oprashaevanje in raznos semen (na primer poliamini v socvetjih pravega kostanja), iv) sporazumevanje med sorodnimi in nesorodnimi rastlinami ter simbiotskimi bakterijami in glivami (takšni so hlapni hormoni jasmonati, flavonoidi, ki privabljajo rizobije, in glivni glikoprotein glomalinalin, ki spodbuja mikorizne interakcije) in v) zaščito pred pretiranim UV sevanjem, osmotskim in oksidativnim stresom (takšni so antociani in betalaini) (Wink, 2003).

Nič ni torej nenavadno, da divje rastoče rastline vsebujejo večje količine sekundarnih presnovkov kot gojene, saj neredko rastejo v zelo zahtevnih pogojih z močnim sončnim obsevanjem, pomanjkanjem padavin in v boju z različnimi okužbami. Med temi snovmi, ki koristijo primarno rastlinam samim, je k sreči tudi precej takšnih z ugodnimi učinki za zdravje človeka. Enako velja za glivne presnovke, ki so sicer mnogo slabše preučeni. Mnogi sekundarni presnovki imajo močan fiziološki učinek, kar se lahko kaže kot strupenost ali pa kot zdravilnost, odvisno od vrste snovi in odmerka (Efferth in Koch, 2011).

Sekundarni presnovki pogosto predstavljajo neke vrste kemijski prstni odtis, njihova sestava se namreč zelo razlikuje med posameznimi rastlinskimi oz. glivnimi rodovi ali celo med vrstami istega rodu.

2.2 Polivalenca, sinergizem in inteligentne mešanice

Danes so v medicini vse bolj priljubljeni polivalentni pristopi. V skladu s tem konceptom zdravimo povišan krvni tlak, sladkorno bolezen in tudi maligna obolenja. V fito- in mikoterapiji je ta pristop običajno še bolj poudarjen, saj neredko ustvarimo individualno mešanico rastlinskih, glivnih ali celo rastlinsko-glivnih mešanic z željo po čim celovitejšem obvladovanju kliničnih težav. Takšnim mešanicam včasih rečemo inteligentne mešanice, saj so plod natančnega poznavanja farmakodinamičnih in farmakokinetičnih učinkov spojin v vključenih drogah (Gertsch, 2011). Za izboljšanje kognitivnih sposobnosti denimo pogosto uporabimo mešan izvleček korenin enega izmed ginsengov (rod *Panax*) in listov dvokrpega ginka (*Ginkgo biloba*), za obvladovanje obmenopavzalnega nemira in vročinskih oblivov pa posežemo po kombinaciji navadne konopljike (*Vitex agnus-castus*) in črne detelje (*Trifolium pratense*). V primeru uporabe izvlečkov šentjanževke, kjer se pri zdravljenju depresije dopolnjujejo učinki hipericinov, hiperforina, flavonoidov in procianidinov, pa je lahko pravzaprav že en sam izvleček dovolj za polivalentno terapijo (Butterweck idr., 2003). Polivalenco moramo v principu ločevati od sinergizma, čeprav se v klinični praksi lahko prepletata. Pri polivalenci gre preprosto za pristop, pri katerem za dosego želenega učinka z več različnimi učinkovinami ciljamo na različne molekularne tarče. Pri tem se zanašamo največkrat na aditivnost učinkov, če pa pride še do vzajemnega pomnoževanja učinkov med zdravilnimi učinkovinami (sinergizma), še toliko bolje. Polivalenca je pogosto posledica prepleta več različnih učinkovin z različnimi farmakodinamičnimi lastnostmi, včasih pa je povezana zgolj s pleotropnim učinkom ene same snovi (Williamson, 2001). Izokinolinski alkaloidi češminov (rod *Berberis*) denimo vplivajo tako na koncentracijo glukoze in holesterola v krvi kot na črpalno funkcijo srca, kar ima ugoden vpliv pri bolnikih z aterosklerozo in srčnim popuščanjem (Zeng, 2003; Zhang idr., 2008).

Pri fitoterapiji se ne zgodi redko, da pri bolniku izzovemo znaten klinični odgovor, čeprav uporabimo pripravek, ki ne vsebuje niti ene učinkovine z izrazitim farmakološkim delovanjem. To lahko pojasnimo z aditivnim ali sinergističnim učinkom večjega števila spojin, izmed katerih vsaj nekatere vplivajo sočasno na več molekularnih tarč (Hopkins, 2007; Gertsch, 2011). Raziskave v zvezi s tem so še v povojih, precej pa obetajo molekularni pristopi, ki izhajajo iz genomike, proteomike, transkriptomike in metabolomike (Ulrich - Merzenich idr., 2009).

Za uspešno zdravljenje je ključna pravilna postavitev diagnoze, kar pa je mogoče le ob dobrem poznavanju anatomskih in fizioloških značilnosti človeškega telesa ter bolezenskih procesov. Do diagnoze pravilo pridemo s pomočjo podrobnega razgovora (anamneze), fizičnega pregleda in po potrebi dodatnih laboratorijskih in slikovnih preiskav. Šele ko smo klinični skupek simptomov (klinični sindrom), ugotovitev pregleda in izsledkov preiskav uspeli povezati v zanesljivo klinično diagnozo, nastopi čas za določitev pristopa k zdravljenju. Slednje v integrativni fitoterapiji sestoji iz predpisa in uporabe zdravilnih pripravkov iz rastlin in gliv ter dopolnilnih metod, kot so aromaterapija, ekoterapija, gibalna terapija in dietetična podpora.

Dober terapevt mora biti več kombiniranja omenjenih metod in klasičnih medicinskih pristopov, ki jih mora prilagoditi tako prepoznanemu bolezenskemu procesu kot pacientovim potrebam in željam.

2.3 Splošna terapevtska strategija

Pri postavljanju načrta zdravljenja moramo imeti pred seboj človeka kot bitje s fizičnimi, psihičnimi in socialnimi značilnostmi. S svoji intervencijami se ne usmerimo le na specifične patološke odklone, temveč iščimo vzroke v ozadju in jih skušajmo povezati v celoto. Skušajmo ugotoviti, zakaj je določena bolezen nastala in kaj jo vzdržuje ali celo ojačuje. Naš cilj ne sme biti le začasna kompenzacija pacientovega bolezenskega stanja, temveč trajna odstranitev vzrokov in okrepitev organizma, ki nujno zajema bolnikovo opolnomočenje. To večinoma vključuje bolj ali manj korenite spremembe življenjskega sloga in vključuje med drugim tudi pristope s področij kineziologije, dietetike in ekoterapije.

Vzemimo za primer pristop k zdravljenju ponavljajočih se okužb zgornjih dihal pri mlajšem bolniku. Klinično gre za preprosto razpoznavno bolezen, človek običajno kašlja, ima izcedek iz nosu, glavobol in včasih tudi vročino. Če bi se osredotočili zgolj na zdravljenje okužbe, bi simptomatika resda izzvenela, a vzroki bi ostali, zato bi se bolezen slej ali prej vrnila. Vprašati se moramo, kaj je vzrok ponavljajočih se težav in ga, če je le možno, odstraniti ali vsaj kompenzirati. Pri razmisleku nam pomaga tako imenovana vzročna veriga:

1. Kajenje in pomanjkanje gibanja. → 2. Nespečnost. → 3. Znižana vitalnost in oslABLJENA imunost. → 4. Virusna ali bakterijska okužba. → 5. Vnetje sluznic. → 6. Kašelj in glavobol.

Zgoraj predstavljeni vzročni verigi prilagodimo terapevtski pristop. Prvi trije členi v verigi so pravi vzrok za stalno ponavljanje okužb. Njihovo zdravljenje zahteva več navora kot zdravljenje okužbe in obsega:

1. Opustitev kajenja, npr. s pomočjo psihoterapije in medicinske hipnoze ter zdravili za zmanjšanje želje po nikotinu, in vpeljava redne in dovolj intenzivne telesne dejavnosti.
2. Povečanje telesne dejavnosti bo izboljšalo kakovost spanca, priključimo lahko še antidepresivna, pomirjevalno-uspavalna ter adaptogena zelišča in glive, npr. šentjanževko, baldrijan, pasijonko in svetlikavo pološčenko.
3. Redna gibalna aktivnost in kakovosten spanec bosta dvignila vitalnost, za spodbuditev imunskega sistema uporabimo kombinacijo imunostimulativnih zelišč in gliv, npr. ameriških slamnikov in resastega bradovca.
4. Uporabimo zelišča in glive s protivirusnim in protibakterijskim delovanjem, npr. meliso, česen, hren, plazečo pirnico, oves, sladki koren in veliko zraščenko. V primeru gnojnega bakterijskega vnetja pridejo v poštev tudi sintetični antibiotiki.
5. Predpišemo zelišča s protivnetnim in zaščitnim učinkom na sluznice, npr. sluznate in čreslovinske droge.
6. Ob suhem, dražečem kašlju uporabimo antitusike (sluznate droge), ob produktivnem kašlju pa ekspektoranse (saponinske in eterične droge). Glavobol lajšamo s sintetičnimi ali naravnimi analgetiki, kot so osladi, vrbe, topoli, repuhi in drobnocvetni vratič.

Bolniku smo torej podali usmeritve, kako bi lahko izboljšal svoj življenjski slog. Sedaj pa se moramo odločiti še, katera zelišča bi mu predpisali in v kakšni obliki. Lahko mu priporočimo pitje zdravilnih čajev z ugodnim vplivom na kašelj, vnetje sluznic in glavobol, smiselno pa je priključiti še kombinacijo tekočih, gostih in/ali suhih izvlečkov. Vsak praktično usmerjen fitoterapevt mora biti več preračunavanja oz. primerjanja odmerkov v različnih pripravkih, pri čemer mu je lahko v oporo koncept ekvivalenta posušenega zelišča. Z uporabo tega koncepta in zmnožka prostornine ali mase pripravka z njegovo jakostjo je to opravilo dokaj preprosto. Poglejmo si primer.

Ekvivalent 1g posušenega zelišča je lahko:

4 mL tinkture v razmerju 1:4,

1 mL tekočega izvlečka v razmerju 1:1,

500 mg gostega izvlečka v razmerju 2:1 ali

100 g suhega izvlečka v razmerju 10:1.

Med terapijami so priljubljeni tekoči izvlečki in tinkture, saj ne je njihova priprava preprosta in vključuje minimalno procesiranje rastlinskega materiala. V tem primeru bi lahko uporabili recepturo za mešani tekoči pripravek za dvig odpornosti ter protivnetno in protimikrobno delovanje:

Če je odmerek za posamezni tekoči izvleček denimo 1 mL trikrat dnevno, potem to na tedenski ravni znaša približno 20 mL. Če prištejemo še tri tekoče pripravke, pri čemer se dva jemljeta prav tako 1 mL trikrat dnevno, eden pa 2 mL trikrat dnevno, pridemo na skupni odmerek 5 mL trikrat dnevno. Če bo zdravljenje trajalo 10 dni, predpišemo 150 mL kombiniranega pripravka:

Echinacea spp.	(korenine, 1:2)	30 mL
Glycyrrhiza glabra	(korenine, 1:1)	30 mL
Hericium erinaceus	(trosnjak, 1:2)	30 mL
Melissa officinalis	(listi, 1:4)	60 mL

3 Integracija ekoterapije v sodobno medicino

Ekoterapija predstavlja nov medicinski pristop, ki vključuje uporabo relaksacijskih in regenerativnih tehnik, temelječih na izpostavitvi slušnim, vidnim in vohalnim dražljajem v naravnem okolju (Coventry idr., 2021; Hinde idr., 2021). Glede na ugotovitve nevroznanstvene stroke ima zaradi vpliva na razpoloženje, višje kognitivne funkcije (spomin, pozornost, presojanje in sprejemanje odločitev) in avtonomno živčevje potencialno velik pomen zlasti v zdravljenju anksioznosti, blagih do zmernih depresivnih stanj in posttravmatskih motenj, poleg tega pa ima lahko vlogo tudi v upočasnjevanju kognitivnega upada pri starostnikih ter preprečevanju in zdravljenju srčno-žilnih bolezni (Wilson idr., 2009; Hinde idr., 2021).

Gre torej za pomembno komplementarno metodo v sklopu integrativnega medicinskega pristopa, ki prepleta spoznanja rehabilitacijske medicine s kineziologijo (zelena vadba), psihoterapijo in aromaterapijo (gozdne kopeli z izpostavitvijo hlapnim rastlinskim snovem) in fitoterapijo (uporaba pripravkov iz adaptogenih rastlin in gliv za krepitev splošne psihofizične odpornosti). Na tem mestu bomo na kratko pomudili pri gozdnih kopelih, ki so tudi v evropskem prostoru vse bolj priljubljene.

Obstaja stična točka med jokanjem ob rezanju čebule ali strganju hrenove korenine in sproščanjem ob sprehodu skozi borov gozd. To so fitoncidi, hlapne rastlinske snovi, ki jih rastline bolj ali manj uspešno oddajajo v svojo okolico. Pri kulinaričnih podvigih s čebulo in hrenom se sproščajo v zrak različne hlapne žveplave spojine, ki dražijo očesne veznice. Kar je precej logično, čebula in hren namreč nista imela namena končati na našem krožniku. Po drugi strani imajo eterična olja v ozračju na nas največkrat ugodne vplive, kar izkoriščajo ekoterapevti v svojih relaksacijskih seansah v borovih ali cipresovih gozdovih.

V orientalskih deželah so za to obliko ekoterapije skovali zanimiv izraz gozdne kopeli. Te naj bi imele ob dovolj rednem izvajanju imunostimulativen in antidepresiven učinek na udeležence, znižale pa naj bi tudi povišan krvni tlak ter s tem tveganje za različna srčnožilna obolenja

(Hansen idr., 2017; Yau in Loke, 2020). Seveda je pri tem praktično nemogoče izključiti vplive drugih pozitivnih vidikov gibanja v gozdu, kot so blagodejni učinki vseprisotne zelenine, žvrgolenja ptic, žuborenja potočkov in šelestenja drevesnih krošenj, ter zrak, izpolnjen z negativnimi ioni in očiščen prašnih delcev in mikrobov.

4 Sklepi

Z vpeljavo ustreznega izobraževanja, posledica katerega bi bila kritična masa strokovnjakov, bi se lahko pri nas razvila sodobna fitoterapevtska stroka, ki bi kritično ovrednotila zeliščarsko tradicijo in jo smiselno povezala s principi sodobne znanosti in klinične medicine, osnovane na biopsihosocialnem modelu zdravja. V zdravljenje bi bilo smotno po orientalskem zgledu vključiti še pripravke iz biokemijsko in farmakološko zelo raznovrstnih gliv ter različne ekoterapevtske pristope. Vse skupaj pa bi morali prežeti s prastaro idejo, da je zdravljenje le krepitev samoobnovitvenih procesov, ki ves čas potekajo v nas.

LITERATURA

1. Butterweck, V., Christoffel, V., Nahrstedt, A. idr. (2003). Step by Step Removal of Hyperforin and Hypericin: Activity Profile of Different Hypericum Preparations in Behavioral Models. *Life Sciences*, 73(5), 627–639,
2. Coventry, P. A., Brown, J., Pervin, J. idr. (2021). Nature-Based Outdoor Activities for Mental and Physical Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *Social Science and Medicine – Population Health*, 16, 100934.
3. Efferth, T. in Koch, E. (2011). Complex Interactions between Phytochemicals. The Multi-Target Therapeutic Concept of Phytotherapy. *Current Drug Targets*, 12(1), 122–132.
4. Gertsch, J. (2011). Botanical Drugs, Synergy, and Network Pharmacology: Forth and Back to Intelligent Mixtures. *Planta Medica*, 17(11), 1086–1098.
5. Hansen, M. M., Jones, R. in Tocchini, K. (2017). Shinrin-Yoku (Forest Bathing) and Nature Therapy: a State-of-the-Art Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 851.
6. Hinde, S., Bojke, L. in Coventry, P. (2021). The Cost Effectiveness of Ecotherapy as a Healthcare Intervention, Separating the Wood From the Trees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11599.
7. Hopkins, A. L. (2007). Network Pharmacology. *Nature Biotechnology*, 25(10), 1110–1111.
8. Ulrich - Merzenich, G., Panek, D. in Zeitler, H. (2009). New Perspectives for Synergy Research With the 'Omic'-Technologies. *Phytomedicine*, 16(6–7), 495–508.
9. Williamson, E. M. (2001). Synergy and other Interactions in Phytomedicines. *Phytomedicine*, 8(5), 401–409.
10. Wilson, N., Ross, M. in Lafferty, K. (2009). A Review of Ecotherapy as an Adjunct form of Treatment for Those Who Use Mental Health Services. *Journal of Public Mental Health*, 7, 23–35.
11. Wink, M. (2003). Evolution of Secondary Metabolites from an Ecological and Molecular Phylogenetic Perspective. *Phytochemistry*, 64(1), 3–19.
12. Yau, K. K. in Loke, A. Y. (2020). Effects of Forest Bathing on Pre-Hypertensive and Hypertensive Adults: a Review of the Literature. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25(1), 23.
13. Zeng, X. H., Zeng, X. J. in Li, Y. Y. (2003). Efficacy and Safety of Berberine for Congestive Heart Failure Secondary to Ischemic or Idiopathic Dilated Cardiomyopathy. *American Journal of Cardiology*, 92(2), 173–176.
14. Zhang, Y., Li, X. in Zou, D. (2008). Treatment of Type 2 Diabetes and Dyslipidemia With the Natural Plant Alkaloid Berberine. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93(7), 2559–2565.

Pomen razvoja integriranih kliničnih poti za celovito obravnavo pacientov

UDK 616-07/-08:614.253.8

KLJUČNE BESEDE: zdravstveno varstvo, orodja kakovosti, vrednotenje učinkovitosti, integrirane klinične poti, vloga pacienta

POVZETEK – V Sloveniji poteka razvoj kliničnih poti od leta 2002. Potrebno je bilo premostiti številne ovire. Glede na prepoznane trende utrjevanja na pacienta osredotočene zdravstvene obravnave, uvajanje integriranega pristopa ter prizadevanj za uporabo sodobnih metod in orodij za zagotavljanje kakovosti in varnosti je potrebno preiti na razvoj integriranih kliničnih poti. Aktualni sta vprašanji vpliva (integriranih) kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost ter kaj je potrebno za nadgradnjo obstoječih kliničnih proti za izvajanje integrirane zdravstvene obravnave. V študiji primera, ki se izvaja v Splošni bolnišnici Novo mesto v okviru projekta »Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost« (ARSS št. L7-2631) je bil uporabljen kvantitativni in kvalitativni pristop. Vključen je pregled obstoječe dokumentacije, anketiranje, fokusne skupine in intervjuvanje zdravstvenih delavcev in sodelavcev v povezavi s kliničnimi potmi za obravnavo pacientov z endoprotezo kolka, s kronično ledvično boleznijo in po možganski kapi. V tem prispevku so predstavljene dosežanje ugotovitve v okviru projekta, ki traja od 2020–2023. Znotraj bolnišnice se je oblikovala različna praksa pri razvoju kliničnih poti, ki dejansko pripomorejo k učinkovitosti. Predlagane dopolnitve za razvoj integriranih kliničnih poti so vsebinske in tehnične, njihova izvedljivost in vpliv na učinkovitost je v fazi vrednotenja.

UDC 616-07/-08:614.253.8

KEYWORDS: healthcare, quality tools, performance evaluation, integrated clinical pathways, role of the patient

ABSTRACT – Clinical pathways have been developed in Slovenia since 2002. In the process, many obstacles had to be overcome. Given the recognized trends towards the consolidation of patient-centered healthcare, introduction of an integrated approach and efforts to use modern methods and tools to ensure quality and safety, it is necessary to move to the development of integrated clinical pathways. Current issues include the impact of (integrated) clinical pathways on patient outcomes, communication and cost-effectiveness, and what is needed to improve existing clinical pathways to implement integrated healthcare. A quantitative and qualitative approaches were used in the case study conducted at the Novo mesto General Hospital as part of the Impact of Integrated Clinical Pathways on Patient Outcomes, Communication and Cost-Effectiveness project (ARSS No. L7-2631). The project included a review of the existing literature, surveys, focus groups and interviews with healthcare professionals and colleagues regarding clinical pathways for the treatment of patients with hip arthroplasty, chronic kidney disease and post-stroke. This paper presents the findings discovered so far in the project, which runs from 2020 to 2023. Different practices have evolved within the hospital relative to the development of clinical pathways that actually contribute to efficiency. The proposed additions for the development of integrated clinical pathways are substantive and technical, and their feasibility and impact on efficiency are reviewed.

1 Teoretična izhodišča

Klinične poti so strukturiran multidisciplinarni načrt obravnave, ki se uporablja za prevajanje smernic ali dokazov na raven osnovnih kliničnih procesov na lokalni ravni, algoritem obravnave in popis storitev za določeno skupino pacientov. Predstavljajo poenotenje obravnave

pacientov za specifični klinični problem, postopek ali fazo zdravstvene obravnave pri določeni populaciji (OECD, 2019, str. 310). Evropsko združenje za klinične poti (European Pathways Association – EPA) definira, da je klinična pot zapleten sistem za odločanje in organizacijo procesov obravnave za natančno določeno skupino pacientov v točno določenem obdobju. EPA sicer deluje že od leta 2004 za namen podpore evropskim državam pri razvoju, izvajanju in vrednotenju kliničnih poti (EPA, 2018). Uporaba kliničnih poti namreč v Evropi od začetka devetdesetih let narašča v večini držav. V Sloveniji poteka razvoj kliničnih poti od leta 2002 (Zupančič, 2021, str. 39). Potrebno je bilo premostiti številne ovire. Glede na prepoznane trende utrjevanja na celovite in na pacienta osredotočene zdravstvene obravnave, uvajanje integriranega pristopa ter prizadevanj za uporabo sodobnih metod in orodij za zagotavljanje kakovosti in varnosti je potrebno preiti na razvoj integriranih kliničnih poti. Aktualni sta vprašanji vpliva (integriranih) kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost ter kaj je potrebno za nadgradnjo obstoječih kliničnih proti za izvajanje integrirane celovite zdravstvene obravnave.

1.1 Celovita zdravstvena obravnava pacientov

Celovita zdravstvena obravnava je koncept, ki ga ni mogoče natančno opredeliti. Zagotavlja poglobljeno razumevanje pacientov in njihovih različnih potreb po oskrbi ter ima pomembne posledice v sistemih zdravstvenega varstva. Prispeva lahko k zadovoljstvu pacientov z zdravstveno oskrbo in jim pomaga sprejeti in prevzeti (samo)odgovornost (Selimen in Andsoy, 2011; Jesemi idr., 2017, str. 71; Wong idr., 2022). Jesemi idr. (2017) so na podlagi pregleda literature in intervjuji z izvajalci zdravstvene nege izoblikovali teoretični opis celovite zdravstvene oskrbe. Ugotavljajo, da celovita obravnava predstavlja obravnavano vseh pacientovih potreb, vključno s čustvenimi, duhovnimi, kulturno družbenimi in izobraževalnimi. Vključuje individualnost, spoštovanje pacientovih vrednot, poudarjena je komunikacija s pacienti. Glavna cilja sta najboljši izidi in dobro počutje pacientov. Izvajanje celovite zdravstvene oskrbe zdravstvenim (so)delavcem omogoča boljše razumevanje učinkov bolezni na odzive pacientov in pacientove prave potrebe. Celostna oskrba, glede na ugotovitve Jesemi idr. (2017), povečuje občutek osebnega razvoja zdravstvenih delavcev: medicinske sestre se počutijo zadovoljne, sposobne in koristne ter jih posledično usmerja k temu, da ostanejo v svojem poklicu. Wong idr. (2022) so izpostavili dejstvo, da je za to, da bo zdravstvena obravnava pacientov bolj celovita, potrebna sprememba v vedenju zdravstvenih (so)delavcev. Razvili so poseben vprašalnik za merjenje doseganja celovite, k pacientu usmerjene oskrbe, ki vključuje kar sedem vedenjskih področij: okoljski kontekst in viri, večšine, družbeni vpliv, prepričanja o posledicah, vedenjska usmeritev, narava vedenja ter motivacija in cilji, ki so osrednjega pomena za povečano sprejemanje prilagojenih in celostnih vedenj zdravstvenih (so)delavcev. Medpoklicno timsko delo, ki vključuje različne ponudnike storitev, je bistvena sestavina celostne zdravstvene obravnave (Dworzynski idr., 2015).

1.2 Orodja in metode, ki pripomorejo k bolj celoviti zdravstveni obravnavi pacienta

K bolj celoviti obravnavi pacientov pripomorejo orodja za integrirano, kontinuirano, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo. Dandanes je integrirana obravnava postala izraz, sprejet po vsem svetu, ki podpira pozitiven odnos do defragmentacije zagotavljanja storitev znotraj zdravstvenih in socialnih sistemov (Garattini idr., 2022). Je strukturirano prizadevanje za zagotavljanje usklajene, proaktivne, na osebo osredotočene, multidisciplinarne obravnave s strani dveh ali več komunicirajočih in sodelujočih ponudnikov, ki lahko delajo v isti organizaciji ali različnih organizacijah, bodisi znotraj zdravstvenega varstva bodisi v zdravstvenih, socialnih zavodih ali v skupnosti (vključno z neformalno oskrbo) (Leijten idr., 2018). Modeli integrirane ob obravnave lahko povečajo zadovoljstvo pacientov, povečajo zaznano kakovost obravnave in omogočijo dostop do storitev (Baxter idr., 2018). Zadovoljstvo

pacientov predstavlja pomemben dejavnik pri ocenjevanju izidov zdravljenja in kakovosti zdravstvene obravnave in oskrbe (Taha, 2019, str. 105). Izboljšanje kakovosti je krovni izraz, pod katerega spada veliko pristopov (Jones idr., 2019), klinična pot je zgolj eden. Klinična pot kot orodje kakovosti lahko izboljša kakovost zdravstvene obravnave, skrajša čas zdravljenja, zmanjša stopnje ponovnega sprejema in umrljivosti (Mater in Ibrahim, 2016, str. 8) ter ima pozitiven vpliv na pacientove izide zdravljenja (Hussein idr., 2018, str. 86). Omogoča lahko tudi kontinuiteto oskrbe, izboljšanje zdravstvenega stanja pacienta in njegovega zadovoljstva ter zmanjšanje bivanja v bolnišnici, pa tudi oceno stroškov zdravljenja (Hussein idr., 2018, str. 86). Luo idr. (2021, str. 5047) so razvili model zasnove in vrednotenja kliničnih poti. Poudarjajo, da se ta postopek zasnove in vrednotenja ponavlja, dokler načrt vodenja klinične poti ne doseže največje koristi za javno zdravje. Opredelitev obsega obvladovanje poti bolezni, ovrednotenje učinka izvajanja klinične poti, sestavljanje elementov paketa in ustvarjanje načrta poti, vključitev ključnih vprašanj v sklope, organiziranje ključnih vprašanj in ustvarjanje elementov klinične poti, seznam prednostnih ključnih vprašanj pri načrtovanju klinične poti, izvajanje pregleda obstoječih smernic, kliničnih poti in sistematičnih pregledov. Glede na razširjenost kliničnih poti v svetu se domneva, da bo to raziskovalno področje doseglo vrh v naslednjih 5–10 letih (Du, Huang in Zhou, 2020), najverjetneje v kontekstu integriranih kliničnih poti. Klinične poti imajo sicer predvsem štiri glavne sestavne dele: (1) časovnico, (2) aktivnosti obravnave oziroma zapis vseh dejavnosti, (3) vmesna in dolgoročna merila rezultatov (kazalniki kakovosti z merili) ter (4) evidenco odstopanj od kliničnih poti (Hussain idr., 2017). Integrirane klinične poti imajo enake sestavne dele, ključna razlika pa je, da predstavljajo pot pacienta skozi zdravstveni sistem zaradi specifičnega zdravstvenega stanja. Tudi študije o integriranih kliničnih poti, ki so sicer temeljile v glavnem na samoocenah strokovnjakov, so pokazale, da te zmanjšajo ponovni sprejem in trajanje bivanja v bolnišnicah, hkrati pa vodijo k izboljšanju kakovosti storitev v smislu bolj celovite obravnave, izboljšanja dokumentiranja in komunikacije z uporabniki storitev ter z doslednejšim zagotavljanjem kontinuitete obravnave (Allen idr., 2009; Weizi idr., 2014; Elliott idr., 2017).

1.3 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako zdravstveni (so)delavci ocenjujejo pomen in stanje posameznih aktivnosti za celovito obravnavo, vrednost in uporabo kliničnih poti ter kako vrednotijo izid obravnave pacientov po klinični poti. Pri tem nas je zanimalo tudi, kako vidijo pomen in pot razvoja integriranih kliničnih poti.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V študiji primera, ki se praktično izvaja v Splošni bolnišnici Novo mesto v okviru projekta »Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost« (ARSS št. L7-2631), je bil uporabljen kvantitativni in kvantitativni raziskovalni pristop. Vključen je bil pregled obstoječe dokumentacije, izvedeno je bilo anketiranje, fokusne skupine med zdravstvenimi delavci in sodelavci, poglobljeni intervjuji s pacienti in z vodstvom v Splošne bolnišnice Novo mesto. Raziskavo je potrdila Komisija za medicinsko etiko RS (št. 0120-189/2021/3). V tem prispevku so na sumaren način predstavljene zgolj nekatere ugotovitve anketiranja zdravstvenih delavcev in sodelavcev v okviru projekta, ki traja od 2020–2023.

2.2 Opis instrumenta

V okviru študije primera so bile pod drobnogled vzete klinične poti za obravnavo pacientov z endoprotezo kolka, s kronično ledvično boleznijo in po možganski kapi. Anketni vprašalnik in predloge za fokusne skupine ter poglobljene intervjuje sta bila razvita namensko na podlagi ugotovitev Hustoft idr. (2018, str. 9), Cramm in Nieboer (2011, str. 3).

2.3 Opis vzorca

Na podlagi izvedenega anketiranja (kvotno vzorčenje) med smo prejeli 161 izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Od tega jih je bilo 60 (37,3 %) izpolnjenih za klinično pot za obravnavo pacientov s kronično ledvično boleznijo, 59 (36,6 %) za klinično pot za obravnavo pacientov po vzpostavitvi totalne endoproteze kolka in 45 (26,1 %) za klinično pot za obravnavo pacientov po možganski kapi. 22 (13,7 %) izpolnjevalcev je bilo moških in 139 (86,6 %) žensk. Največ izpolnjevalcev je bilo starih med 31–40 let (29,2 %), s 27,3 % sledijo stari od 21–30 let, z 23,6 % stari od 41 do 50 let. Starejših od 51 let je bilo 18 %, starih do 20 let pa 1,9 %. Glede na izobrazbeno strukturo so prevladovali zdravstveni delavci z višje oziroma visokošolsko izobrazbo ($n = 65$, 40,4 %), sledijo izpolnjevalci s srednješolsko izobrazbo ($n = 53$, 32,9 %), specializacijo, magisterij oziroma doktorat je imelo 16,8 % respondentov.

Pregled po poklicnih skupinah je pokazal, da je pri anketiranju sodelovalo 58 (36 %) zdravstvenih tehnikov, 66 (41 %) diplomiranih medicinskih sester in 15 (9,3 %) zdravnikov. Sodelovali so še fizioterapevti, psiholog, socialni delavec, klinični dietetiki/prehranski svetovalec, farmacevt, higienik, inženir radiologije, ekonomist in zdravstveni administratorji, itd. Večina je svojo vlogo označilo kot član tima, zgolj 11 se jih je opredelilo za vodjo tima.

V kvalitativnem delu je bilo vzorčenje priložnostno namensko, v ta pregled so vključeni podatki iz intervjujev 20 pacientov. V skupno treh fokusnih skupinah je sodelovalo vodstvo bolnišnice (direktor, strokovni direktor, pomočnik direktorja za ZN, vodja kadrovske službe, odgovoren za področje kakovosti in varnosti) ter člani multidisciplinarnega tima.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo omogočeno preko spletnega vmesnika IKA in v tiskani obliki. Izvedeno je bilo večkratno spodbujanje k izpolnjevanju. Podatki so bili obdelani s pomočjo programskega orodja SPSS 25,0 in predstavljeni opisno ali v tabelah.

Poglobljeni intervjuji, ki so v povprečju trajali približno 45 minut, in fokusne skupine, ki so v povprečju trajale 70 minut so bili posnete po predhodnem soglasju udeležencev in s podpisano (anonimizirano) izjavo udeležencev. V tem prispevku so predstavljene zgolj prepoznane kategorije glede na namen raziskave.

3 Rezultati

Iz tabele 1 je razvidno, da anketiranci v povprečju na podlagi petstopenjske lestvice (1-nikoli, 2- redko, 3- občasno, 4 - pogosto, 5- zelo pogosto) ocenjujejo pomembnost vseh navedenih trditev, še posebej »aktivno poslušanje in pogovor s pacientom za razumevanje njegovih zdravstvenih in drugih potreb« ($M = 4,76$). Po pomembnosti so najnižje ocenili »pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta« ($M = 4,15$). Pri oceni dejanskega stanja so bile povprečne ocene statistično značilno nižje. Najvišje je bila ocenjena trditev »aktivno poslušanje in pogovor s pacientom za razumevanje njegovih zdravstvenih in drugih potreb« ($M = 4,4$). Najnižje ocenjene trditve so bile »pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta« ($M = 3,75$), »spoštovanje kulturnih prepričanj pacienta in družbenih norm okolja, iz katerega izhaja« ($M = 3,78$), »pogovor s pacientom glede njegovih pravic in dolžnosti v povezavi z obravnavo

in bivanjem v bolnišnici« (M = 3,82) in »pogovor s pacientom glede njegovih vrednot, prepričanjih in pomislekih glede zdravstvene obravnave« (M = 3,95).

Tabela 1: Ocena pomembnosti in stanja posameznih aktivnosti za celovito obravnavo

<i>Trditve</i>	<i>Kako pomembno je to?</i>	<i>Kakšno je dejansko stanje?</i>
Aktivno poslušanje in pogovor s pacientom za razumevanje njegovih zdravstvenih in drugih potreb	4,76	4,4
Pogovor s pacientom o preteklih boleznih in načinu življenja (npr. družina, služba, hobiji, družabno življenje).	4,49	4,1
Pogovor s pacientom o njegovih pričakovanih glede zdravstvene obravnave.	4,54	4,07
Pogovor s pacientom o funkcionalnosti in morebitnih spremembah v stopnji samooskrbe ter s tem povezanimi ukrepi.	4,64	4,22
Pogovor s pacientom glede njegovih vrednot, prepričanjih in pomislekih glede zdravstvene obravnave.	4,43	3,95
Pogovor s pacientom glede njegovih pravic in dolžnosti v povezavi z obravnavo in bivanjem v bolnišnici.	4,34	3,82
Pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta.	4,15	3,75
Pozornost na posebnosti pri obravnavi posameznega pacienta.	4,53	4,18
Spoštovanje kulturnih prepričanj pacienta in družbenih norm okolja, iz katerega izhaja.	4,20	3,78

Vir: Lastni vir, 2022.

Iz tabele 2 je razvidno, da anketiranci v povprečju na podlagi enake petstopenjske lestvice (1 - nikoli, 2 - redko, 3 - občasno, 4 - pogosto, 5 - zelo pogosto) ocenjevali vrednost kliničnih poti kot pomembne. Pri oceni dejanskega stanja so bile ocene statistično značilno nižje. Najnižje sta bili ocenjeni trditvi »pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom« (M = 3,67) in »pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci« (M = 3,73).

Tabela 2: Ocena vrednosti in uporabe kliničnih poti

<i>Trditve</i>	<i>Kako je to pomembno?</i>	<i>Kakšno je dejansko stanje?</i>
Obravnava po klinični poti je bolj varna, kontinuirana, koordinirana, poteka bolj tekoče in je krajša.	4,66	4,24
Klinična pot vsebuje enotni pisni načrt obravnave pacienta z vsemi obrazci (dokumentacija klinične poti) za celoten multidisciplinarni tim na enem mestu.	4,66	4,2
Pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom.	4,21	3,67
S klinično potjo se izboljšuje udejanjanje načel integriranega pristopa (celovitost, koordinacija, kontinuiteta, sodelovanje in povezovanje) pri obravnavi pacienta.	4,60	4,05
Pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci (npr. zdravnik družinske medicine, patronažna služba, center za rehabilitacijo, center za socialno delo, socialno varstvenimi zavodi).	4,4	3,73
Uporaba klinične poti ima pozitiven vpliv na stroškovno učinkovitost zdravstvene obravnave pacienta ob izboljšani varnosti in kakovosti njegove obravnave.	4,69	4,10

Iz tabele 3 je razvidno, da anketiranci v povprečju najnižje ocenjujejo kot pomembno »vzpostavljanje sodelovanja z nevladnimi organizacijami/skupinami za samopomoč glede na potrebe pacienta« (M = 3,94), kar se je odrazilo tudi pri oceni dejanskega stanja (M = 3,59). Najvišje je bila ocenjeno kot pomembno »sistematično spremljanje zdravstvenih in socialnih potreb pacienta za namen njegove celovite, varne in kakovostne zdravstvene obravnave« (M = 4,59), najvišja je bila tudi ocena dejanskega stanja (M = 4,25).

Tabela 3: Vrednotenje izida obravnave pacientov po klinični poti

<i>Trditev</i>	<i>Kako je to pomembno?</i>	<i>Kakšno pa je dejansko stanje?</i>
Sistematično spremljanje zdravstvenih in socialnih potreb pacienta za namen njegove celovite, varne in kakovostne zdravstvene obravnave.	4,59	4,25
Jasen zapis ciljev obravnave in privolitve pacientov oziroma njihovih svojcev v dokumentaciji.	4,58	4,25
Zadosten dostop do zdravstvene dokumentacije (v papirni in elektronski obliki) glede na pristojnost izvajalcev.	4,6	4,21
Načrtno ocenjevanje in obvladovanje tveganj za varnost ter obravnavanje varnostnih odklonov in neželenih učinkov.	4,47	4,14
Vzpostavljanje sodelovanja z nevladnimi organizacijami/skupinami za samopomoč glede na potrebe pacienta.	3,94	3,59
Redno spremljanje počutja, zadovoljstva in izkušenj pacientov (spremljanje pohval, pritožb, vprašalnik v portalu Zvem)	4,38	4,06
Redno merjenje izidov obravnave pacienta vključno s stopnjo samooskrbe za vsakdanje življenje (npr. z opazovanjem, spraševanjem, pogovorom, kazalniki kakovosti, PROMs) in prilagajanje klinične poti.	4,39	4,03
Sistematično spremljanje izvedenih aktivnosti za namen kategorizacije pacientov in obračun stroškov.	4,30	4,18

Vir: Lastni vir, 2022.

Priložnosti za optimizacijo in izboljšanje kakovosti obravnave pacientov anketiranci najpogosteje vidijo v odnosu med pacientom in zdravstvenimi delavci (35,4 %), v organizaciji dela (34 %), v izobraževanju /kompetencah zdravstvenih (so)delavcev (31,3 %), v odnosu med vodstvom in člani multidisciplinarnega tima (29,2 %) ter kadrovskem normativu (29, 2 %).

V kvalitativnem delu intervjuvanci poudarjajo, da razumejo kot razširitev obstoječe klinične poti predvsem v boljšem sodelovanju s primarno ravno, pri pripravi pacienta na poseg in pri odpustu s patronažo in za področje rehabilitacije. V fokusnih skupinah so bile, kot ključne kategorije za razvoj integriranih kliničnih poti prepoznane zmanjševanje strukturnih in procesnih ovir, reorganizacija dela in upravljanja, medosebni odnosi ter pot in izkušnje pacienta na poti zdravstvene obravnave.

Pri nadgradnji obstoječih kliničnih poti v integrirane je po mnenju intervjuvanih potreben bolj podroben zapis že izvajanega, umestitev vseh poklicnih skupin, dodatne aktivnosti- telefonski klici za preverjanje, obveščanje in zaprosilo, umestitev reševanja socialne problematike – »skreening«, prizadevanje za kontinuiteto zdravstvene obravnave pacientov, pozornost na delovno aktivne paciente (bolniški stalež in zaposlitvena rehabilitacija) ter vrednotenje in preverjanje izida pri pacientih ne glede na to po kateri klinični poti so bili obravnavani, predvsem, da se vidi, kakšne prilagoditve so bile potrebne.

4 Razprava

Iz predstavljenih rezultatov je razvidno, da zdravstveni (so)delavci ocenjujejo pomen in stanje posameznih aktivnosti za celovito zdravstveno obravnavo, vrednost, uporabo in izide kliničnih poti zelo visoko. Pri tem je na podlagi statistično značilne razlike v oceni pomena in udejanjanja in primerljivosti podatkov možno sklepati o realnosti samoocene. Najnižje ocenjene trditve, tako po pomenu kot udejanjanju, so bile trditve »pozornost na socialno ekonomsko situacijo pacienta« in »spoštovanje kulturnih prepričanj pacienta in družbenih norm okolja, iz katerega izhaja«, ki opisujejo pomemben element celovite integrirane obravnave. Garattini idr. (2021) navajajo, da moramo podpirati pozitiven odnos zdravstvenih (so)delavcev do defragmentacije zagotavljanja storitev znotraj zdravstvenih in socialnih sistemov. V naši raziskavi se je pokazalo, da je v tem delu potrebna sprememba vedenja zdravstvenih (so)delavcev.

Slabše ocene pri trditvah »pogovor s pacientom glede njegovih pravic in dolžnosti v povezavi z obravnavo in bivanjem v bolnišnici« in »pogovor s pacientom glede njegovih vrednot, prepričanjih in pomislekih glede zdravstvene obravnave«, so skladne z ugotovitvami v okviru nacionalnega spremljanja zadovoljstva pacientov preko portala zVem, kjer se je pokazalo, da jih 30,6 % sploh ni bilo seznanjenih z možnostjo podajanja pripomb, pritožb pacienta (Ministrstvo za zdravje, 2021).

Pri sklopu ocene vrednosti in izidov obravnave pacientov je bilo najnižje ocenjeno, da »pacienti imajo dodeljenega koordinatorja za terminsko načrtovanje, koordiniranje obravnave, načrtovanje obiskov in koordiniranje v povezavi z odpustom« in da »pacientova obravnava pred in po odpustu iz bolnišnice poteka predhodno usklajeno z zunanjimi izvajalci«. To kaže na potrebo po proučitvi potrebe po reorganizaciji in definiranju vloge koordinatorja zdravstvene obravnave. Sicer Peternel (2019) navaja na primeru oddelka ene bolnišnice, da gre na internem oddelku večinoma za starejše paciente s kroničnimi težavami, mnogi živijo sami, zato je zelo pomembno, da se že vnaprej ve, kam bodo odšli po odpustu iz bolnišnice. Če ni možnosti, da bi zanje poskrbeli domači, vključijo socialno službo in skupaj najdejo namestitev na bolnišničnem negovalnem oddelku, v domu starostnikov. Statistični podatki kažejo, da so se tudi po zaslugi dobre koordinacije skrajšale ležalne dobe, manj pa je tudi ponovnih sprejemov pacientov.

Po pomenu in udejanjanju je bilo nižje ocenjeno tudi vzpostavljanje sodelovanja z nevladnimi organizacijami/skupinami za samopomoč glede na potrebe pacienta. Pri tem je potrebno poudariti, da je področje nevladnih organizacij s področja zdravja v Sloveniji v primerjavi s tujino slabše razvito (Kolarič in Rakar, 2010), slabše raziskano in tudi neenotno definirano (NIJZ, 2019, str. 10). Odkritih je bilo kar nekaj priložnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvene obravnave pacientov tako iz vidika strukture kot procesa na področju delovanja zdravstvenih (so)delavcev, kar pa ima vpliv na izide zdravstvene obravnave pacientov po izbranih kliničnih poteh. Osnova uspešnega izvajanja integriranih kliničnih poti je skupinsko sodelovanje in dobra komunikacija znotraj tima, z vodstvom in pacienti oz. njihovimi svojci (Anderson in McDaniel, 2000).

V kvalitativnem delu intervjuvanci poudarjajo, da razumejo kot razširitev obstoječe klinične poti predvsem s sodelovanjem s primarno ravno zdravstvenega varstva pri pripravi pacienta na zdravstveni poseg in pri odpustu s patronažno medicinsko sestro in v povezavi s storitvami rehabilitacije. V intervjujih in fokusnih skupinah so bile kot ključne kategorije za razvoj integriranih kliničnih poti prepoznane potrebe po zmanjševanju strukturnih in procesnih ovir, reorganizacija dela in upravljanja, medosebni odnosi ter pot in izkušnje pacienta na poti zdravstvene obravnave. Pri nadgradnji obstoječih kliničnih poti v integrirane pa je potreben bolj podroben zapis že izvajanega, umestitev vseh poklicnih skupin, dodatne aktivnosti- telefonski

klici za preverjanje, obveščanje in zaprosilo, umestitev reševanja socialne problematike – skreening, prizadevanje za kontinuiteto obravnave, pozornost na delovno aktivne paciente (bolniški stalež in zaposlitvena rehabilitacija) ter vrednotenje in preverjanje izida pri pacientih ne glede na to po kateri klinični poti so bili obravnavani, predvsem, da se vidi, kakšne prilagoditve so bile potrebne.

Znotraj bolnišnice se je oblikovala različna praksa pri razvoju kliničnih poti, ki po mnenju intervjuvanih dejansko pripomorejo k učinkovitosti. Potreben je tudi napredek v sodelovanju zdravstvenih (so)delavcev z vodstvom. Predlagane dopolnitve za razvoj integriranih kliničnih poti so vsebinske in tehnične, njihova izvedljivost in vpliv na učinkovitost se preverja.

Kot omejitve predstavljene raziskave v tem prispevku vidimo v predstavitvi samo nekaterih zbranih podatkov v okviru celotne študije, ki skupno traja tri leta, in je vključena velika skupina strokovnjakov. Priložnosti pa so zagotovo v povednih ugotovitvah za na dokazih temelječe delovanje v razvoju integriranih kliničnih poti za bolj celovito in kontinuirano obravnavo.

Ključne ugotovitve so tako:

- pri razvoju integriranih kliničnih poti je potrebno začeti pri spreminjanju vedenja zdravstvenih (so)delavcev in tudi vodstva, da se odzivajo na zahteve sodobne celovite integrirane obravnave pacientov, pomen integriranih kliničnih poti je prepoznan, potreben pa je napredek v izvajanju,
- zdravstveni (so)delavci potrebujejo podporo vodstva, saj zasnova integrirane klinične poti temelji na multidisciplinarnem timskem delu in vključevanju intervencij, ki temeljijo na dokazih ter segajo preko meja posameznih zdravstvenih ustanov, tako da se glede na potrebe pacientov vključujejo tudi vse koristne druge. Kako pa najbolj optimalno organizirati delo za celovito obravnavo pacientov po namensko razviti integrirani klinični poti, pa kljub primerom dobre prakse (koordinator zdravstvene obravnave) in najdenim priložnostim za izboljšanje še vedno ostaja izziv. Nujno je nadaljnje proučevanje kliničnih poti predvsem z vidika proučevanja izidov za paciente in ustvarjanje dokazov za razvoj integriranih kliničnih poti v Sloveniji.

LITERATURA

1. Allen, D., Gillen, E. in Rixson, L. (2009). A Systematic Review of the Effectiveness of Integrated Care Pathways: What Works, for Whom, in Which Circumstances? *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 7(2), 61–74.
2. Anderson, R. A. in McDaniel, R. R. (2000). Managing Health Care Organizations: Where Professionalism Meets Complexity Science. *Health Care Manage Rev*, 25(1), 83–92.
3. Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D. idr. (2018). The Effects of Integrated Care: a Systematic Review of UK and International Evidence. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 350.
4. Cramm, J. M. in Nieboer, A. P. (2011). Professionals' Views on Interprofessional Stroke Team Functioning. *International Journal of Integrated Care*, 11, E081. Pridobljeno s <https://doi.org/10.5334/ijic.657>.
5. Du, G., Huang, L. in Zhou, M. (2020). Variance Analysis and Handling of Clinical Pathway: An Overview of the State of Knowledge. *IEEE Access*, 8, 158208–158223.
6. Dworzynski, K., Ritchie, G. in Playford, E. D. (2015). Stroke Rehabilitation: Long-term Rehabilitation after Stroke. *Clinical Medicine*, 15(5), 461–464.
7. Elliott, M. J., Gil, S., Hemmelgarn, B. R. idr. (2017). A Scoping Review of Adult Chronic Kidney Disease Clinical Pathways for Primary Care. *Nephrol Dial Transplant*, 32(5), 838–846.
8. EPA (2018). EPA Care Pathways. 2018a. Pridobljeno s <http://e-p-a.org/carepathways>.
9. Garattini, L., Badinella Martini, M. in Nobili, A. (2022). Integrated Care in Europe: Time to Get it Together?. *Appl Health Econ Health Policy*, 20, 145–147.

10. Hussain, Z. I., Lim, M. in Stojkovic, S. (2017). Role of Clinical Pathway in Improving the Quality of Care for Patients With Faecal Incontinence: A Randomised Trial. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 8(1), 81–89.
11. Hustoft, M., Biringer, E., Gjesdal, S. idr. (2018). Relational Coordination in Interprofessional Teams and Its Effect on Patient-reported Benefit and Continuity of Care: a Prospective Cohort Study from Rehabilitation Centres in Western Norway. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 719.
12. Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. idr. (2017). Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 71–80.
13. Jones, B., Vaux, E. in Olsson - Brown, A. (2019). How to Get Started in Quality Improvement. *BMJ*, 364, k5408.
14. Kolarič, Z. in Rakar, T. (2010). *Obseg, struktura in vloga/funkcija slovenskih civilno-družbenih organizacij. Študija primera*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za socialno varstvo.
15. Leijten, F. R. M., Struckmann, V., Ewoutvan Ginneken, E. idr. (2018). The SELFIE Framework for Integrated Care for Multi-morbidity: Development and Description. *Health Policy*, 122(1), 12–22.
16. Luo, S., Wu, C., Luo, Q. idr. (2021). The Design and Evaluation of Clinical Pathway for Disease Management to Maximize Public Health Benefit. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 5047–5057.
17. Mater, W. in Ibrahim, R. (2016). Preliminary Study on Teamwork Communications in the Healthcare Sector: A Perspective of Electronic Clinical Pathways. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(28). Pridobljeno s <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i28/91245>.
18. Ministrstvo za zdravje (2021). Nacionalna analiza prejetih podatkov o ugotavljanju kakovosti poslovanja z uporabniki v javnem zdravstvu v portalu zvem v obdobju od januar - december 2020. Pridobljeno s [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/1-PODROCJA-ZDRAVJE/1-Kakovost-varnost-in-dostopnost-zdravstvenega-varstva/1-Kakovost-zdravstvenega-varstva/Porocilo-o-zadovoljstvu-pacientov-za-let-2020.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/1-PODROCJA-ZDRAVJE/1-Kakovost-varnost-in-dostopnost-zdravstvenega-varstva/1-Kakovost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/Porocilo-o-zadovoljstvu-pacientov-za-let-2020.pdf).
19. NIJZ (2019). Nevladne organizacije na področju zdravja v Sloveniji- ovire in izzivi za njihov hitrejši razvoj. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/nvo_e-verzija_2019_k.pdf.
20. OECD (2019). Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Pridobljeno s: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Peternel, U. (2019). Najboljša praksa v zdravstvu. *Gorenjski glas*, 10. Pridobljeno s <https://www.gorenjskiglas.si/articl>.
22. Selimen, D. in Andsoy, II. (2011). The Importance of a Holistic Approach during the Perioperative Period. *AORN J*, 93(4), 482–487.
23. Taha, M. H., in Taha, M. H. (2019). 106 Taha MH. Assessing Patient Satisfaction With Sudanese Doctors. *J Adv Med Educ Prof.*, 7(2), 106–107.
24. Weizi, L., Kecheng, L., Hongqiao, Y. idr. (2014). Integrated Clinical Pathway Management for Medical Quality Improvement – Based on a Semiotically Inspired Systems Architecture. *European Journal of Information Systems*, 23(4), 400–417.
25. Wong, W. (2022). Highlights of the 2022 Clinical Pathways Benchmark Survey. *Journal of Clinical Pathways*, 8(8), 24–26.
26. Zupančič, V. (2021). Vpliv (integriranih) kliničnih poti na izide zdravstvene obravnave. *Revija za zdravstvene vede*, 8(1), 37–59.

Koncept holizma in njegove determinante

UDK 616-083021.361

KLJUČNE BESEDE: holizem, celovit pristop, obravnava pacienta, interdisciplinarna zdravstvena nega

POVZETEK – Skrb za pacienta se je, v medicinski paradigmi zdravstvene nege kakor tudi v znanstveno raziskovalni paradigmi, v zadnjem desetletju, drastično preusmerila na področje holističnega pristopa. Pacient ni le oseba z določeno vrsto bolezni, temveč je primarno posameznik, ki bolj ali manj suvereno izvršuje svojo pravice in dolžnosti znotraj svojega socialnega kroga. V družbi ima svojo vlogo, preko katere se tudi sam do določene mere identificira in posledično iz tega črpa moč za spopadanjem z različnimi izzivi. Pri tem se opiramo na premiso, da je pacient subjekt, s svojimi življenjskimi navadami, slogom, socialnim krogom, ekonomskimi sposobnosti in drugimi življenjskimi in bivanjskimi okoliščinami. Tudi študije, na področju zdravstvene nege in na splošno medicinske znanosti, so večkrat pokazale pozitivne učinke celovitih pristopov do pacienta, z upoštevanjem tako njegovega psihičnega kakor fizičnega stanja. Slednje nas je privedlo do vprašanja, katere so tiste determinante, ki opredeljujejo celoviti oziroma holistični pristop ter kako široko obsegajoč je krog dometa takšne obravnave. Z namenom definirati koncept holizma, smo opravili krajšo analizo ugotovitev 15ih izvornih in preglednih znanstvenih člankov. Pri iskanju za nas relevantnih publikacij, smo si postavili jezikovni parameter, saj smo upoštevali le članke objavljene v slovenskem ali angleškem jeziku. Pri tem smo upoštevali tudi časovni okvir objave, saj smo upoštevali le članke, ki niso starejši od pet let.

UDC 616-083021.361

KEYWORDS: holism, comprehensive approach, patient treatment, interdisciplinary healthcare

ABSTRACT – The paradigm of patient treatment in the field of nursing as well as in the scientific field has in the last decade drastically shifted towards a holistic approach. Namely, the patient is no longer considered as only a human with a certain type of illness, but primarily an individual who, to different extents, sovereignly exercises his rights and duties within his social circle. He holds a role in society, through which he also identifies himself to a certain extent and from it draws the strength to cope with different challenges. The forementioned is based on the premise that the patient is a subject with its own life habits, style, social circle, economic abilities and other life and living circumstances. Even studies, in the field of nursing and medical science in general, have repeatedly shown the positive effects of comprehensive approaches to the patient, taking into account both the psychological and physical conditions. This raises the question of what the determinants that define a comprehensive or holistic approach are and how wide the scope of such treatment is. Thus, we performed a short analysis of 15 scientific articles. We set a language parameter, since we only considered articles published in Slovenian or English, and took into account the time frame of the publication as well, as we only considered articles that are not older than five years.

1 Teoretična izhodišča

V skladu z definicijo zdravja, ki jo je postavila tudi Svetovna zdravstvena organizacija, je zdravje splošno dobro počutje (b.d.). Tako je tudi temeljna stična točka vseh oblik holističnih pristopov k zdravju, celosten pristop do pacienta, z namenom doseči vsesplošno dobro počutje posameznika (Ventegodt idr., 2006, str. 89–92).

Uradna medicina še vedno mnogokrat temelji le na pristopu, ki v določeni meri ločuje telo od duha, pri čemer holistični pristop temelji na premisi obravnavanja posameznika celovito, tako glede na materialni kot nematerialni aspekt človeka. Zaradi tega je še toliko bolj pomemben

razvoj celostnega pogleda na pacienta. Tako pri nujenju zdravstvene nege, postavimo v ospredje pacienta, kot suvereno entiteto, ki je vključena znotraj širše socio-ekonomske mreže (Ventegodt idr., 2006, str. 94–100).

1.1 Koncept holizem in njegove determinante

Tekom zgodovine medicine sta se tako izoblikovala biomedicinski in biopsihosocialni model. Medicina se lahko pri svoji obravnavi pacienta poslužuje predvsem biomedicinskega modela, ki je osnovan na zdravstvenem redukcionizmu in bolezensko stanje ozko razlaga, na osnovi kemijskih procesov na ravni materije. Medtem ko holistični pristop k zdravljenju in obravnavi pacienta upošteva tako telesni kot mentalni in duševni vidik človeka. Nadalje holistični pristop med seboj sklepa povezave in združuje tisto, kar je navidezno nepovezano ter tako daje močan poudarek na psihosocialni vidik bolezni (Dušič, 1989, str. 197).

Holistični pristop se v osnovi zavzema za doseg celostnega blagostanja posameznika. Celosten pristop pomeni obravnavanje tudi duševnega stanja bolnika, iskanje globljih psihofizičnih vzrokov za razvoj bolezni. Osnuje se na premisi, da je bolezensko stanje le alarm oziroma sporočilo s strani organizma, da nekaj tudi v naših vedenjskih vzorcih ne vpliva dobro na nas. Pri čemer se predvsem sprašuje, zakaj je do razvoja nekega neugodnega zdravstvenega stanja prišlo in težave rešuje z odpravljanjem vzročnih dejavnikov in se ne fokusira zgolj na blažitev simptomov (Brennan, 1995, str. 7). Obstajajo namreč študije, ki dokazujejo obstoj korelacije med dolgotrajno jezo in poškodbami in celo obolelostjo na področju jeter, možganov in nadledvične žleze ter korelacijo med dolgotrajno izpostavljenostjo stresnemu načinu življenja in oslabljenim imunskim sistemom (Horvat, 1997, str. 25–27).

Koncept holizem v ospredje tako postavlja posameznika in mu daje aktivno vlogo v njegovem procesu ustvarjanja in ohranjanja zdravja kot tudi pri odpravljanju bolezni. Pacient ima svojo notranjo moč in sposobnost odločanja o svojem življenju, navadah ter miselnih in emocionalnih vzorcih. Ravno tako pa je pomembno tudi njegovo prepričanje v sposobnost ozdravitve oziroma ohranjanja zdravja, kar v širši javnosti poznamo kot placebo efekt (Ule, 2007, str. 111–112). Tako je tudi Evert Lumis, poznan kot oče holističnega pristopa, nekoč dejal, da tekom življenja in prakse s pacienti, ni še nikoli naletel na bolezen, ki bi bila neozdravljiva, je pa spoznal, da obstaja veliko število neozdravljivih umov (Slovensko homeopatsko društvo, 2003).

S svojim celovitejšim in širšim pristopom do pacienta in bolezni (Ventegodt idr., 2006, str. 88) je holizem pravzaprav zelo pomemben vidik naprednega in učinkovitega zdravstvenega sistema ter z njim povezane zdravstvene nege (Valizadeh idr., 2017, str. 71). Tudi Filej in Kaučič (2019, str. 557–565) tako poudarjata pomen celostne obravnave pacienta na področju nujenja zdravstvene nege na vseh ravneh, saj bolezenska simptomatika ne sme biti glavno in edino področje pozornosti ter obravnave, pri nujenju storitev zdravstvene nege.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati analize ugotovitev različnih izvornih in preglednih znanstvenih člankov slovenskih in tujih avtorjev, z namenom določiti in bolje definirati obseg koncepta holizma in vseh njegovih determinant.

2 Metode

2.1 Namen in cilji

Definirati koncept holizma, s sistematičnim pregledom literature in krajšo analizo ugotovitev na petnajstih izvornih in preglednih znanstvenih člankov.

2.2 Raziskovalna vprašanja

RV1: V kolikšni meri s konceptom holizma se osredotočamo na posameznika in njegovo aktivno vlogo v zdravstveni obravnavi?

2.3 Raziskovalna metodologija

2.3.1 Metoda pregleda literature

Za namen pravilnega iskanja primerne znanstvene literature za koncept Holizem smo uporabili opisno raziskovalno metodo s pregledom znanstvene literature. Pri iskanju relevantnih publikacij, smo si postavili jezikovni parameter, saj smo upoštevali le članke, objavljene v Slovenskem ali angleškem jeziku. Pri tem smo upoštevali tudi časovni okvir objave, saj smo upoštevali le članke, ki niso starejši od pet let (2017–2022). Baze podatkov, ki smo se jih uporabili so CINAHL, COBISS, PubMed in Mendeley. Ravno tako smo v analizo vključili študije, objavljene v naslednjih revijah: Obzornik zdravstvene nege in Revija za zdravstvene vede.

Dobljene zadetke smo pregledali in izbrali tiste, ki so ustrezali namenu raziskave. Članke smo prvotno analizirali, nato smo v tabeli predstavili bistvene ugotovitve posameznega članka.

V raziskavi smo uporabili znanstvene in pregledne znanstvene članke. Za iskanje člankov smo uporabili različne zgoraj navedene bibliografske baze podatkov, v katere smo vnesli že navedene ključne besede. S pomočjo uporabljenih iskalnih kriterijev nam je brskalnik ponudil 98 zadetkov, od tega smo v polnem besedilu pregledali 27 člankov. V končno analizo smo vključili 15 izbirnih in preglednih znanstvenih člankov.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Dobljene zadetke smo pregledali in izbrali tiste, ki so ustrezali namenu raziskave. Članke smo prvotno analizirali, nato smo v tabeli predstavili bistvene ugotovitve posameznega članka. V raziskavi smo uporabili znanstvene in pregledne znanstvene članke. Za iskanje člankov smo se poslužili različnih zgoraj navedenih bibliografskih baz podatkov, v katere smo vnesli že navedene ključne besede.

2.3.3 Opis obdelave podatkov

S pomočjo uporabljenih iskalnih kriterijev nam je brskalnik ponudil 98 zadetkov, od tega smo v polnem besedilu pregledali 27 člankov. V končno analizo smo vključili 15 izbirnih in preglednih znanstvenih člankov. Dobljene članke, ki smo jih vključili v raziskavo, smo najprej v grobem analizirali na avtorje in letnico objave članka, tipologijo članka, raziskovalno paradigmo ter ključna spoznanja raziskovalcev. Nato smo v Tabeli 1 predstavili rezultate - bistvene ugotovitve avtorjev.

3 Rezultati

V nadaljevanju smo v tabeli predstavili rezultate petnajstih izbranih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov.

Tabela 1: Analiza člankov

<i>Avtor, letnica objave</i>	<i>Tipologija članka</i>	<i>Raziskovalna paradigma</i>	<i>Ugotovitve</i>
Frisch in Rabinowitsch (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (pregled literature)	Obstaja nedefinirana razmejitev med holističnim pristopom k nudenju zdravstvene nege in interdisciplinarnim pristopom.
Hansen idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (študija primera)	Model, ki celovito obravnava pacienta, se je v klinični raziskavi izkazal za učinkovitega.
Oven in Kregar (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop	Z vključevanjem terapije s konji se je pri otrocih s posebnimi potrebami izboljšalo počutje, koncentracija ter opaziti je višjo stopnjo samozavesti in zaupanje v svoje sposobnosti.
Čopar idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (pregled znanstvene literature z Joanna Briggs Institute)	Pristopi, ki se najpogosteje uporabljajo pri obravnavi bolezni, so osredotočeni na uporabnika, skupnost, funkcije in njegovo aktivnost.
Moškon (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop	Srednje med. sestre in diplomirane med. sestre so seznanjene in poznajo koncept holizma, medtem ko bolničarke negovalke tega koncepta ne poznajo.
Bratun in Filej (2020)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (študija primera)	Vse udeleženske raziskave so kot prednost delovne terapije izpostavile usmerjenost le-te na pacienta.
Krantič idr. (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kombiniran raziskovalni pristop (pregled literature, kvalitativna metoda)	Pogostejša uporaba piktogramov v socialnovarstvenih ustanovah ima pozitiven vpliv na komunikacijo med varovanci in zdravstvenim osebjem

			ter omogoča višjo stopnjo njihove varnosti in boljšo orientacijo.
Jović idr. (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop	Otroci z diagnosticirano astmo, so poročali o večji prizadetosti na ravni kazalnik »Čustva«, kot pa »Dejavnik« ali »Simptomi«.
Bahun in Skela - Savič (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna metoda	Med časovnim trajanjem hospitalizacije se dostojanstvo pacientov ne zagotavlja v popolni meri.
Kalender Smajlović in Smodiš (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (sistematični pregled literature)	Medicinske sestre se v največji meri se pri oskrbi kritično bolnih, srečujejo z načelom neškodljivosti, dobronamernosti in avtonomiji pacientov.
Bregar idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop (presečna raziskava z uporabo Heymanove lestvice)	Management zdravstvenih institucij igra pomembno vlogo pri zmanjševanju pojavnosti uporabe posebnih varovalnih ukrepov znotraj zdravstvene ustanove.
Nemec idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativni raziskovalni pristop (pregled literature in analiza koncepta)	Strategija stimulacije pri pacientih s kroničnimi bolečinami je potrebna še dodatnih kliničnih testiranj.
Montanič Starc idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop	Zaposleni v zdravstveni negi prednost dajejo fizični oskrbi, pri nudenju zdravstvene nege in ne toliko duhovnim potrebam pacientov.
Skela - Savič in Hvalič Touzery (2020)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop	Splošno razumevanje potreb dolgožive družbe so pomanjkljive, saj je znanje na področju potreb starostnikov neoptimalno.

Vršnik in Bregar (2020)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativni znanstveni pristop (pregled literature)	Medinske sestre z načinom kako pristopajo do posameznika, predvsem glede na pacientovo stisko, lahko znatno vplivajo na stanje pacienta.
-------------------------	-----------------------------	--	--

Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Z analizo izvornih in preglednih znanstvenih člankov, ki smo jih na osnovi parametrov vključili v analizo, smo prišli do ključnih ugotovitev. Frisch in Rabinowitsch (2019, str. 265–270) sta ugotovila, da holistični pristop, sam po sebi predvideva upoštevanje večplastnosti človeške narave in s tem povezanih potreb. Slednje v določeni meri velikokrat zahteva od zdravstvenega osebja uporabo interdisciplinarnih znanj, z namenom učinkovitejšega in celovitejšega nudenja pomoči in pristopa do pacienta. Iz tega naslova je meja med interdisciplinarnim, integrativnim in holističnim pristopom zelo zabrisana in se omenjeni pojmi v določeni meri med seboj prepletajo, predvsem v primeru, da razmejitev osnujemo zgolj na definicijah posamičnega pojma. Prav tako je bilo ugotovljeno, da obstaja potreba po modelu, ki bi omogočal celovito obravnavanje pacienta na učinkovit način. Slednje zahteva namreč vzporedno interdisciplinarno uporabo znanj s strani zdravstvenih delavcev in stroke (Hansen idr., 2019, str. 88–92).

Holističen pristop vključuje tudi delovno terapijo, katere prednost je usmerjenost le-te na pacienta (Bratun in Filej, 2020, str. 9–12). Čopar idr. (2021, str. 18–22) so v primeru delovnih terapij pri osebah s posttravmatsko stresno motnjo identificirali najpogosteje uporabljene pristope in orodja. Identificiranim pristopom, ki se najpogosteje uporabljajo, je skupno, da so osredotočeni na uporabnika, skupnost, funkcije in aktivnosti. Glede na ugotovitev Jović idr. (2018, str. 83–85), da so otroci z diagnosticirano astmo poročali o večji prizadetosti na ravni kazalnik »čustva«, kot pa »dejavnik« ali »simptom« ter da je največja prepreka, s katero se mladostniki srečujejo čustvene narave, torej v oziru doživljanja svoje telesne omejitve, bi bilo smiselno te otroke vključiti v terapijo konji. Saj sta Oven in Kregar (2021, str. 8–12) ugotovili močan pozitiven učinek na področju psihičnega in emocionalnega počutja in zmožnosti koncentracije otrok s posebnimi potrebami pri terapiji z uporabo konjev. Ugotovljene so bile še dodatni pozitivni vplivi na področju samopodobe. Otroci, ki se udeležujejo omenjene terapije, imajo kot posledico boljšo samopodobo in višje zaupanje vase in svoje sposobnosti. Pri odraslih pacientih pa so raziskovali uporabo strategije stimulacije v primeru pacientov s kroničnimi bolečinami, ki niso posledica onkološkega obolenja. Koncept predvideva strategijo, ki bi tovrstnim pacientom predstavila različne aktivnosti samoobvladovanja bolečine. Slednje bi pomenilo izboljšanje kakovosti življenja kot tudi boljše psihično počutje pacientov s kroničnimi bolečinami (Nemec idr., 2019, str. 72–76).

Medicinske sestre z načinom kako pristopajo do posameznika, predvsem glede na pacientovo stisko, lahko znatno vplivajo na stanje pacienta (Vršnik in Bregar, 2020, str. 55–60). In čeprav se medicinske sestre v največji meri pri oskrbi kritično bolnih, srečujejo z načelom neškodljivosti, dobronamernosti in avtonomijo pacientov (Kalender Smajlović in Smodiš, 2019, str. 130–133), Bahun in Skela-Savič (2018, str. 92–97) ugotavljata, da se med časovnim trajanjem hospitalizacije dostojanstvo pacientov ne zagotavlja v popolni meri ter da zaposleni v zdravstveni negi prednost dajejo fizični oskrbi, pri nudenju zdravstvene nege in ne toliko duhovnim potrebam pacientov (Montanič Starc idr., 2019, str. 35–44). Se pa zdravstveni

delavci v veliki meri strinjajo in zavedajo, da so posebni varovalni ukrepi v določenih okoliščinah potrebni ali nujni in le-tej nimajo pozitivnega vpliva na pacienta, predvsem s psihološkega vidika. Poleg tega se ugotavlja, da je ravno management v določeni zdravstveni instituciji tisti, ki lahko vpliva na pojavnost uporabe takšne vrste ukrepov (Bregar idr., 2019, str. 22–28). Moškon (2021, str. 67–70) je z nestrukturiranim intervjujem ugotovil, da so srednje med. sestre in diplomirane med. sestre seznanjene in poznajo koncept holizma med tem, ko bolničarke negovalke tega koncepta ne poznajo. Ugotavljajo se pomen potrebe po dodatnih specifičnih usposabljanjih zdravstvenega kadra kot tudi številne medsektorske ukrepe z namenom zagotoviti zdravo staranje in dobro počutje oseb v tretjem starostnem obdobju (Skela - Savič in Hvalič Touzery, 2020, str. 40–48). Razumevanje navodil, ki jih podaja zdravstveno osebje, je med pomembnejšimi dejavniki, ki vplivajo na kakovost življenja in zdravje posameznika, saj le tako lahko le-ti ravnajo v skladu z zdravstveno doktrino na določenem področju. Pogostejša uporaba piktogramov v socialno-varstvenih ustanovah ima pozitiven vpliv na komunikacijo med varovanci in zdravstvenim osebjem ter omogoča višjo stopnjo njihove varnosti in boljšo orientacijo (Krantič idr., 2018, str. 245–250).

Holistični pristop zahteva obravnavo človeka na več ravneh in zaradi tega učinkovit pristop k obravnavi pacienta zahteva multidisciplinarno znanje, kar se je v določenih primerih izkazalo kot korelirano s stopnjo izobrazbe zdravstvenega osebja oziroma natančneje, razumevanje potrebe po celostni obravnavi pacienta je bila boljša pri višje izobraženem osebju. Poleg tega se družba spreminja, večja je etična razdrobljenost prebivalstva, poleg tega se tudi prebivalstvo stara in dosega višjo starost. Iz tega naslova se nadalje ugotavlja obstoj potrebe po dodatnih izobraževalnih programih, ki zaposlenim v zdravstvu dodatno in poglobljeno podajo potrebna znanja in veščine za zagotavljanje celostne obravnave pacientov.

LITERATURA

1. Bahun, M. in Skela - Savič, B. (2018). Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 90–99. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.204>
2. Bratun, U. in Filej, B. (2020). Strategije razvoja delovne terapije v skupnosti za potrebe starejših ljudi. *Revija za zdravstvene vede*, 7(1), 3–18.
3. Bregar, B., Skela - Savič, B., Kajdiž, K. idr. (2019). The Heyman Survey of Nursing Employees' Attitudes Towards Mechanical Restraints in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), 18–30. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.275>
4. Brennan, B. A. (1995). *Moč zdravilnih rok*. Ljubljana: Gnostica.
5. Čopar, N., Trošt, M., Tavčar, N. idr. (2021). Modeli in pristopi v delovni terapiji pri obravnavi oseb s posttravmatsko stresno motnjo – sistematični pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 8(2), 16–32. Pridobljeno s https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/revija/revija_jhs_2021_v8n2_www.pdf.
6. Dušić, B. (1989). Subjektivnost in celovitost: Novi dejavniki zdravja in zdravljenja. *Zdravstveno varstvo*, 28(6–8), 197–198.
7. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2019). Vpliv duhovnosti na kakovost življenja starejših v domačem in v institucionalnem okolju. *Bogoslovni vestnik*, 79(2), 555–568. <https://doi.org/10.34291/bv2019/02/filej>
8. Frisch, N. C. in Rabinowitsch, D. (2019). What's in a Definition? Holistic Nursing, Integrative Health Care, and Integrative Nursing: Report of an Integrated Literature Review. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 37(3), 260–272. <https://doi.org/10.1177/0898010119860685>
9. Hansen, K. A., McKernan, L. C., Carter, S. D. idr. (2019). A Replicable and Sustainable Whole Person Care Model for Chronic Pain. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N. Y.)*, 25(1), 86–94. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0420>
10. Horvat, M. (1997). Nemedicinsko zdravljenje. *ISIS*, 6(10), 25–27.

11. Jović, D., Petrović - Tepić, S. in Knežević, D. (2018). Assessment of the Quality of Life in Children and Adolescents with Asthma. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 81–89. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.195>
12. Kalender Smajlović, S. in Smodiš, M. (2019). Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 128–136. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.312>
13. Krantić, N., Babnik, K. in Žvanut, B. (2018). Identifikacija priporočil, razvoj in testiranje uporabe piktogramov za izboljšanje komunikacije starejših v socialnovarstvenih zavodih. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 242–251. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.223>
14. Montanič Starc, T., Karnjuš, I. in Babnik, K. (2019). Attitudes Towards Spirituality and Spiritual Care among Nursing Employees in Hospitals. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), 31–48. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.313>
15. Moškon, A. (2021). Terapija s pomočjo konja – izkušnje in doživljanje oseb s posebnimi potrebami. *Revija za zdravstvene vede*, 8(2), 65–75. Pridobljeno s https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/FZV_pripone/revija/revija_jhs_2021_v8n2_www.pdf.
16. Nemeč, U. idr. (2019). Samoobvladovanje kronične bolečine. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), 70–77. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.221>
17. Oven, A. in Kregar, A. (2021). Terapija s pomočjo konja – izkušnje in doživljanje oseb s posebnimi potrebami. *Revija za zdravstvene vede*, letnik 8, številka 2, str. 3–15. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-JVLZIZKN/d9732d94-f88b-4f9f-a35b-9ba41576cf0d/PDF>.
18. Skela - Savič, B. in Hvalič Touzery, S. (2020). Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 38–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2998>
19. Slovensko homeopatsko društvo. (2003). Zdravniki o komplementarni medicini – proti ultimatu zbornice | Slovensko homeopatsko društvo. Pridobljeno s https://www.shd.si/default.asp?mid=sl&pid=novice_podrobno&katid=21&novicaid=235.
20. Ule, M. (2007). Vloga in pomen alternativnih zdravilskih praks v zdravstvenem varstvu ljudi. *Zdravstveno varstvo*, 46(3), 103–112.
21. Valizadeh, L. idr. (2017). A Concept Analysis of Holistic Care by Hybrid Model. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 71. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197960>
22. Ventegodt, S. idr. (2006). Clinical Holistic Health: Advanced Tools for Holistic Medicine. *TSW Holistic Health*, 1, 84–101. <https://doi.org/10.1100/tswwhm.2006.31>
23. Vršnik, P. in Bregar, B. (2020). Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature. *Obzornik Zdravstvene nege*, 54(1), 52–63. Pridobljeno s https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/issue/view/234/54_1.

Holistična zdravstvena nega

UDK 616-083-021.361

KLJUČNE BESEDE: *holistična zdravstvena nega, holistična medicinska sestra, celostni pristop*

POVZETEK – *Holistična zdravstvena nega je celovita oskrba pacienta. Ni samo delo, je filozofija in način življenja. To pa pomeni neprestano izobraževanje na več področjih. Obravnava pacientove telesne, duševne, čustvene, duhovne in socialne vidike. Metode dela so kot pri klasični medicini, le da v svoje delovanje vključuje še alternativno in komplementarno medicino. Zdravstvena nega, ki temelji na holizmu poudarja, da je poleg zdravljenja z zdravili in zdravstveno nego, pomembno še izobraževanje pacienta, njegovo osebno sodelovanje, njegovo mnenje, čustva, psihično stanje, kultura, ekonomski status, socialne razmere, alternativne oblike zdravljenja, ter ostali načini spoprijemanja z boleznijo. Pri vsaki izvedbi postopka zdravstvene nege se poudarja celosten pristop k pacientu. Uporablja se na vseh nivojih zdravstva: primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju. Začetni temelji holistične zdravstvene nege temeljijo na delu Florence Nightingale, ki je poudarjala povezavo med bolnikom in njegovim okoljem. Namen prispevka je, s pregledom literature predstaviti in analizirati holistično zdravstveno nego in holistično medicinsko sestro na različnih področjih zdravstvene nege in pri različnih boleznih, ter njene začetne temelje.*

UDC 616-083-021.361

KEYWORDS: *holistic nursing, holistic nurse, holistic approach*

ABSTRACT – *Holistic nursing is a comprehensive patient care. It is not only work, it is a philosophy and way of life. This means continuous education in several areas. Holistic nursing addresses the patient's physical, mental, emotional, spiritual and social aspects. Its working methods are the same as in traditional medicine, but it also incorporates alternative and complementary medicine. Nursing based on holism emphasizes that, in addition to drug treatment and nursing care, the patient's education is also important, as well as his/her personal involvement, his/her opinion, feelings, mental state, culture, economic status, social situation, alternative treatments and other ways of dealing with the disease. An integrated approach to the patient is emphasized in each nursing procedure. It is used at all levels of healthcare: primary, secondary and tertiary. The initial foundations of holistic nursing are based on the work of Florence Nightingale. She highlighted the link between the patient and his/her environment. The purpose of the paper is to present and analyse holistic nursing and holistic nurses through a literature overview based on different nursing areas and different diseases.*

1 Uvod

Beseda holizem je grškega izvora in pomeni celota. Koncept holistična zdravstvena nega je v terminologiji nejasen. Glavne značilnosti so individualizem, celovitost, spoštovanje in opolnomočenje (Filej in Kaučič, 2019). V Slovarju slovenskega knjižnega jezika koncept holističen razlaga »ki obravnava človeka celovito, tako da pri zdravljenju bolezni upošteva medsebojno učinkovanje telesnih, duševnih in družbenih dejavnikov« (SSKJ).

Za začetnico holistične zdravstvene nege velja Florence Nightingale, ki je v skrbi za pacienta vključila tudi skrb za njegovo okolje, ki bi pripomoglo k hitrejšemu okrevanju pacienta. Holistična zdravstvena nega ima drugačno filozofijo pristopa pri zdravljenju pacienta. Vključuje skrb za celega človeka z vsemi njegovimi strahovi, čustvi, ekonomskimi zmožnostmi, kulturnimi in duhovnimi značilnostmi. Holistična medicinska sestra poskuša

pacienta razumeti celostno in hkrati vključiti kritično razmišljanje, ki bi pripeljalo k hitrejšemu izboljšanju stanja pacienta.

1.1 Holistična zdravstvena nega

Holistična zdravstvena nega ima začetne temelje na delu Florence Nightingale, ki je poudarjala povezavo med bolnikom in njegovim okoljem. Njena filozofija poudarja, da mora medicinska sestra pri svojem delu uporabljati svoje možgane, srce in roki, da lahko ustvari okolje, ki bo zdravilno za nego bolnikovega telesa, uma in duha. Holistična zdravstvena nega izhaja iz filozofij holizma in humanizma (Frisch in Rabinowitsch, 2019). Dossey je razvil holistično teorijo, ki se nanaša na teorijo Florence Nightingale in holistični pogled filozofa Wilburja (Wilber, 1999), ter dodal, da holistična teorija zdravstvene nege ne izključuje drugih teorij zdravstvene nege. Holistična zdravstvena nega ima drugačno filozofijo, kako pristopiti k zdravljenju pacienta, nima pa drugačnih metod dela (Filej in Kaučič, 2019). Poleg klasične medicine vključuje še alternativno in komplementarno medicino. V holistični zdravstveni negi človeka gledamo kot celoto in ga ne obravnavamo samo po telesnih odstopanjih, saj je fiziološko, psihološko, socialno in duhovno bitje. Holistična zdravstvena nega temelji na holizmu in poudarja, da se poleg zdravljenja z zdravili in nege, zraven vključuje tudi druge načine zdravljenja, kot je izobraževanje pacienta o njegovi bolezni, druge oblike zdravljenja, kot npr. alternativo, masažo, vključuje njegovo osebno sodelovanje, upošteva njegovo mnenje, njegovo kulturo, njegova čustva. Koncept obsega tri kategorije: kulturno občutljivo oskrbo, k pacientu usmerjeno oskrbo (temelj ima na medosebni komunikaciji in odnosih med pacientom in zdravstvenimi osebjem; nanj vplivajo še zunanji dejavniki kot so pomanjkanje kadra, tehnologija, finančna sredstva, ...) in duhovno dobro počutje (Tjale in Bruce, 2007). Holistično obravnavo pacienta omogočata koncepta k pacientu usmerjena zdravstvena oskrba in kulturne komponente zdravstvene oskrbe (Filej in Kaučič, 2019). Pristopa se prekrivata, zagotavljata pa kakovost zdravstvene oskrbe in kakovosten odnos med zdravstvenim strokovnjakom in kulturno raznolikim pacientom, ki je vstopil v zdravstveno oskrbo (Filej in Kaučič, 2019). Holistična zdravstvena nega se lahko uporablja na vseh nivojih zdravstva, tako na primarnem, sekundarnem, kot terciarnim nivoju. V Ameriki je bilo leta 1980 ustanovljeno ameriško združenje holističnih medicinskih sester (AHNA). Ameriško združenje medicinskih sester (ANA) je leta 2007 priznalo holistično zdravstveno nego kot specialno smer zdravstvene nege. V preteklosti je bila namreč večkrat razumljena kot neznanstvena, alternativna disciplina. AHNA se ravna po standardih, ki jih je postavila ANA, vključuje pa še svoje standarde prakse in na dokazih temelječe raziskave (AHNA, 2018). Priznava tudi povezanost med zdravjem in boleznijo, ter si prizadeva za istočasno zdravljenje telesa, uma in duše na kateri koli točki življenjskega spektra (American Holistic Nursing Association, 2012), kar druge specialnosti ne priznavajo. Holistični zdravstveni negi združenje pripisuje večjo vlogo kot le osnovno zadovoljevanje človekovih fizičnih, psihičnih, socialnih in duhovnih potreb, upoštevajo tudi pacientove vrednote in prepričanja o zdravju in bolezni, upoštevajo proces zdravljenja, ter v obravnavo vključujejo integrativne in komplementarne načine obravnave (Filej, 2014). Poleg filozofije, celovite zdravstvene nege, komunikacije, zdravstvenega okolja, kulture vključujejo še v svojem delu izobraževanje in holistično samooskrbo. Ameriško združenje holističnih medicinskih sester holistično nego opredeljuje kot oskrbo, ki ima za cilj ozdravitev pacienta kot celote. V Braziliji v zdravstveni negi opisujejo premik od biološko-medicinsko-tehničnega modela k modelu oskrbe. Le ta temelji na umetnosti in znanosti o tehnično-znanstveni in humanistični oskrbi (Riegel in Crossetti, 2021). Ta premik je povečal poudarek na filozofiji in naukih Florence Nightingale, v medicinskih sestrah pa prebudil potrebo po celostnem razmišljanju, kjer se uporabljajo možgani, roke in srce za ustvarjanje zdravilnega okolja (Riegel in Crossatti, 2021). Medicinska sestra mora za kritično mišljenje imeti sposobnosti, ki vključujejo razumskost, duševne in čustvene navade. Le te vključujejo človeške odnose, ki se

soočajo s potrebo po kliničnih odločitvah (Riegel in Crossatti, 2021). Medicinska sestra zna postavljati negovalne diagnoze, le te pa naj bi upoštevale pacientovo življenje in njegove izkušnje. In poleg negovalnih diagnoz je v holistično zdravstveno nego potrebno vključiti še duhovno in čustveno noto in tako bi bile negovalne diagnoze v celoti usmerjene k pacientu (Riegel in Crossetti, 2018). Celostni pristop prispeva k razvoju kritičnega mišljenja (Riegel in Crossetti, 2018). Z celostnim kritičnim razmišljanjem v zdravstveni negi oz. holističnem kritičnim razmišljanjem, bi se zapolnile odprtine tako v znanju kot pri kliničnem odločanju medicinskih sester (Riegel in Crossetti, 2018).

1.2 Holistična medicinska sestra

Holistična medicinska sestra pomaga drugi osebi, da se razvija kot celotna oseba (Filej, 2014). V svetu je sestra z licenco, ki poleg tradicionalne zdravstvene nege v svoje delo vključuje še psihološko stanje pacienta, se z njim pogovarja o njegovih strahovih, čustvih, mu predstavlja drugačne načine spoprijemanja z bolečino, kot npr. masažo, akupunkturo, vključuje njegove socialne in ekonomske razmere, kulturo, ... Neprestano se mora izobraževati na več področjih, saj holistična zdravstvena nega ne pomeni le zdravstvene nege pacienta, vključuje tudi način razmišljanja, prakse in življenja, profesionalne in osebne odgovornosti. Holistične medicinske sestre naj bi holistična načela vključevale tako v njihovo poklicno pot kot tudi v svoje osebno življenje. Vsakega pacienta obravnavajo individualno. Pacienti jih opisujejo kot medicinske sestre, ki resnično skrbijo zanje, medicinske sestre, ob katerih se ne počutijo kot številka ali celo breme. Čeprav je v sedanjem času velika obremenitev (preobremenitev) medicinskih sester, je treba najti neko ravnotežje med vsemi dolžnostmi in odgovornostmi. Prizadevati se je potrebno, da čas, ki ga preživimo s pacientom najbolje izkoristimo, da poleg zdravstvenega posega, ki ga je potrebno opraviti pri pacientu, vključujemo sproti še primerno komunikacijo, njegove strahove, njegova čustva, razlago njegovega stanja, postavite sliko njegovih domačih na njem vidno mesto, ga izobražujte o njegovi bolezni, vprašajte po potrebi obiska duhovnika in podobno. Vse to vodi do boljših rezultatov pacientovega stanja in boljšega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. S holistično zdravstveno nego lahko medicinska sestra bolj kakovostno obravnava pacienta. F. Nightingale je veliko prispevala k celostnemu kritičnemu razmišljanju v zdravstveni negi. Pojasnila je, da je terapijo lahko uvede, vendar zdravljenje ni vedno mogoče, in da ozdravitev znakov bolezni ne ozdravi bolezni, ozdravi le fizične znake, medtem ko na duhovno stanje človeka ne vpliva. In ravno duhovnost v zdravstveni negi je eden od temeljnih stebrov holistične zdravstvene nege (Riegel in Crossetti, 2021). Tu je poudarek na harmoniji, ravnovesju, oskrbi osredotočeni na osebo ali skupnost, ki je v stalni povezavi z okoljem, celovita skrb do osnovnih človeških potreb, obravnava duhovnega in bio-psiho-socialnih vidikov pacienta, razvoj naravnih metod za zdravljenje in podobno (Riegel in Crossetti, 2021). Kritično in celostno razmišljanje medicinske sestre je pogoj za holistično zdravstveno nego. Tako razmišljanje je kakovostno, je proces presoje, osredotočen na odločitev, kaj storiti in od ljudi zahteva, da imajo podlago za vse, kar govorijo (Riegel in Crossatti, 2021). Florence pravi, da bi morala medicinska sestra kritično razmišljati o oskrbi pacientov in narediti tisto, kar bi pripeljalo k ozdravitvi, pri čemer bi bilo potrebno okrepiti razvoj kritičnega in celostnega načina razmišljanja pri medicinskih sestrah v vsakdanjem življenju in praksi.

Namen prispevka je s pregledom literature raziskati koncept holistične zdravstvene nege in prednosti le te na različnih nivojih zdravstvene dejavnosti. Pregledati ali učni načrti sledijo uvajanju holistične zdravstvene nege in razvijajo pri študentih učenje kritičnega mišljenja, ter povezovanje teoretičnega dela s prakso. Raziskati ali je pri delu MS prisotno kritično razmišljanje in ali je celovit pristop uspešnejši in hitrejši pri izboljšanju stanja pacienta. Pregled literature nam je dal vpogled o uporabi in učinkovitosti holistične nege na različnih področjih

zdravstvene nege, do katerih so prišli avtorji z različnimi raziskovalnimi metodami, ter učnih načrtih o holistični zdravstveni negi.

2 Metode

2.1 Metode pregleda literature

Izvedli smo sistematičen pregled literature, ki je vsebovala ključne besedne zveze. Literaturo smo iskali v publikacijah, ki so imeli izvirne znanstvene članke in pregledno znanstvene članke, objavljene v letih od 2017 do leta 2022. Omejitveni kriteriji iskanja so bili članki objavljeni v letih 2017 do leta 2022, iskali smo članke napisane v angleškem ali slovenskem jeziku, ki imajo objavljeno celotno besedilo. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »holistična zdravstvena nega«, »holistična oskrba«, »celostna obravnava pacienta«, »celostna oskrba«, »celostna zdravstvena nega«, »holistic nursing«, »holistic care«, »holistic health care«, »holistic nurses association«. Uporabili smo podatkovne baze PubMed, Cobiss, Google učenjak, Cinahl.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

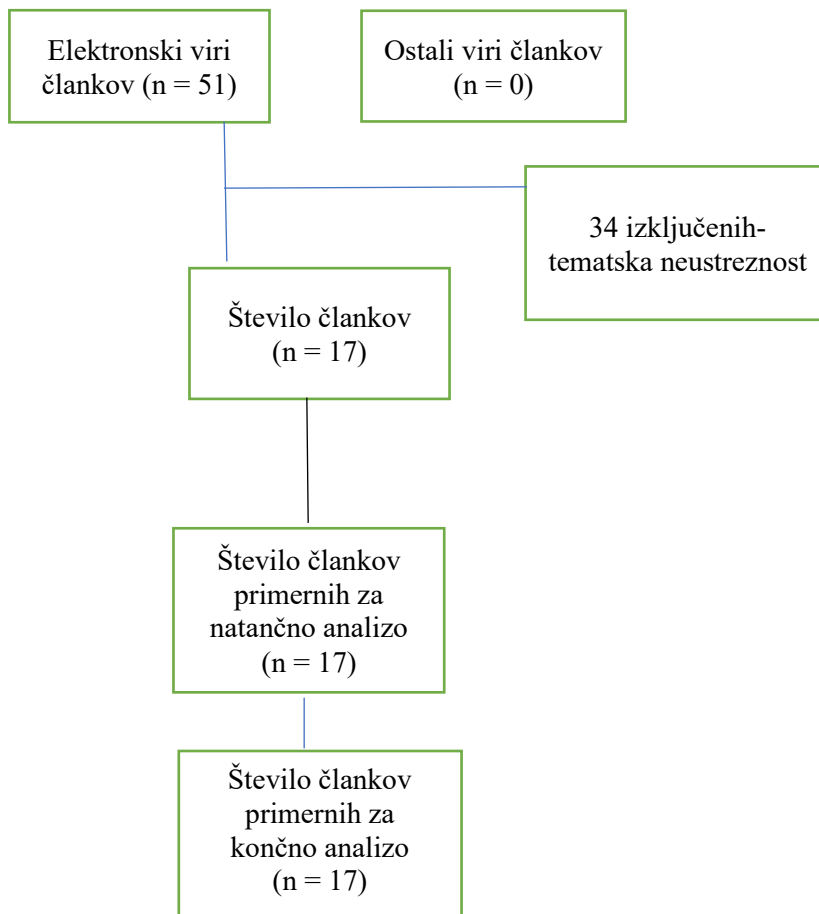
Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
vrsta publikacij	izvirni znanstveni članki pregledni znanstveni članki	članki objavljeni v zbornikih konferenc strokovni članki
časovno obdobje objav	2017–2022	starejši od 5 let
jezik	angleški, slovenski	drugi jeziki
dostop	celotna besedila	izvlečki
ključne besede	holistična zdravstvena nega, holistična oskrba, celostna obravnava pacienta, celostna oskrba, celostna zdravstvena nega, holistic nursing, holistic care, holistic health care, holistic nurses association	drugo
bibliografske baze podatkov	PubMed, Cobiss, Google učenjak, Cinahl	

Vir: Lastni vir, 2022.

2.2 Strategija pregleda zadetkov

Našli smo 51 člankov, izključili 34 zaradi tematske neustreznosti. V raziskavo smo vključili 17 člankov, ki niso bili starejši od 5 let. Vsi so bili v angleškem jeziku. Po tipologiji jih je bilo 10 izvirno znanstvenih člankov in 7 pregledno znanstvenih člankov. Glede na raziskovalno paradigmo jih je imelo 8 člankov kvalitativno raziskovalni proces in 9 kvantitativno raziskovalni proces.

Slika 1: Prizma diagram



3 Rezultati

Na podlagi kriterijev smo opisali 17 primernih člankov o holistični zdravstveni negi.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

<i>Avtor, letnica objave članka</i>	<i>Tipologija članka</i>	<i>Raziskovalna paradigma</i>	<i>Ugotovitev</i>
1. Colitti, C. idr. (2017)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativna metoda, ocena stanja geriatričnega pacienta z dvema različnima metodama postopkov oskrbe	Študija in pregled literature sta pokazala, da je potrebno pregledati, dopolniti, spremeniti modele in organizacijske strukture procesa zdravstvene nege v vzgojnih metodah in ciljih, ter pedagoških ciljih, da bi bila zdravstvena nega celostna in hkrati osredotočena na pacienta, saj se je trenutno uporabljeni instrument izkazal za pomanjkljivega. V študiji se uporablja nov, bolj strukturiran instrument, ki je analiziral stanje, občutke, počutje pacienta po lestvicah in hkrati podajal realne rešitve glede na trenutno oceno stanja. Pri študentih je treba spodbujati razvoj kritičnega mišljenja in povezovanje teoretičnega dela s prakso.

2. Riegel, F. idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	Teoretični razmislek, ki temelji na kvantitativnih znanstvenih revijah, bazah podatkov in produkcijah o teorijah Florence Nightingale	Teorija F. Nightingale je odločilna pri zapolnitvi manka v znanju, povezanih s holistično razsežnostjo pri izvajanju postopka zdravstvene nege. Namenjena je natančnemu kliničnemu odločanju medicinskih sester. Nujno je, da medicinske sestre uporabljajo Nightingalovo holistično filozofijo in predpostavke v zdravstveni negi, saj bolniki poleg specializiranih medicinskih sester, ki pomagajo bolniku pri reševanju njegovih kliničnih znakov bolezni, pričakujejo tudi kaj več, kot je npr. sočutje in širši pogled na njegovo okolje.
3. Benjamin, L. S. (2020)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop, 240 udeležencev (102 v kontrolni skupini)	Študija je imela 2 skupini. Prva skupina je imela izobraževanje o celostni zdravstveni negi, primerjalna skupina pa le osnovno izobraževanje. Bolj uspešna je bila prva skupina. Celostna nega uporablja običajne in dopolnilne pristope pri zdravljenju raka, ima poudarek na celotnem pacientu, vključuje čustveni, duhovni, socialni in življenjski slog. Onkološke medicinske sestre so na mestu, da stopijo v nove vloge, ki poudarjajo izobraževanje bolnikov in družine in jim nudijo podporo, poleg osnovne naloge zdravstvene nege. Koncept celovite zdravstvene nege je treba poudariti pri dodiplomskih in podiplomskih učnih načrtih za pripravo kandidatov za prijavo na vzpostavljene programe, v katerih delujejo. Raziskovalka zaključuje z dejstvom, da je holistična intervencija tista, ki omogoča, da se bolniki z rakom sprostijo, pridobijo znanje o svoji bolezni in so hkrati deležni osnovnega zdravljenja.
4. Juanamasta, I. G. idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni proces, strategija iskanja PubMed, Cinahl, določitev ključnih besed, vključenih 10 člankov- glede na merila za vključitev	Celovita nega vključuje področje duhovne in bio-psiho-socialne osebe. Cilj te študije je bil pojasniti, kako ljudje s sladkorno boleznijo upravljajo svoje celostno zdravljenje. Pričakuje se, da bo celostno upravljanje zdravljenja lahko izboljšalo stanje uma, čustev in vedenja bolnikov z DM, tako da bo glukoza v krvi urejena, kakovost življenja pa izboljšana. Bolnik s sladkorno boleznijo s pristopom holistične oskrbe vključuje

			psihosocialno podporo, spremembe življenjskega sloga, zdravstveno izobraževanje, zeliščno hrano in medicino, kulturo, jogo in tehnologijo. Vsak otok ali regija pa ima različne navade pri zaužitju hrane ali zdravil. Razlike v vsaki regiji so lahko ovira pri zdravljenju sladkorne bolezni. Zato je nujno treba v zdravljenje zajeti kulturo pacienta in dostopno tehnologijo.
5. Eriksson, I. idr. (2018)	Izvirni znanstveni članek	Opisni kvalitativni pristop s kvalitativnimi odprtimi intervjuji, 10 udeležencev	Izkušnje bolnikov z napredno zdravstveno sestro v primarnem zdravstvu. Osredotočili so se na pacienta kot celoto in ne le na trenutni zdravstveni problem. Bolniki so bili zadovoljni s celovitim zdravstvenim varstvom, ki ga je zagotovila napredna MS. Rezultati te študije so pokazali, da so bili bolniki zadovoljni s strokovnim holističnim pristopom. Udeleženci so videli, da strokovni pristop napredne medicinske sestre za napredno prakso vključuje zagotavljanje individualiziranega in celovitega zdravstvenega varstva, ki je bilo preneseno s spoštljivim in prilagodljivim pristopom.
6. Yang, B. idr. (2020)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativna študija, pregled dokumentacije	Hiter izbruh covid 19 in porast bolnikov s to boleznijo sta pripeljala do izčrpanosti zdravstvenega osebja. Po pregledu dokumentacije se predlaga model oskrbe pri upravljanju delitve časa za hude in kritične bolnike covid-19, ki vključuje oblikovanje individualiziranih ciljev in načrtov oskrbe, določitev nalog oskrbe v vsaki izmeni in izdelavo podrobnega kontrolnega seznama ter upravljanje kakovosti oskrbe. Medicinske sestre intenzivne nege po 4 h delavniku v intenzivni covid prestavijo drugam oz. jo zamenjajo z drugo medicinsko sestro.
7. Kotwani, P. idr.(2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativna metoda najboljših praks, 9 vključenih izvajalcev projekta in 10 bolnikov	Holistična nega ima velik vpliv na duševno zdravje pacienta, stopnjo okrevanja in zadovoljstvo bolnika s covid-19. Holistični medicinski pristop zajema sodobne in brezplačne metode zdravljenja. Holistična oskrba pokaže iznajdljivost in povračila uporabe brezplačne ali alternativne medicine v usklajenosti s sodobno medicino, vključno z zdravljenjem in

			<p>kirurškimi posegi. Holistična nega naj bi bila ugodna tako za ponudnika storitev kot za sprejemnika.</p> <p>Celovitost paketa celostne oskrbe, ponujenega v bolnišnici Parul Sevashram, ki je vključeval hranljivo prehrano in druge terapije za spodbujanje imunosti, je znatno pomagal pri okrevanju bolnikov.</p> <p>Poleg tega so imeli še jogo, meditacijo in dihanje, zabavne igre in knjige, predvajali so jim glasbo in tako dodatno sprostili psihološko stisko zaradi izolacije in bolezni.</p> <p>Povečala se je kakovost oskrbe in zmanjšal negativen psihološki učinek izolacije in hospitalizacije.</p>
8. Rathore, P. idr. (2020)	Pregledni znanstveni članek	Kvantitativni pristop, pregled mnenj zdravnikov paliativne oskrbe	<p>Več let se medicinska stroka v veliki meri zanaša na objektivno obvladovanje bolezni, ki vključuje le skrb za bolezen. Enako je sledilo tudi za pandemije. V zadnjem času je bilo očitno, da zdravljenje samo bolezni ne zdravi bolnika v celoti. Zdravljenje bolezni zagotavlja olajšanje samo telesni bolezni in za seboj pušča kompleksnejše psihološke, socialne in duhovne skrbi. Kakovost življenja pacienta je odvisna od lajšanja fizičnih simptomov in tudi od njegovega psihosocialnega in duhovnega počutja. Zato je potreben celovit pristop zdravljenja. Celovita skrb pomeni zadovoljitev fizičnih, čustvenih, socialnih in duhovnih potreb pacienta.</p>
9. Tilburgs, B. idr. (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kakovostni oz. kvalitativni raziskovalni pristop, pol strukturirani intervjuji s skupino dementnih ljudi in njihovih negovalcev, 10 intervjujev iz oči v oči, 10 po telefonu in 1 intervju fokusne skupine	<p>Raziskovali so ovire in prednosti vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe pri osebah z demenco s strani osebnih zdravnikov. Osebnim zdravnikom zmanjka časa za redne obiske.</p> <p>Medicinske sestre v praksi imajo več možnosti za redno izvajanje obiskov na domu in to so izpostavili kot možno rešitev. Model skupne oskrbe, kjer bi MS prevzele določene naloge splošnega zdravnika, bi zato lahko pripomogli k premagovanju časovne ovire in prispevali k izkoriščanju novo najdenih posrednikov in prispevali k boljšemu življenju dementnih pacientov. Naloge, ki bi jih prevzele, bi bile natančno napisane in dodeljene. Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe omogoča</p>

			kombiniran medicinsko zdravstveni, psihosocialni in duhovni pristop in s tem celovito oskrbo pacienta.
10. Shafran, R. idr. (2017)	Pregledni znanstveni članek	Kvantitativni raziskovalni pristop, pregled literature	Pregled izpostavlja več psiholoških težav za otroke in mlade, ki imajo kronično bolezen. Vključevanje psihološke oskrbe v pediatrično obravnavo doma je torej bistveno, če želimo izboljšati celostne izide pacientov. Metaanaliza je pokazala tudi srednje velike učinke za vedenjske in multikombinativne posege, ki so vključevali kombinacijo ene ali več socialnih podpor, družinske terapije in vedenjske ali izobraževalne podpore. Nasprotno pa so samo izobraževalni posegi in širši psihosocialni posegi, ki so bili osredotočeni samo na delovanje družine ali trenutno krizno intervencijo, ne kažejo pomembnejših učinkov. Posegi, ki temeljijo na tehnologiji, kot so igre ali merilniki glukoze, na splošno niso pokazali nobenega pomembnega učinka; dostavljeni so bili brez pravega navodila ali klinične podpore delavca.
11. Rajabpour, S. idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava, deskriptivna-korelacijska študija na O. I. JV Irana, SPSS19 za analizo podatkov	Delana je bila študija, koliko bolniki občutijo celostno oskrbo in o zadovoljstvu z zdravstveno nego. Študija je dokazala, da bolj, ko občutijo pacienti celostno obravnavo, bolj so zadovoljni z zdravstveno nego. Dokazala je tudi slabost celostne oskrbe. Študije kažejo na šibkost pri uporabi celostne oskrbe in omejeno pozornost medicinskih sester do duševnih, psiholoških in duhovnih dimenzij pacientov. V Iranu se med, sestre bolj zavzemajo za uresničevanje fizičnih zahtev, ostale vidike pacienta pa zanemarjajo. Dokazali so, da obstaja pomembna razlika med izobrazbo, zaposlitvenim statusom, zakonskim stanjem, prejšnjimi izkušnjami in vrsto bolnišnice, s splošnim zadovoljstvom pacienta.
12. Albaqawi, H. M. idr. (2017)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna korelacijska študija, 99 MS za intenzivno nego v 4 nacionalnih bolnišnicah	Preučevali so ozaveščenost medicinskih sester v enotah intenzivne nege o celostni oskrbi bolnikov v Savdski Arabiji. V tej študiji so se medicinske sestre intenzivne nege dobro zavedale praktičnosti oskrbe in fizioloških

			<p>potreb pacienta. Pomembne so jim identifikacija pacienta, ocena bolnikovega stanja, samooskrba pri higieni ter udobju in lažšanju bolečin pacienta. Delavnica za krepitev samooskrbe in mentorski program za nesaudske medicinske sestre lahko povečata ozaveščenost o celoviti nege in izboljšata prakso. Razvojni vidik holistične prakse se nanaša na bolnikovo poznavanje zdravstvenega stanja in pripravljenosti, da se nauči novih strategij za soočanje za lažjo vrnitev k zdravju. Duhovni del holističnega zdravstvenega varstva temelji na islamskem. Problem nesaudskih medicinskih sester je lahko vera; vendar se morajo zavedati bolnikovih drugačnih verskih potreb, zlasti v stresnih situacijah in se temu prilagoditi.</p>
13. Green, C. (2019)	Izvirni znanstveni članek	<p>Kvantitativna metoda raziskovanje standardizacije izobraževanja študentov, 25 študentov zdravstvene nege, pilotni projekt samooskrbe trajal 5 tednov, dva vprašalnika</p>	<p>Po 5 tednih holističnih izobraževalnih dejavnosti in intervencij, ki jih je zagotovila medicinska sestra, so rezultati pokazali, da so bili posegi izobraževalnih tehnik aromaterapije, vadbe, zdrave prehranjenosti in spanja koristni za študente zdravstvene nege pri njihovem zmanjšanju stresa, tesnobe. Samooskrba študentov je bila izboljšana po interaktivnem učnem posegu. Po zaključku projekta samooskrbe so študenti zdravstvene nege poročali o zmanjšanju stresa in povečani sposobnosti za delo, kljub temu da so bili izpostavljeni različnim stopnjam stresnih situacij.</p>
14. Riley, J. M. idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	<p>Kvalitativni raziskovalni proces, model 4 stebrov, ki temelji na predanosti in vedenju medicinske sestre</p>	<p>Model vloge MS temelji na 4 stebrih: strokovnost oz. profesionalnost, vodenje, izobraževalna praksa in upravljanje. Holistični model dodaja enakost vseh 4 stebrov. Zaradi narave svojega dela medicinske sestre potrebujejo holistični model, ki bo služil kot temelj njenemu življenju v praksi. Takšen model ponuja stabilnost v vedno spreminjajočem se zdravstvenem okolju. Holistični model Vzorna praksa življenja medicinske sestre poziva medicinske sestre, da se zavzemajo za razvoj vzorne prakse skozi celotno kariero.</p>

<p>15. Garmy, P. idr. (2021)</p>	<p>Pregledni znanstveni članek</p>	<p>Kvantitativna študija, filozofski pregled šolske zdravstvene nege</p>	<p>Ta članek je filozofski pregled šolske zdravstvene nege, ki jo uokvirja holistična teorija zdravstvene nege Barbare Dossey. Avtor opisuje uporabo holistične teorije zdravstvene nege znotraj področja delovanja šolske medicinske sestre. Pregled kaže, da lahko holistično teorijo zdravstvene nege uporabimo na več področjih šolske zdravstvene nege. Holistična teorija zdravstvene nege Barbare Dossey šolski medicinski sestri ponuja orodja za obravnavanje različnih izkušenj, čustev in potreb otrok. Zdravljenje se pojavlja na fizični, duševni, družbeni in duhovni ravni. Pomembno je, da ti deli medsebojno ustvarijo ravnovesje. Šolska medicinska sestra naj si vzame čas za aktivno poslušanje in skupaj z otrokom ali mladostnikom najde strategije za spodbujanje zdravja. Tretja sestavina holistične teorije zdravstvene nege zajema različna področja znanja v zdravstveni negi. Ta področja znanja pomagajo sestram, da so prisotne v sedanosti, da vključijo umetnost in znanost ter razvijejo etično občutljivost misli in delovanja. Šolsko zdravstvo temelji na delu med profesionalnimi ekipami. Izziv je povzeti in konkretizirati glavno teorijo. Namen ni prenesti Dossey-jeve holistične teorije zdravstvene nege v svoji zapletenosti. Šolske medicinske sestre imajo večplastno delo, ki vključuje srečanja z učenci, starši in šolskim osebjem.</p>
<p>16. Ng, Z. X. idr. (2017)</p>	<p>Pregledni znanstveni članek</p>	<p>Kvalitativen pristop, pregled literature o raku dojke v različnih državah, v različnih fazah okrevanja, izvor iz več virov, tudi PubMed</p>	<p>Dobra volja bolnice z rakom dojke je povezana s tem, kako dobro so izpolnjene njene telesne, socialne, psihološke, čustvene in duhovne potrebe. Te potrebe se zrcalijo tudi pri Maslowovi hierarhiji potreb in motivacijski teoriji psihologije. Tako naj bi bilo holistično zdravljenje pacienta, ob upoštevanju njegovega fiziološkega, psihološkega, socialnega in duhovnega počutja, včasih pa bi bilo treba vključiti v zdravljenje celo družino. Številne bolnišnice si prizadevajo za ta cilj z uvedbo boljše celovite ocene potreb in programov celovite oskrbe.</p>

17. Riegel, F. idr. (2018)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativen pristop, teoretični refleksijski članek	Teorija J. Watsona temelji na humanističnih, etičnih in duhovnih temeljih, upoštevajoč bio-psiho-duhovne-družbene potrebe posameznika, ki bistveno prispevajo k razvoju holističnega kritičnega razmišljanja. Je ena izmed temeljnih teorij v negovalnem holističnem kritičnem razmišljanju.
----------------------------	-----------------------------	--	--

Vir: Lastni vir, 2022

4 Razprava

Tabela 3: Sinteza člankov

Ugotovitve	Avtorji
Spodbujanje razvoja kritičnega mišljenja.	1., 17., 2.
Dopolniti, spremeniti, organizirati strukturo procesa ZN v izobraževanju.	1.
Celostna ZN oziroma holistična ZN zdravi pacienta v celoti in je osredotočena na pacienta.	1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 15., 16., 17.
F. Nightingale začetnica holistične ZN.	2.
V procesu zdravljenja ima kultura velik pomen.	4., 12.
Model oskrbe zaposlenih na intenzivnih oddelkih v kriznem času.	6.
Holistična ZN poveča kakovost oskrbe pacienta.	7., 9., 15.
Holistična ZN zmanjša negativni psihološki občutek hospitalizacije.	7., 16.
vnaprejšnje načrtovanje oskrbe vodi v celovito oskrbo pacienta.	9., 10.
Otroci s kron. boleznimi več psihičnih težav- uvesti celostno oskrbo na domu.	10.
Na splošno zadovoljstvo pacienta vpliva tudi njegova izobrazba, zakonski stan, zaposlitveni status, vrsta bolnišnice, prejšnje izkušnje z bolnišnico in podobno.	11.
Duhovnost, religija ima velik pomen pri oskrbi pacienta.	12., 17.
Izobraževanje holističnih intervencij in dejavnosti pri študentih zmanjša stres in poveča sposobnost za delo.	13.
Holistični modul ZN MS nudi stabilnost.	14.

Vir: Lastni vir, 2022.

Pregledani članki so dali širši vpogled v holistično zdravstveno nege na različnih področjih zdravstvene nege. V prvem članku so ocenjevali stanje geriatričnega pacienta z 2 različnima metodama postopka oskrbe. Na podlagi raziskave so ugotovili, da bi bilo potrebno dopolniti, nekoliko spremeniti in organizirati strukture procesa ZN v vzgojnih in pedagoških ciljih. ZN naj bi bila celostna in osredotočena na pacienta. Pri študentih je treba spodbujati razvoj kritičnega mišljenja in povezovanja teorije s prakso. V 2. članku so govorili o delu in teoriji F. Nightingale, ki velja za začetnico holistične ZN. Pacienti poleg specialnega znanja MS potrebujejo širši pogled na njihovo okolico, sočutje. Tretji članek raziskuje razliko med splošno ZN in celostno ZN pri rakavih pacientih. Holistična ZN je prava za delo s pacienti, saj poleg

osnovne obravnave pacienta vključuje še čustveno, socialno in duhovno plat pacienta. Četrty članek je vključeval iskanje člankov po ključnih besedah za raziskavo celostne nege pri pacientih s sladkorno boleznijo. Pacienti pri holistični oskrbi vključujejo poleg spremembe življenjskega stila in tehnologije, še zdravstveno izobraževanje, psihosocialno podporo in svojo kulturo. Zajetje kulture v procesu zdravljenja je zelo pomembno. V petem članku raziskujejo izkušnje pacientov s holistično ZN na primarnem zdravstvenem nivoju. Le ti prikazujejo, da so pacienti s takim načinom pristopa bolj zadovoljni kot le z osnovnim. V šestem članku so želeli s pregledom dokumentacije ugotoviti model oskrbe, ki bi v času hitrega porasta bolezni, kot je bil npr. Covid-19, zdravstvenemu osebju omogočil, da ne bi prihajalo do njihove prevelike izčrpanosti, kljub temu pa pacientom omogočal celostno oskrbo. Ugotovili so, da bi se morale osebe na intenzivnem oddelku menjavati na 4 ure. Sedmi članek govori, da ima holistična ZN velik vpliv na duševno zdravje, stopnjo okrevanja in zadovoljstva pacienta okuženega z covid-19. Holistična oskrba pokaže iznajdljivost, uvaja alternativno medicino, ki je usklajena s sodobno medicino, poveča se kakovost oskrbe, manjša se negativni psihološki učinek na hospitalizacijo in izolacijo. V osmem članku so zdravniki paliativne oskrbe podajali mnenja, da zdravljenje le bolezni ne zdravi pacienta v celoti. Takšno zdravljenje lajša telesne znake, pozablja pa na psihične, socialne in duhovne plati. Holistična ZN pa zadovoljuje vse te plati. V devetem članku so delali raziskavo na osebah z demenco in njihovimi spremljevalci. Ugotavljali so ovire in prednosti vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe na domu s strani osebnega zdravnika. Ovire, ki so jih odkrili so bile pomanjkanje čas osebnega zdravnika za redne obiske na domu. Le te bi lahko izvajale po točno določenih predpisih in točno določenem obsegu za to izobražene MS. Vnaprejšnje načrtovanje oskrbe vodi v holistično oskrbo pacienta. V desetem članku so po pregledu literature za otroke in mladostnike izpostavili, da imajo otroci s kroničnimi boleznimi več psihičnih težav. Če želimo izboljšati izvide otrok bi bilo potrebo vključiti psihološko oskrbo na domu, uvesti družinsko terapijo in socialno podporo. Samo izobraževalne vsebine, ki se nanašajo na trenutno stanje otroka, ne dajo pomembnih pozitivnih učinkov. V enajstem članku so na onkološkem inštitutu z raziskavo dokazali, da bolj ko pacienti občutijo celostno obravnavo, bolj so zadovoljni z ZN. Ugotovili so tudi, da na splošno zadovoljstvo pacienta vpliva tudi njegova izobrazba, zakonski stan, zaposlitveni status, vrsta bolnišnice, prejšnje izkušnje z bolnišnico in podobno. V dvanajstem članku so v Savdski Arabiji raziskovali ozaveščenost MS na intenzivnih oddelkih o celostni oskrbi pacienta. Pokazala je, da se MS dobro zavedajo fizičnih potreb pacienta in njegove oskrbe. Za nesaudske MS pa bi bile zelo dobrodošle delavnice za krepitev samooskrbe. Povečale bi ozaveščenost o celostni ZN. Problem se je vzpostavil tudi na področju religije. Saudska Arabija je islamska država, medtem ko so ne saudske MS večinoma muslimanske religije. V tem primeru se mora MS zavedati pacientove drugačnosti, zlasti v stresnih situacijah ne sme pozabiti na to. V trinajstem članku so delali raziskavo, ki je trajala 5 tednov. Študente so izobraževali holističnih intervencij in dejavnosti. Rezultati so bili zelo pozitivni. Študentje so po koncu izobraževanja poročali o znižanem stresu in povečani sposobnosti za delo, kljub temu da so bili dani v zelo stresno situacijo. V štirinajstem članku so proučevali modul MS, ki temelji na 4 stebrih. Ti so: vodenje, strokovnost, izobraževalna praksa in upravljanje. Holistična modul doda enakovrednost vsem 4 stebrom. Holistični modul MS potrebujejo zaradi narave dela, saj le ta nudi stabilnost v hitro spreminjajočem se zdravstvenem okolju. V petnajstem članku je pregled šolske ZN. Le to uokvirja holistična teorija Barbare Dossey. Tu holistična nega nudi orodja za obravnavanje različnih čustev, izkušenj, potreb otrok. Zdravljenje se pojavlja celostno, na vseh področjih. V 16. članku literatura o raku dojke pri ženski prikazuje, da je njihova dobra volja povezana z izpolnitvijo njenih telesnih, čustvenih, socialnih in duhovnih potreb. Potrebna je celovita oskrba pacientke. V sedemnajstem članku je prikazana teorija J. Watsona. Le ta ima podlago na humanističnih, etičnih in duhovnih temeljih, upoštevajoč celovitost posameznika. Le to prispeva k razvoju celovitega kritičnega razmišljanja.

Potrdila se je teorija o holistični ZN, da pacienta zdravi v celoti in da je osredotočena na pacienta na vseh nivojih zdravstvenega varstva, ki so jih opisovali v raziskavah. Predstavlja učinkovitejšo in boljšo obravnavo pacienta. Potrdilo se je tudi vprašanje, ali poveča kakovost oskrbe pacienta. S pregledom literature smo tudi ugotovili, da se s holistično ZN zmanjša negativni psihološki občutek hospitalizacije pacienta, ter da ima duhovnost oziroma religija in kultura velik pomen v procesu zdravljenja. Kultura in duhovnost pa sta vpleteni v holistično ZN, kar ponovno potrjuje, da je proces zdravljenja s vključitvijo holistične ZN učinkovitejši.

5 Zaključek

Holistična zdravstvena nega je filozofija in način življenja. Je celovita oskrba pacienta in ima pomembno vlogo pri pospeševanju procesa okrevanja pacienta. Obravnava telesne, duševne, čustvene, duhovne, socialne in ekonomske vidike pacienta. V ZN je holističen model zelo dobrodošel na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Potrebno bi bilo prilagoditi, spremeniti in dodati določene komponente v program izobraževanja, ki bi vzgojil bodoče holistične MS in jim spodbudil razvoj kritičnega mišljenja, ki bi ga v praksi uporabljale. V literaturi so dokazali, da holistična zdravstvena nega pozitivno vpliva tako na pacienta kot na medicinsko sestro. Trenutno je zaradi razmer (pomanjkanje kadra, epidemije) tak način dela zelo otežkočen, vendar bi v teh težkih časih prinesel svetel žarek za vse vpletene v proces zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Albaqawi, H. M., Butcon, V. R. in Molina, R. R. (2017). Awareness of Holistic Care Practices by Intensive Care Nurses in North-Western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal* August, 38(8), 826–831.
2. American Holistic Nurses Association (b.d.). Pridobljeno s <https://www.ahna.org>.
3. American Nurse (b.d.). Pridobljen s <https://www.myamericannurse.com/holistic-nursing>.
4. Benjamin, L. S. (2020). Holistic Nursing Upon the Knowledge on Care During Myelosuppression among Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(4), 1089–1096.
5. Eriksson, I. idr. (2018). Holistic Health Care: Patients' Experiences of Health Care Provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal Of Nursing Practice*, 24(1).
6. Filej, B. (2018). Pomen medkulturnosti za holistično obravnavo pacienta. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 30). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Filej, B. in Kaučič, B. M. (2019). Holistična in k pacientu / uporabniku usmerjena oskrba. Pridobljeno s <https://www.researchgate.net/publication/333719085>.
8. Garmy, P., Clausson, E. K., Janlöv, A. C. idr. (2021). A Philosophical Review of School Nursing Framed by the Holistic Nursing Theory of Barbara Dossey. *Journal of Holistic Nursing*, 39(3), 216–224.
9. Green, C. (2019). Teaching Accelerated Nursing Students' Self-Care: A Pilot Project. *Nursing open*, 7(1), 225–234.
10. Juanamasta, I. G., Aunguroch, Y., Gunawan, J. idr. (2021). Holistic Care Management of Diabetes Mellitus: An Integrative Review. *Int J Prev Med*.
11. Kotwani, P., Patwardhan, V., Patel, G. M. idr. (2021). A Holistic Care Approach to Combat the covid-19 Disease. *J Family Med Prim Care*, 10(2), 844–849.
12. Ng, Z. X., Ong, M. S., Jegadeesan, T. idr. (2017). Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and Beyond Treatment. *Healthcare (Basel)*, 5(2), 26.
13. Nursing Theory (b.d.). Pridobljeno s <https://nursing-theory.org/theories-and-models/holistic-nursing.php>.
14. Rajabpour, S., Rayyani, M. in Mangolian Shahrabaki, P. (2019) The Relationship between Iranian Patients' Perception of Holistic Care and Satisfaction With Nursing Care. *BMC Nurs*, 18, 48.

15. Rathore, P., Kumar, S., Haokip, N. idr. (2020). CARE: A Holistic Approach Toward Patients During Pandemic: Through the Eyes of a Palliative Physician. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(1), 95–98.
16. Riegel, F., Crossetti, M. D. G. O. in Siqueira, D. S. (2018) Contributions of Jean Watson's Theory to Holistic Critical Thinking of Nurses. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 2072–2076.
17. Riegel, F., Crossetti, M. D. G. O., Martini, J. G. idr. (2021) Florence Nightingale's Theory and her Contributions to Holistic Critical Thinking in Nursing. *Rev Bras Enferm*, 74.
18. Riley, J. M., Beal, J. A. in Ponte, P. R. (2021). The Exemplary Practice Life of the Nurse. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 37(5), 1018–1025.
19. Shafran, R., Bennett, S. D. in McKenzie Smith, M. (2017) Interventions to Support Integrated Psychological Care and Holistic Health Outcomes in Paediatrics. *Healthcare (Basel)*, 5(3), 44.
20. Slovar slovenskega knjižnega jezika (b. d.). Pridobljeno s <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>.
21. Tilburgs, B., Vernooij – Dassen, M., Koopmans, R. idr. (2018). The Importance of Trust-Based Relations and a Holistic Approach in Advance Care Planning With People With Dementia in Primary Care: A Qualitative Study. *BMC Geriatr*, 18(1), 184.
22. Yang, B., Gao, Y., Kang, K. idr. (2020). Holistic Care Model of Time-Sharing Management for Severe and Critical Covid-19 Patients. *World Journal of Clinical Cases*, 8(22), 5513–5517.

Posebnosti odškodninske odgovornosti v slovenskem zdravstvu

UDK 347.426.6:614.2(497.4)

KLJUČNE BESEDE: odškodninska odgovornost, zdravstvo, Slovenija

POVZETEK – Odgovornost izvajalca zdravstvene dejavnosti se v Sloveniji za škodo presoja praviloma kot poslovna odškodninska odgovornost, ki izhaja iz pogodbe o zdravljenju. Izjemoma izvajalec zdravstvene dejavnosti odgovarja kot poslodajca brez naročila, če opravi življenjsko nujno zdravstveno obravnavo za pacienta, ki ni sposoben privoliti. Slovenska pravna teorija in sodna praksa na splošno odklanjata stališče, da so medicinske naprave (na primer zobozdravniški svedri) nevarna stvar, zdravstvena dejavnost pa nevarna dejavnost, kar bi utemeljevalo objektivno odgovornost. Medtem ko za delo zaposlenega zdravnika po splošnih pravilih odgovarja njegov delodajalec, je z zakonom predpisano obvezno zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov, ki delajo neposredno s pacienti. Zakon o nalezljivih boleznih določa pogoje za objektivno odškodninsko odgovornost države za posledice obveznega cepljenja. Predpisi o zdravstvenem zavarovanju med drugim urejajo odškodninske terjatve Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Leta 2019 je Zdravniška zbornica Slovenije pripravila osnutek zakona o nekrivdni odgovornosti države v primeru zdravljenja, ki doslej (še) ni bil sprejet.

UDC 347.426.6:614.2(497.4)

KEYWORDS: civil liability, healthcare, Slovenia

ABSTRACT – In Slovenia, liability for damages of the healthcare service provider is generally assessed as contractual liability, resulting from the treatment contract. Exceptionally, the health service provider is liable according to the rules on benevolent intervention in another's affairs if emergency medical assistance is given to a patient who is not capable of consent. The Slovenian legal theory and case law do not consider medical devices (for example, dental drills) as dangerous things and medical services as dangerous activities, which would justify strict liability. While employers are liable for the work of doctors they employ according to general rules, doctors working directly with patients must be insured against liability for damages. The Infectious Diseases Act regulates the conditions under which the state assumes strict (no-fault) liability for the consequences of mandatory vaccination. The provisions on health insurance regulate, inter alia, compensation claims of the Health Insurance Institute of Slovenia. In 2019, the Medical Chamber of Slovenia prepared a draft law on strict liability in case of treatment, which has not yet been adopted so far.

1 Predmet in metode raziskave

Opravljanje zdravstvene dejavnosti je skozi zgodovino spremljal razvoj strokovnih in deontoloških pravil. Z napredkom medicinske znanosti in tehnologije ter urejanjem človekovih pravic na različnih življenjskih področjih odgovornost izvajalcev zdravstvene dejavnosti v sedanjem času postaja vse bolj pravno urejena. Tako Zakon o zdravniški službi (ZZdrS, 1999) opredeljuje zdravnika kot »temeljnega odgovornega nosilca opravljanja zdravstvene dejavnosti« (drugi odstavek 1. člena). Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, 1992) na splošno določa, da zdravstveni delavec opravlja delo ustrezno svoji izobrazbi in usposobljenosti ob razpoložljivi ustrezni opremi in za svoje delo prevzema »etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost« (55. člen).

Odškodninska odgovornost je le ena izmed pravno urejenih odgovornosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Njena ureditev vpliva na učinkovitost zdravstvenega sistema, položaj pacientov in ravnanje zdravstvenih delavcev (Frakes, 2015; Avraham in Schanzenbach, 2017).

Prispevek prikazuje posebnosti odškodninske odgovornosti na področju zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

Nekatere posebnosti se kažejo že pri uporabi splošnih pravil odškodninskega prava, ki jih povzemamo v naslednjem, drugem razdelku z metodo opisa in kompilacije ter analiziramo značilnosti posameznih vrst odškodninske odgovornosti. Posebnosti odškodninske odgovornosti na področju zdravstva je mogoče pripisati več razlogom. Po eni strani so številni vidiki zdravstvene dejavnosti urejeni s predpisi, ki temeljijo na načelu prostovoljnega zdravljenja in določajo tudi izjeme od tega načela (vprašanje pogodbene ali nepogodbene odškodninske odgovornosti). Zdravstveni predpisi posebej urejajo pojasnilno dolžnost zdravnika in zahtevo po obveščeni privolitvi pacienta v obravnavo, kar bistveno modificira (zastruje) splošna pravila o privolitvi oškodovanca v škodo. Poleg tega ima lahko vsak medicinski poseg za posledico ne le medicinsko napako, temveč tudi nezakrivljene komplikacije (zaplete), kar zastavlja vprašanje subjektivne (krivdne) ali objektivne odškodninske odgovornosti v zdravstvu. Končno na nastanek škode pri zdravljenju vplivajo različni, neposredni in posredni vzroki, ki med seboj tudi součinkujejo, zato je pogosto težavno z gotovostjo dokazati vzročno zvezo med posameznim škodljivim dejstvom in škodo.

Zdravstveni predpisi posebej urejajo objektivno odgovornost države za škodo zaradi obveznega cepljenja (tretji razdelek) in odškodninske terjatve ter odgovornost Zavoda za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (četrti razdelek). Leta 2019 je Zdravniška zbornica Slovenije pripravila osnutek zakona, ki bi urejal objektivno odgovornost za škodo pri zdravljenju in doslej ni bil predlagan v zakonodajni postopek (peti razdelek). Sklepni, šesti razdelek sintezno povzema ugotovitve glede sedanje in prihodnje ureditvi odškodninske odgovornosti v zdravstvu.

2 Odškodninska odgovornost v zdravstvu v splošnih predpisih

Obveznostna razmerja v Sloveniji ureja predvsem Obligacijski zakonik (OZ, 2001), ki v temeljnih določbah med drugim povzema že v rimskem pravu znano prepoved povzročanja škode (»Neminem laedere«, 10. člen). Ta zakonik ureja več vrst odškodninske odgovornosti.

V II. poglavju (z naslovom »Nastanek obveznosti«) OZ (2001) ureja pravno podlago za nepogodbeno ali, boljše, neposlovno odškodninsko odgovornost. Za to vrsto odškodninske odgovornosti je značilno, da obveznost povrnitve škode nastane že v trenutku, ko se izpolnijo z zakonom določene predpostavke odškodninske odgovornosti, ne da bi bila škoda posledica kršitve pogodbene ali druge poslovne obveznosti dolžnika proti upniku. Poenostavljeno rečeno, neposlovna odškodninska odgovornost izhaja iz zakona, neodvisno od tega, ali med odgovorno osebo in oškodovancem obstaja kakšna pogodba oziroma drugo poslovno razmerje ali ne. Poslovna odškodninska odgovornost pa predpostavlja pogodbeno (poslovno) razmerje med odgovorno osebo in oškodovancem.

Neposlovna odškodninska odgovornost je praviloma krivdna. Na podlagi neposlovne odgovornosti oškodovanec lahko uveljavi odškodninski zahtevek tako, da dokaže (1) škodljivo dejstvo (protipravnost), (2) nastalo (premoženjsko ali nepremoženjsko) škodo in (3) vzročno zvezo med škodljivim dejstvom in škodo, medtem ko mora - drugače kot v kazenskem pravu - povzročitelj škode dokazati, da ni kriv, sicer se njegova krivda (kot četrta

predpostavka krivdne neposlovne odgovornosti) domneva (OZ, 2001, prvi odstavek 131. člena).

V določenih primerih povzročitelj odgovarja za škodo ne glede na krivdo (objektivna odgovornost). Takšna je odgovornost imetnika nevarne stvari ali izvajalca nevarne dejavnosti za škodo, ki jo povzroči drugim z nevarno stvarjo ali nevarno dejavnostjo (OZ, 2001, drugi odstavek 131. člena). Katera stvar ali dejavnost je nevarna, v zakonu ni določeno, temveč o tem vprašanju odloča sodišče po presoji okoliščin vsakega primera posebej.

OZ (2001) v določbah o odgovornosti za škodo od nevarne stvari ali nevarne dejavnosti ureja tudi odgovornost imetnikov premikajočih se motornih vozil (ki se sicer štejejo za nevarne stvari) za škodo tako v razmerjih med njimi samimi kot med njimi in tretjimi oškodovanimi osebami (154. člen) ter objektivno odgovornost proizvajalca za napako in nevarne lastnosti proizvoda (155. člen).

Posebne določbe vsebuje OZ (2001) tudi za objektivno in krivdno odgovornost v nekaterih ožje določenih primerih (156. do 163. člen). Med temi primeri je z zdravstveno dejavnostjo najbolj povezana odgovornost osebe, ki brez nevarnosti zase ali drugega ne pomaga tistemu, katerega življenje ali zdravje je ogroženo, za škodo, ki bi jo morala takšna oseba predvideti (opustitev nujne pomoči, OZ, 2001, 161. člen).

Poslovno odškodninsko odgovornost, to je odgovornost za škodo, ki jo dolžnik povzroči upniku s kršitvijo pogodbene oziroma druge poslovne obveznosti, OZ ureja v III. poglavju (z naslovom »Učinki obveznosti«, prim. zlasti drugi odstavek 239. člena). Poslovna odškodninska odgovornost torej predpostavlja pogodbeno (poslovno) vez med odgovorno osebo in oškodovancem, saj brez pogodbe ali posla dolžnik ne bi imel obveznosti do upnika in te obveznosti, če je ne bi bilo, dolžnik tudi ne bi mogel kršiti z nepravilno izpolnitvijo v najširšem smislu besede (z neizpolnitvijo, izpolnitvijo z zamudo ali izpolnitvijo z napakami, Plavšak, 2020, str. 814).

Opisane vrste odškodninske odgovornosti se razlikujejo v številnih podrobnostih, zlasti pa glede razlogov, zaradi katerih se odgovorna oseba razbremeni (oprosti) odgovornosti za škodo.

Krivdne odškodninske obveznosti se odgovorna oseba lahko razbremeni, če dokaže, da ni kriva za nastanek škode. V odškodninskem pravu krivdo opredeljujejo kot neskrbnost ravnanja. Povzročitelj je kriv za škodo, če je vedel, da bo nastala prepovedana posledica (naklep) ali bi se moral zavedati, da njegovo ravnanje lahko povzroči škodo (malomarnost). Zakon razlikuje hudo in lahko malomarnost. Merila za razmejitev hude od lahke malomarnosti v OZ (2001) za strokovnjake pri opravljanju njihove dejavnosti predpostavljajo višjo raven skrbnosti (skrbnost dobrega strokovnjaka) kot za laike (neprofesionalne osebe). Teorija šteje, da neprofesionalna oseba ravna hudo malomarno, če ne predvidi škode, ki je običajna posledica svojega ravnanja, z lahko malomarnostjo pa tedaj, če bi večina razumnih ljudi v enakih okoliščinah predvidela škodo. Huda malomarnost strokovnjaka pa obstaja že, ko njegovo ravnanje odstopa od ravnanja večine razumnih ljudi, medtem ko je mogoče strokovnjaku lahko malomarnost očitati takrat, ko bi kot strokovnjak moral predvideti škodljivo posledico (Plavšak, 2020, str. 589).

Neposlovne objektivne odgovornosti za škodo se lahko odgovorna oseba razbremeni samo, če dokaže, da je škodo povzročil vzrok, ki ga ni mogla pričakovati, preprečiti ali ga odvrniti (višja sila, OZ, 2001, 153. člen).

Razlog za oprostitev poslovne odškodninske odgovornosti je podoben razlogu za razbremenitev objektivne odškodninske odgovornosti: dolžnik je prost odgovornosti za škodo,

če dokaže, da je škoda nastala zaradi okoliščin, ki so nastale po sklenitvi pogodbe in jih ni mogel preprečiti, odpraviti ali se jim izogniti (OZ, 2001, 240. člen).

Razmerje med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in pacientom urejajo številna, pretežno prisilna zakonska pravila, ki jih vsebujejo Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej, 1992), Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, 2008), Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) in drugi predpisi.

ZZDej (1992) določa dolžnost zdravstvenih delavcev in sodelavcev, da opravljajo zdravstveno dejavnost v skladu s sprejeto zdravstveno doktrino in s kodeksom medicinske deontologije oziroma z drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi (45. člen). Na podlagi ugotovitve, da dolžnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti in s tem pravno podlago za odškodninsko odgovornost teh izvajalcev opredeljuje zakon, so sodišča v Sloveniji sprva odškodninsko odgovornost za zdravniško napako presojala po pravilih krivdne neposlovne odgovornosti (tako na primer Višje sodišče v Ljubljani, Sodba II Cp 2457/2009 z dne 2. 9. 2022). Podobno so odškodnine zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti zdravnika, ki jo je najprej uredil ZZDej (1992), sodišča sprva prisojala po pravilih o neposlovni odgovornosti za škodo (Višje sodišče v Ljubljani, Sodba II Cp 3141/2011 z dne 4. 4. 2012).

Do vprašanja, ali je zdravstveno dejavnost treba šteti za nevarno dejavnost, kar bi utemeljevalo neposlovno objektivno odškodninsko odgovornost ne glede na krivdo, je sodna praksa zavzela načelno odklonilno stališče z utemeljitvijo, da »pri zdravljenju ni mogoče govoriti o nevarni dejavnosti, zaradi katere bi bilo upravičeno uporabiti pravila o objektivni odgovornosti zaradi ogrožanja« (Višje sodišče v Ljubljani, Sodba II Ips 889/2009 z dne 25. 3. 2010, 9. točka), čeprav ni povsem zaprla vrat za uveljavljanje objektivne odgovornosti za škodo »zaradi posebnih okoliščin« (Višje sodišče v Ljubljani, Sodba I Cp 1011/2012 z dne 13. 3. 2013). V primeru, ko je škoda nastala zaradi nepravilnega delovanja medicinskega aparata, je sodišče utemeljevalo, da »ob pravilnem delovanju aparat ne pomeni večje nevarnosti za okolico, ki se ji imetnik ob vsej svoji skrbnosti ne bi mogel izogniti in jo preprečiti« (Vrhovno sodišče Republike Slovenije, Sodba II Ips 662/2005 z dne 7. 1. 2008). V času, ko je bila ugotovljena neustavnost Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB, 1995), ker ni določil objektivne odgovornosti države za škodo po obveznem cepljenjem, zakon pa v tem pogledu še ni bil usklajen z ustavo, so sodišča obvezno cepljenje že štela za »povečano nevarnost nastanka škode« (Vrhovno sodišče Republike Slovenije, Sodba II Ips 1253/2008 z dne 31. 5. 2012). Delovna sodišča so v nekaterih primerih prisodila denarno odškodnino zaposlenim na podlagi objektivne odgovornosti zdravstvenega zavoda kot delodajalca za nevarno delo (na primer zaradi okužbe, tako Višje delovno in socialno sodišče, Sklep Pdp 237/2013 z dne 27. 6. 2013).

Zunaj zdravstvene dejavnosti nastalo škodo sodišča presojujejo po splošnih predpisih: pacientka, ki si je poškodovala nogo ob vstopu v zdravstveni dom na tleh, prekritih s prahom in peskom zaradi gradbenih del, je uveljavila odškodnino na podlagi objektivne odgovornosti zdravstvenega zavoda (Vrhovno sodišče Republike Slovenije, Sodba in sklep II Ips 683/2007 z dne 26. 8. 2010). Bolnišnica, ki je prevzela osebne dokumente pacienta, vključno z bančno kartico, ki jo je kasneje nekdo zlorabil, je odgovarjala po pravilih o objektivni odgovornosti gostinca za gostove stvari (Višje sodišče v Ljubljani, Sklep II Cp 2974/2016 z dne 22. 2. 2017).

Sodišča opredeljujejo medicinsko napako kot »ravljanje oziroma opustitev ravnanj v nasprotju s strokovnimi, poklicnimi standardi vedenja in ravnanja, ki so veljavni na področju medicine v času škodnega dogodka« (Višje sodišče v Ljubljani, Sodba I Cp 108/2019 z dne 29. 5. 2019). Protipravnost je neskrbno ravnanje, ki ni skladno z zahtevano skrbnostjo strokovnjaka (OZ, 2001, drugi odstavek 6. člena).

Od medicinske napake teorija in sodna praksa razlikujeta zaplet ali komplikacijo kot »slab dogodek«, ki ga ni mogoče pripisati neskrbnosti izvajalca zdravstvene dejavnosti, ker se lahko pojavi tudi med zdravljenjem, ki sicer poteka strokovno neoporečno in s kar največjo skrbnostjo (prim. Vrhovno sodišče Republike Slovenije, Sodba II Ips 1145/2008 z dne 22. 1. 2010; Rijavec, 2017, str. 46).

Odškodninska odgovornost v zvezi z zapleti lahko nastane zaradi kršitve zdravnikove pojasnilne dolžnosti, ki je določena z namenom, da pacient pridobi vse relevantne informacije za privolitev v poseg. Te informacije morajo vključiti tudi tveganja, ki vplivajo na odločitev o posegu. To niso samo tipična in statistično značilna, temveč tudi redka tveganja, če njihova uresničitev ogroža življenje in zdravje pacienta bolj kot sama nevarnost opustitve posega.

Načelo, da se tistemu, ki privoli, ne godi krivica (»Volenti non fit iniuria«, 140. člen OZ, 2001), je v na področju zdravstva bistveno nadgrajeno z zahtevo po kvalificirani, obveščeni privolitvi pacienta v medicinski poseg. Vzročna zveza med kršitvijo pojasnilne dolžnosti in škodo ni neposredna, temveč obstaja tedaj, če bi pravilno izpolnjena pojasnilna dolžnost lahko preprečila zaplet in s tem škodo (Višje sodišče v Ljubljani, Sodba II Cp 1577/2018 z dne 7. 11. 2018).

Tudi v zdravstvu delodajalec po splošnih predpisih odgovarja za škodo, ki jo delavec povzroči pri delu ali v zvezi z delom, razen če dokaže, da je delavec v danih okoliščinah ravnal tako, kot je bilo treba. Načeloma gre za krivdno odgovornost, razen če škoda izvira iz nevarne stvari ali nevarne dejavnosti. Tretja oseba lahko zahteva povračilo škode neposredno od delavca le, če je delavec namenoma povzročil škodo. Delodajalec lahko zahteva povračilo plačane odškodnine od delavca le, če je ta povzročil škodo namenoma ali iz hude malomarnosti (OZ, 2001, 147. člen).

Posebnost odškodninske odgovornosti v zdravstvu je, da mora biti zasebni zdravnik zavarovan proti odgovornosti za škodo, medtem ko za zaposlene zdravnike takšno zavarovanje sklene njihov delodajalec (ZZdrS, 1999, 61. člen).

Čeprav so nekateri pravni teoretiki že v devetdesetih letih zastopali stališče, da je odškodninska odgovornost izvajalcev zdravstvenih storitev praviloma pogodbeno prim. (Polajnar Pavčnik, 1990, str. 92–98), je to stališče v sodni praksi prevladalo v zadnjem desetletju. Oporo za takšno stališče je prinesla zakonodaja o pacientovih pravicah, zlasti do obveščenosti, sodelovanja in samostojnega odločanja o zdravljenju (ZPacP, 2008, 5. člen). Vrhovno sodišče Republike Slovenije je leta 2018 sprejelo stališče, da je razmerje med izvajalcem zdravstvenih storitev in pacientom praviloma pogodbene narave, iz katerega izhaja pogodbeno odškodninska odgovornost. Izjemoma je odgovornost za zdravniško (medicinsko) napako neposlovna tedaj, ko gre za nujni poseg in pacient zaradi svojega stanja ne more veljavno oblikovati svoje volje. Pogodbene obveznosti izvajalca zdravstvenih storitev s pacientom ne zajemajo le zdravljenja v ožjem smislu, ki predstavlja »poseg v pacientovo telesno integriteto«, temveč tudi »tudi vse ostale ukrepe in obveznosti, predpisane z zakonom (zdravstvena dejavnost v širšem smislu), kamor sodi tudi pojasnilna dolžnost«. Pojasnilna dolžnost ni pogoj za veljavno sklenitev pogodbe o zdravljenju, temveč je sestavni del sklenjene pogodbe o zdravljenju. Zato ima kršitev pojasnilne dolžnosti za posledico praviloma poslovno odškodninsko odgovornost (Sodba II Ips 290/2017 z dne 17. 5. 2018, 16. točka).

Pri odškodninskih zahtevkih v zdravstvu je pogosto težavno dokazati vzročno zvezo med škodnim dejstvom in škodo. Škoda v obliki okvare zdravja ali smrti je običajno posledica delovanja več vzrokov. V takšnih primerih se pri odločanju o odgovornosti uporabi mejni prag zadostne verjetnosti tako, da se škodni dogodek pripiše vzroku, ki je povzročil škodo z več kot 50-odstotno stopnjo verjetnosti (Plavšak, 2020, str. 571).

3 Odškodninski zahtevki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, kot javno službo izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) tako, da zavarovanim osebam zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače in povračilo potnih stroškov (ZZVZZ, 1992, 13. in 69. člen). Ta zavod ima pravico do povračila škode, če je nekdo povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe, čeprav so nevarnosti zajete z zdravstvenim zavarovanjem (ZZVZZ, 1992, 86. do 89. člen). Za takšno škodo zavodu odgovarja zavarovalnica, pri kateri ima tisti, ki je s prometnim sredstvom povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno obvezno avtomobilsko zavarovanje, oziroma oseba, ki je odgovorna za okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe namenoma ali iz malomarnosti (na primer delodajalec, ki ni izvedel predpisanih ukrepov varstva pri delu ali je sklenil delovno razmerje brez predpisanega zdravstvenega pregleda delavca, ali sama zavarovana oseba, ki ni posredovala resničnih podatkov). Po splošnih obligacijskih predpisih Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije odgovarja tudi zdravstveni zavod oziroma zasebni zdravstveni delavec za škodo, ki jo povzroči pri opravljanju zdravstvene dejavnosti ali v zvezi z njenim opravljanjem (ZZVZZ, 1992, prvi odstavek 94. člena).

4 Objektivna odgovornost države za škodo, povzročeno z obveznim cepljenjem

Po oceni Ustavnega sodišča Republike Slovenije obvezno cepljenje posega v ustavne pravice posameznika do odločanja o samem sebi, do varstva telesne integritete in prostovoljnega zdravljenja (35. člen in tretji odstavek 51. člena Ustave Republike Slovenije), vendar koristi od obveznega cepljenja za zdravje posameznika in članov širše skupnosti presegajo težo posledic posega v ustavne pravice. Zato obvezno cepljenje ni prekomeren ukrep. Ker ZNB (1995) v prvotnem besedilu ni urejal postopka in pravic prizadetih v zvezi z ugotavljanjem obstoja upravičenih razlogov za opustitev obveznega cepljenja niti odškodninske odgovornosti države za škodo, ki jo zaradi obveznega cepljenja utрпи posameznik, je Ustavno sodišče Republike Slovenije štelo takšno ureditev za neskladno z ustavo (Odločba U-I-127/01-27 z dne 12. 2. 2004). Neustavnost je zakonodajalec saniral z ureditvijo teh vprašanj v noveli zakona.

Po dopolnjenem ZNB (1995) je oseba, ki ji je z obveznim cepljenjem po tem zakonu nastala škoda na zdravju, ki se kaže v resnem in trajnem zmanjšanju življenjskih funkcij in ni posledica strokovne nepravilnosti pri opravljanju cepljenja niti posledica neustrezne kakovosti cepiva, upravičena do odškodnine. Če je oseba zaradi posledic cepljenja umrla, so upravičeni do odškodnine njen zakonec oziroma partner, s katerim je živela v zunajzakonski skupnosti, njeni otroci in starši.

O pravici do odškodnine odloči minister, pristojen za zdravje. Odškodnina se izplača v enkratnem denarnem znesku in iz sredstev proračuna. Zakon izrecno poudarja, da je z izplačilom odškodnine, čeprav je omejena na določen znesek, ki se letno valorizira, poravnana vsa škoda, za katero je po tem zakonu objektivno odgovorna država (ZNB, 1995, členi 53.a do 53.f).

5 Predlog za nekrivdno odgovornost države v primeru zdravljenja

Več držav (na primer Nova Zelandija, Švedska, Finska, Francija) je uvedlo za škodo pri zdravljenju posebne odškodninske sheme, ki odstopajo od splošnega sistema odškodninske

odgovornosti v zdravstvu. Po teh zgledih je Zdravniška zbornica Slovenije leta 2019 pripravila osnutek Zakona o nekrivdni odškodninski odgovornosti države v primeru zdravljenja (ZNOODPZ, 2019). Osnutek predvideva uvedbo nekrivdne, objektivne odgovornosti države za škodo, ki bi nastala v primeru zdravljenja in bi se ji bilo mogoče izogniti (izogibljiva škoda) ali bi bila njena višina nerazumna (nepričakovana škoda). O odškodninah, ki bi se izplačevale iz državnega proračuna, bi odločala posebna komisija, zoper njeno odločbo bi bila možna tožba v upravnem sporu pred upravnim sodiščem. Postopek pred komisijo bi lahko pričel ob soglasju zdravnika, ki je opravil zdravljenje ali osebnega zdravnika. Zahtevke bi bilo mogoče uveljavljati v višini, ki presega 500 EUR, do največ 62.500 EUR (izjemoma 125.000 EUR za osebe, ki so ob škodnem dogodku mlajše od 18 let, in do 240.000 EUR za nevrološke poškodbe ob rojstvu). Zakon ne bi izključeval sodne poti (pravde) za uveljavljanje odškodnine po splošnih predpisih.

V prid alternativno urejeni objektivni odškodninski odgovornosti naj bi po mnenju pripraviljavcev govorile slabosti sedanjega sistema odškodninske odgovornosti (stroški in dolgotrajnost postopkov, težavnost dokazovanja vzročne zveze in krivde, težnje k defenzivni medicini, poslabšanje odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom, osredotočenost postopka na krivdo zdravstvenega delavca in ne na promocijo varnosti v zdravstvu (ZNOODPZ, 2019).

6 Sklep

Na spremenjene poglede sodne prakse do odškodninske odgovornosti v zdravstvu je vplivala zlasti zakonodaja o pacientovih pravicah do obveščenosti, sodelovanja in odločanja o zdravljenju, kar podpira kvalifikacijo o načeloma pogodbeni odgovornosti izvajalca zdravstvene dejavnosti za škodo, nastalo z izvajanjem te dejavnosti, seveda z določenimi izjemami. Pri tem se zabrisuje ostra meja med krivdno in objektivno odgovornostjo. Krivda se presoja po objektivno postavljenih standardih dobrega strokovnjaka. Po drugi strani je pogodbeni obveznosti izvajalca zdravstvene dejavnosti praviloma obligacija prizadevanja in ne obligacija rezultata. Zato ne čudi, da sodišča dopuščajo odškodninske zahtevke na podlagi poslovne in neposlovne odgovornosti (Božič Penko, 2017, str. 80). Ureditev, ki bi omogočila alternativno uveljavljanje objektivne odgovornosti v zdravstvu, pa bi zahtevala širšo razpravo na podlagi tudi kvantificiranih strokovnih ocen pričakovanih posledic.

LITERATURA

1. Avraham, R. in Schanzenbach, M. M. (2017). Medical Malpractice. The Oxford Handbook of Law and Economics, 2, 120–147.
2. Božič Penko, A. (2017). Nekatera pravna vprašanja v zvezi z odgovornostjo za zdravniško napako v sodni praksi. Pravni letopis, 69–88.
3. Frakes, M. D. (2015). The Surprising Relevance of Medical Malpractice Law. The University of Chicago Law Review, 82(1), 317–385.
4. Ovčak Kos, M. in Božič Penko, A. (2017). Dileme v primerih odškodninskega prava v zvezi z odgovornostjo za medicinsko napako. Odvetnik, 5(83), 15–18.
5. Plavšak, N. (2020). Obligacije - splošni del. Ljubljana: Tax-Fin-Lex.
6. Polajnar - Pavčnik, A. (1998). Obligacijski vidiki razmerja med bolnikom in zdravnikom. V A. Polajnar Pavčnik, D. Wedam Lukič in B. Kresal (ur.), Pravo in medicina (str. 89–118). Ljubljana: Cankarjeva založba.
7. Rijavec, V. (2017). Medicinska napaka. Pravni letopis, 43–57.
8. Ustavno sodišče Republike Slovenije. Odločba U-I-127/01-27 z dne 12. 2. 2004. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/f48upt7u>.

9. Višje delovno in socialno sodišče. Sklep Pdp 237/2013 z dne 27. 6. 2013. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/wx86njnh>.
10. Višje sodišče v Ljubljani. Sklep II Cp 2974/2016 z dne 22. 2. 2017. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/3cmsjwkt>.
11. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba I Cp 1011/2012 z dne 13. 3. 2013. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2s3truzt>.
12. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba I Cp 108/2019 z dne 29. 5. 2019. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2v33zudu>.
13. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba II Cp 1577/2018 z dne 7. 11. 2018. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/bdnh9eb>.
14. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba II Cp 2457/2009 z dne 2. 9. 2009. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/4utfdzbv>.
15. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba II Cp 3141/2011 z dne 4. 4. 2012. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2mppfmbx>.
16. Višje sodišče v Ljubljani. Sodba II Ips 889/2009 z dne 25. 3. 2010. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/3569m7db>.
17. Vrhovno sodišče Republike Slovenije. Sodba II Ips 1145/2008 z dne 22. 1. 2010. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2svpracv>.
18. Vrhovno sodišče Republike Slovenije. Sodba II Ips 1253/2008 z dne 31. 5. 2012. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/z6ncamhh>.
19. Vrhovno sodišče Republike Slovenije. Sodba II Ips 662/2005 z dne 17. 1. 2008. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/4yk8t3yx>.
20. Vrhovno sodišče Republike Slovenije. Sodba in sklep II Ips 683/2007 z dne 26. 8. 2010. Pridobljeno s <https://tinyurl.com/ytad795h>.
21. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). (2008). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/4buzfxfs>.
22. Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB). (1995). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2p87hesx>.
23. Zakon o nekrivdni odškodninski odgovornosti države v primeru zdravljenja (ZNOODPZ). (2019). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/yjp6fupc>.
24. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (2008). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/4kzprbdx>.
25. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). (1999). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/4443acf9>.
26. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). (1992). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/bdhkkf65>.
27. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (1992). Pridobljeno s <https://tinyurl.com/2p9f8an3>.

Stavovi studenata i medicinskih sestara o važnosti neverbalne komunikacije

UDK 614.253.4/.5:81'221

KLJUČNE RIJEČI: komunikacija, neverbalna komunikacija, sestrinstvo

POVZETEK – Komunikacija je važan interakcije medicinske sestre i pacijenta, a neverbalna komunikacija između medicinske sestre i pacijenta utječe na interpretaciju poruka koje izmjenjuju. U radu su prikazani rezultati istraživanja stavova studenata sestrinstva i zaposlenih medicinskih sestara o važnosti nekih elemenata neverbalne komunikacije u sestrinstvu kroz sljedeća obilježja: važnost kontrole vlastite neverbalne komunikacije, važnost praćenja neverbalne komunikacije pacijenta, učestalost kontrole vlastite neverbalne komunikacije, samoprocjena uspješnosti kontrole i upravljanja vlastitom neverbalnom komunikacijom te važnost pojedinih elemenata neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom. Rezultati istraživanja opisani su korištenjem metoda deskriptivne statistike.

UDC 614.253.4/.5:81'221

KEYWORDS: communication, non-verbal communication, nursing

ABSTRACT – Communication is an important part of the nurse-patient interaction, and non-verbal communication between the nurse and the patient affects the interpretation of the messages they exchange. The paper presents the results of a research on the attitudes of nursing students and employed nurses about the importance of some elements of non-verbal communication in nursing through the following features: the importance of controlling one's own non-verbal communication, the importance of monitoring the patient's non-verbal communication, the frequency of controlling one's own non-verbal communication, self-assessment of the success of controlling and managing one's own non-verbal communication and the importance of some elements of non-verbal communication for the overall effect of communication with the patient. The research results are described by descriptive statistics methods.

1 Uvod

Komunikacija označava višedimenzionalan, dinamičan i složen proces interakcije među ljudskim bićima (Norouzinia idr., 2015; Brasil de Almeida Rebouças idr., 2007). Prisutan je u svim aspektima ljudskog života i kao takav je osnovni faktor socijalnih odnosa jer utječe na njihovu izgradnju i unaprjeđenje (Nishizawa idr., 2006).

Od vremena Florence Nightingale u 19. stoljeću, sve do danas, zdravstveni djelatnici posvećuju veliku pažnju komunikaciji i interakciji sa pacijentima (Norouzinia, 2015). Uspješna komunikacija uključuje razmjenu iskustva, osjećaja i informacija između dvije ili više osoba (Brasil de Almeida Rebouças idr., 2007).

Sestrinstvo je kao znanost o zdravstvenoj skrbi usmjereno na zadovoljavanje potreba čovjeka kao biopsihosocijalnog i duhovnog bića te medicinska sestra treba posjedovati različite međuljudske, intelektualne, tehničke sposobnosti i vještine (Apker idr., 2006). Napretkom medicine i društva, komunikacija postaje imperativ u području sestrinstva i vitalni element u

aktivnostima poput prevencije, liječenja, terapije, rehabilitacije, obrazovanja i promocije zdravlja (Kourkouta i Papathanasiou, 2014).

Medicinske sestre su središnje osobe u timskoj komunikaciji jer grade međuovisnost i sudjeluju u zajedničkom donošenju odluka, a spremnost na uspješnu komunikaciju više nije važna samo uz krevet pacijenta, već i s kolegama unutar zdravstvenih timova, srodnim zdravstvenim djelatnicima i pomoćnim medicinskim i nemedicinskim osobljem (Apker idr., 2006). Moderna paradigma zahtijeva da medicinske sestre uspješno provode tradicionalne komunikacijske procese poput empatije i edukacije pacijenata i obitelji i demonstriraju komunikacijske vještine kao što su prepoznavanje i rješavanje sukoba te upravljanje promjenama u interakciji s kolegama.

Rastom opsega i kompleksnosti komunikacijskih zahtjeva koji se postavljaju pred današnje medicinske sestre, nije iznenađujuće da je učinkovita komunikacija postala vještina koja se smatra esencijalnom za profesionalnu sestrinsku praksu, a poučavanje i učenje učinkovite komunikacije postaju ključni standardi akreditacije medicinskih sestara (Apker, 2006).

Od davnina je Hipokrat ukazivao na važnost neverbalne komunikacije u radu sa pacijentima, a tijekom posljednjeg desetljeća javnost je počela posvećivati veću pozornost ovom obliku komunikacije (Chan, 2013). Jedan od osnovnih ciljeva u sestrinstvu jest učinkovita komunikacija između zdravstvenog osoblja i prema pacijentima (Casey i Wallis, 2011).

Gotovo je nemoguće razdvojiti verbalne i neverbalne signale, a oba su sastavni dio učinkovite interakcije. Iako se odvijaju istodobno, većina komunikacije (oko 90 %) je neverbalna (Zaleta, 2012). Bez obzira kako je verbalna poruka posredovana, uvijek ju prati neverbalni dio, koji se odražava u načinu izgovora riječi, u položaju tijela, u nesvjesnoj mimici, u interpunkcijskim znakovima i mnogim drugim.

Studija provedena od strane Shapiro i suradnika tijekom 1992. godina došla je do zaključka kako je očita tjeskoba onkologa prisutna tijekom priopćavanja konačnih rezultata kod pacijenata rezultirala većom tjeskobom pacijenata, prisjećanjem i percepcijom ozbiljnosti (Chan, 2013). Prethodno opisano otkriće je u skladu sa studijom provedenom od strane Becka i suradnika tijekom 2002. godine, koja sugerira da neverbalna ponašanja zdravstvenih djelatnika kao što su klimanje glavom, nagnjanje prema naprijed i ne križanje nogu i ruku mogu značajno povećati zadovoljstvo pacijenata jer navedeno ponašanje pacijenti percipiraju kao brigu, razumijevanje i empatiju što se pozitivno održava na njihov psihološki status. Istaknuta otkrića upućuju na to da je ispravno neverbalno ponašanje univerzalni zahtjev među različitim tokovima zdravstvene skrbi, što implicira da bi svijest o tome trebala biti promicana u medicinskom području.

Odnos između neverbalnog ponašanja zdravstvenih djelatnika i ishoda bolesnika dobro je potkrijepljen literaturom. Ambady i suradnici u istraživanju provedenom 2002. godine zaključili su da nedostatak kontakta očima i osmijeha može biti povezan s padom kognitivnog i fizičkog funkcioniranja njihovih pacijenata. Liječnici s boljim neverbalnim vještinama općenito ne samo da manje sudjeluju u sudskim sporovima zbog medicinske nesavjesnosti, već su uspješniji u prepoznavanju psiholoških poteškoća kod pacijenata.

2 Metode rada i ispitanici

Provedeno je kvantitativno istraživanje putem online anketnog upitnika koji je izrađen za potrebe ovog istraživanja u aplikaciji Google obrasci, a proveden u vremenskom razdoblju od 4. do 11. srpnja 2022. godine. Anonimnost 108 ispitanika je u cijelosti poštovana.

Anketni upitnik sastoji se od izjave o pristanku i suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju. Svi zainteresirani ispitanici nakon prihvaćanja izjave o pristanku i suglasnosti, dobrovoljno su pristali sudjelovati u istraživanju.

U istraživanju je korišten anketni upitnik koji se sastoji od tri dijela. Prvi dio fokusirao se na sociodemografske podatke kao što su dob, spol, trenutna razina obrazovanja, radni status, vrsta radnog mjesta, odnosno radi li ispitanik na poslovima medicinske sestre/tehničara trenutna razina studija, trenutni status studiranja sestrištva, status studenta (redovni/izvanredni).

Drugi dio anketnog upitnika fokusirao se na pet specifičnih pitanja povezanih s odabranim elementima neverbalne komunikacije koja su formirana kao tvrdnje za koje je ispitanik trebao izraziti svoj stav zaokruživši ocjenu iskazanu na Likertovoj ljestvici u rasponu ocjena 1 (najniža) do 5 (najviša). Za svaku tvrdnju predviđen je i odgovor NP (nije primjenjivo) ukoliko ispitanik nema saznanja/iskustva o pojedinom elementu neverbalne komunikacije.

Treći dio uključuje četiri pitanja koja se odnosi se slaganje ili neslaganje sa ponuđenim tvrdnjama oko edukacije zdravstvenih djelatnika o neverbalnoj komunikaciji.

Svi su prikupljeni podaci istraživanja u tabličnom obliku uneseni su program Microsoft Excel nakon čega su analizirani, obrađeni i grafički prikazani u obliku grafikona i tablica.

Od ukupno 108 ispitanika, najviše ih je u dobnoj skupini 18–29 godina (68 %), a najmanje je zastupljena dobna skupina iznad 50 godina (2 %). Prema spolu, najveći je udio (88 %) ženskih ispitanica.

Najveći udio ispitanika je završio srednju medicinsku školu (54 %), a najmanje (8 %) je završilo diplomski/magisterijski studij sestrištva.

Prema radnom statusu, najviše ispitanika (85 %) je zaposleno.

Najveći udio ispitanika (85 %) je zaposlen na poslovima medicinske sestre/tehničara, prvostupnika/ce ili magistra/e ili diplomirane medicinske sestre.

U istraživanju su postavljene sljedeće hipoteze:

H1: Nema razlike u stavovima ispitanika o važnosti kontrole vlastite neverbalne komunikacije u radu s pacijentom s obzirom na vrstu neverbalne komunikacije

H2: Nema razlike u stavovima ispitanika o važnosti praćenja neverbalne komunikacije sugovornika-pacijenta s obzirom na vrstu neverbalne komunikacije

H3: Nema razlike u učestalosti kontrole vlastite neverbalne komunikacije u kontaktu s pacijentom s obzirom na vrstu neverbalne komunikacije

Rezultati istraživanja opisani su pomoću deskriptivne statistike.

3 Rezultati

3.1 Važnost kontrole vlastite neverbalne komunikacije u radu s pacijentom

Kada je riječ o kontroli elemenata vlastite neverbalne komunikacije u radu s pacijentom (tablica 1), ispitanici su izrazili svoj stupanj slaganja s ponuđenim elementom neverbalne komunikacije na skali od 1 (najmanje) do 5 (najviše). Ukoliko element neverbalne komunikacije nije primjenjiv u njihovom slučaju, odabrali su NP (nije primjenjivo), a odgovori NP nisu prikazani u prosječnoj ocjeni elementa neverbalne komunikacije. Ispitanici najznačajnijim elementom kontrole elemenata neverbalne komunikacije u radu s pacijentom smatraju položaj i stav tijela i kontakt očima (4,48), slijedi mimika i izrazi lica (4,45), glas (jačina glasa, brzina govora).

(4,43) i položaj ruku s gestikulacijom (4,33). Ispitanici su elementu prostorne udaljenosti od sugovornika dali najnižu prosječna ocjena (4,27).

Tablica 1: Važnost kontrole vlastite neverbalne komunikacije u radu s pacijentom

	1	2	3	4	5	NP	Ukupno	Prosječna ocjena, bez odgovora NP
Položaj, stav tijela	3	0	8	28	68	1	108	4,48
Kontakt očima	3	0	8	28	68	1	108	4,48
Mimika, izrazi lica	3	1	9	26	68	1	108	4,45
Položaj ruku, gestikulacija	3	2	13	28	61	1	108	4,33
Prostorna udaljenost od sugovornika	2	4	16	26	59	1	108	4,27
Glas (jačina glasa, brzina govora ...)	3	1	10	25	67	2	108	4,43

Izvor: Anketni upitnik, 2022.

3.2 Važnost praćenja neverbalne komunikacije sugovornika-pacijenta

Ispitanici su izrazili važnost praćenja ponuđenih elemenata neverbalne komunikacije sugovornika-pacijenta (tablica 2) ocjenama od 1 (najmanje) do 5 (najviše). Ukoliko element neverbalne komunikacije nije primjenjiv u njihovom slučaju, odabrali su NP (nije primjenjivo), a odgovori NP nisu prikazani u prosječnoj ocjeni elementa neverbalne komunikacije. Rezultati pokazuju kako su ispitanici dali najveću prosječnu ocjenu praćenju kontakta očima (4,46), slijede elementi glasa (jačina glasa, brzina govora ...) i mimika, izrazi lica (4,45), položaj, stav tijela (4,35) te položaj ruku s gestikulacijom (4,32). Najnižu prosječnu ocjenu ispitanici su iskazali za praćenje prostorne udaljenosti od sugovornika (4,31).

Tablica 2: Važnost praćenja neverbalne komunikacije sugovornika-pacijenta

	1	2	3	4	5	NP	Ukupno	Prosječna ocjena, bez odgovora NP
Položaj, stav tijela	3	1	17	21	65	1	108	4,35
Kontakt očima	3	0	9	28	67	1	108	4,46
Mimika, izrazi lica	3	0	12	23	69	1	108	4,45
Položaj ruku, gestikulacija	3	2	15	25	62	1	108	4,32
Prostorna udaljenost od sugovornika	2	5	14	22	63	2	108	4,31
Glas (jačina glasa, brzina govora ...)	2	2	10	23	67	4	108	4,45

Izvor: Anketni upitnik, 2022.

3.3 Učestalost kontrole vlastite neverbalne komunikacije u kontaktu s pacijentima

Učestalost kontrole vlastite neverbalne komunikacije u kontaktu s pacijentom (tablica 3) ispitanici su iskazali ocjenama od 1 (najrjeđe) do 5 (najčešće). Ukoliko element neverbalne komunikacije nije primjenjiv u njihovom slučaju, odabrali su NP (nije primjenjivo), a odgovori NP nisu prikazani u prosječnoj ocjeni elementa neverbalne komunikacije. Rezultati istraživanja pokazuju da ispitanici najčešće kontroliraju vlastiti kontakt očima s pacijentom (4,07), slijedi glas (3,99), prostorna udaljenost od sugovornika (3,88), mimika, izrazi lica (3,84) te položaj ruku i gestikulacija (3,77). Najrjeđe kontroliraju položaj, stav tijela (3,70).

Tablica 3: Učestalost kontrole vlastite neverbalne komunikacije u kontaktu s pacijentom

	1	2	3	4	5	NP	Ukupno	Prosječna ocjena, bez odgovora NP
Položaj, stav tijela	2	10	32	37	26	1	108	3,70
Kontakt očima	1	5	23	35	43	1	108	4,07
Mimika, izrazi lica	2	8	30	32	35	1	108	3,84
Položaj ruku, gestikulacija	2	6	33	40	26	1	108	3,77
Prostorna udaljenost od sugovornika	3	8	24	35	36	2	108	3,88
Glas (jačina glasa, brzina govora ...)	1	6	25	35	39	2	108	3,99

Izvor: Anketni upitnik, 2022.

3.4 Samoprocjena uspješnosti kontrole i upravljanja vlastitom neverbalnom komunikacijom u kontaktu s pacijentom

Ispitanici su skali od 1 (vrlo loše) do 5 (izvršno) trebali procijeniti vlastitu uspješnost kontrole i upravljanja vlastitom neverbalnom komunikacijom u kontaktu s pacijentom (tablica 4). Ukoliko element neverbalne komunikacije nije primjenjiv u njihovom slučaju, odabrali su NP (nije primjenjivo), a odgovori NP nisu prikazani u prosječnoj ocjeni elementa neverbalne komunikacije.

Rezultati istraživanja pokazuju da ispitanici najviše kontroliraju i upravljaju vlastitim kontaktom očima s pacijentom (4,02), slijedi kontrola i upravljanje obilježjima glasa (3,99), prostornom udaljenosti od sugovornika (3,97), položajem ruku i gestikulacijom (3,86). Ispitanici najmanje kontroliraju položaj, stav tijela i mimika, izrazi lica iznosi 3,83.

Tablica 4: Samoprocjena uspješnosti kontrole i upravljanja neverbalnom komunikacijom u kontaktu s pacijentom

	1	2	3	4	5	NP	Ukupno	Prosječna ocjena, bez odgovora NP
Položaj, stav tijela	1	4	35	39	28	1	108	3,83
Kontakt očima	1	3	26	40	37	1	108	4,02
Mimika, izrazi lica	2	2	34	43	26	1	108	3,83
Položaj ruku, gestikulacija	1	2	30	52	22	1	108	3,86
Prostorna udaljenost od sugovornika	1	2	25	49	29	2	108	3,97
Glas (jačina glasa, brzina govora ...)	1	4	26	40	36	1	108	3,99

Izvor: Anketni upitnik, 2022.

3.5 Važnost pojedinih elemenata neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom

Važnost pojedinih elemenata neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom (tablica 5) ispitanici su izrazili ocjenama od 1 (potpuno nevažno) do 5 (iznimno važno). Ukoliko element neverbalne komunikacije nije primjenjiv u njihovom slučaju, odabrali su NP (nije primjenjivo), a odgovori NP nisu prikazani u prosječnoj ocjeni elementa neverbalne komunikacije.

Prema rezultatima istraživanja, od ponuđenih elemenata neverbalne komunikacije, najveći učinak na ukupnu komunikaciju s pacijentom ima kontakt očima (4,44), slijedi glas (jačina

glasa, brzina govora (4,36), mimika, izrazi lica (4,33), položaj, stav tijela (4,28), prostorna udaljenost od sugovornika (4,20). Najmanji učinak imaju položaj ruku, gestikulacija (4,16).

Tablica 5: Važnost elemenata neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom

	1	2	3	4	5	NP	Ukupno	Prosječna ocjena, bez odgovora NP
Položaj, stav tijela	2	3	15	30	57	1	108	4,28
Kontakt očima	2	1	11	27	66	1	108	4,44
Mimika, izrazi lica	2	2	18	22	63	1	108	4,33
Položaj ruku, gestikulacija	2	6	16	32	51	1	108	4,16
Prostorna udaljenost od sugovornika	3	5	15	29	55	1	108	4,20
Glas (jačina glasa, brzina govora ...)	2	1	17	23	64	1	108	4,36

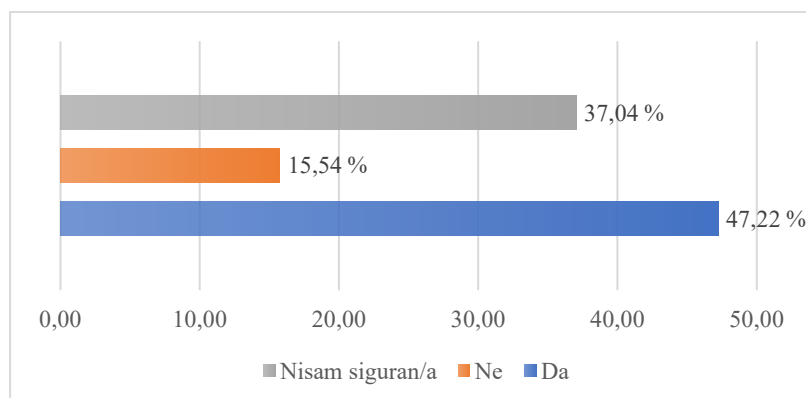
Izvor: Anketni upitnik, 2022.

3.6 Edukacija zdravstvenih djelatnika o neverbalnoj komunikaciji

Treći dio anketnog upitnika uključuje četiri pitanja čija je svrha utvrditi postojeću educiranost kao i interes zdravstvenih djelatnika za sudjelovanjem u edukacijama o neverbalnoj komunikaciji.

Prvo pitanje: »Smatrate li se dovoljno educiranim/om za učinkovitu primjenu neverbalne komunikacije?«. Najviše ispitanika smatra kako je dovoljno educirano za učinkovitu primjenu neverbalne komunikacije (47,22%), 37,04% nije sigurno, a 15,54% smatra da nije dovoljno educirano (Graf 1).

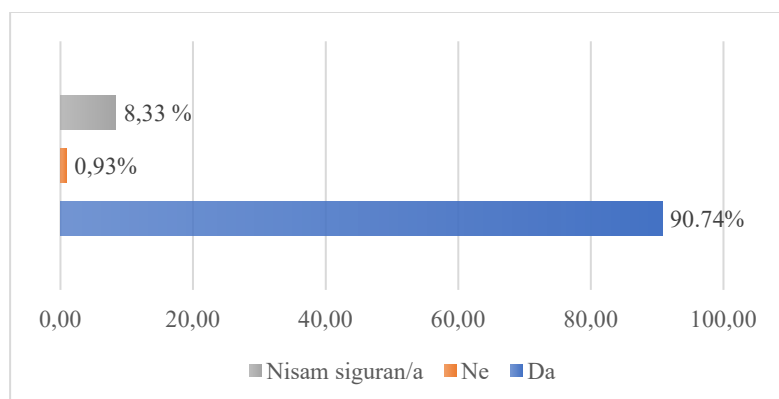
Graf 1: Samoprocjena educiranosti zdravstvenih djelatnika za primjenu neverbalne komunikacije



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na drugo pitanje: »Smatrate li da bi zdravstveni djelatnici trebali sudjelovati na edukaciji o neverbalnoj komunikaciji« najviše ispitanika je odgovorilo potvrdno (90,74 %), 8,33 % nije sigurno, a 0,93 % smatra da ne bi trebali sudjelovati (Graf 2).

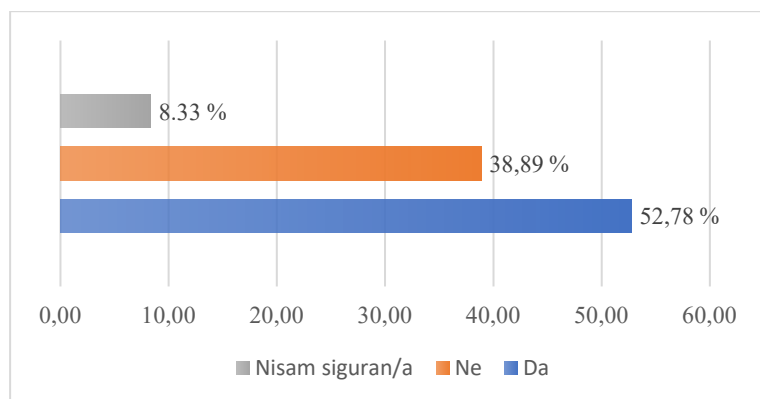
Graf 2: Potreba sudjelovanja zdravstvenih djelatnika na edukaciji o neverbalnoj komunikaciji



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Treće pitanje glasi: »Jeste li ikada sudjelovali na edukaciji o neverbalnoj komunikaciji?«. Najviše ispitanika odgovara potvrdno (52,78 %), 38,89 % nije sudjelovalo, a 8,33 % nije sigurno (Graf 3).

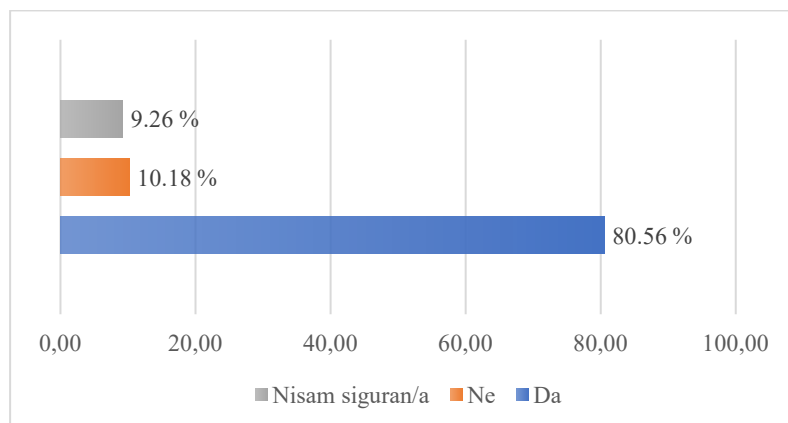
Graf 3: Dosadašnje sudjelovanje na edukaciji o neverbalnoj komunikaciji



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Četrto pitanje glasi: »Da li biste sudjelovali na edukaciji zdravstvenih djelatnika o neverbalnoj komunikaciji?«. Najviše ispitanika iskazalo je interes prema sudjelovanju u edukaciji (80,56 %), 10,19 % nije zainteresirano, a 9,26 % nije sigurno (Graf 4).

Graf 4: Interes za sudjelovanje na edukacijama o neverbalnoj komunikaciji



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

4 Rasprava

Važnost kontrole elemenata neverbalne komunikacije je ključno u radu s pacijentom što su prepoznali i ispitanici. Od ponuđenih elemenata neverbalne komunikacije, ispitanici smatraju da je najvažnije u kontaktu s pacijentom kontrolirati vlastiti položaj i stav tijela te kontakt očima i tim su elementima dali prosječnu ocjenu 4,48. dok su najnižom prosječnom ocjenom ocijenili udaljenost od sugovornika (4,27). Prostorna udaljenost kao faktor ovisi o kulturi i karakteristikama (Brasil de Almeida Rebouças idr., 2007). Vrlo mala prostorna udaljenost može se smatrati zadiranjem u intimu, dok se prevelika udaljenost može protumačiti kao nezainteresiranost. Medicinska sestra treba držati primjerenu udaljenost od pacijenta koja pokazuje interes jer se prevelika može smatrati preprekom učinkovitoj komunikaciji sa pacijentima (Wanko, 2020).

Važnost praćenja neverbalne komunikacije sugovornika-pacijenta govori o tome koliko su medicinske sestre sposobne uočiti određene elemente ove vrste komunikacije kod bolesnika tijekom razgovora. Ispitanici smatraju da je najvažnije pratiti pacijentov kontakt očima (4,46), a najmanje važno pratiti prostornu udaljenost od sugovornika (4,31). Zanimljivo je kako čak četiri ispitanika smatraju kako važnost praćenja glasa (jačina glasa, brzina govora) nije primjenjivo u kontekstu neverbalne komunikacije. Ton, jačina i brzina govora u komunikaciji može utjecati na pozitivnu ili negativnu atmosferu na odjelu (Wanko in Kerr 2022). Važno je da medicinske sestre koriste primjerenu intonaciju glasa i izbjegavaju zapovjednički, kontrolirajući, direktan i dominantan ton glasa.

Ispitanici najčešće kontroliraju vlastiti kontakt očima s pacijentom (4,07) i glas (3,99), a najmanje položaj ruku s gestikulacijom (3,77) te položaj i stav tijela (3,70). Držanje i stav tijela otkriva vrstu uspostavljenog odnosa, demonstriranje moći ili podložnosti, teritorijalnost, intenzitet odnosa i pokušaj jačanja veze.

Ispitanici smatraju da u komunikaciji s pacijentom najuspješnije kontroliraju kontakt očima (4,02), slijedi kontrola glasa (3,99), prostorna udaljenost od sugovornika (3,97), položaj ruku, gestikulacija (3,86). Najmanje uspješno kontroliraju položaj/stav tijela te mimiku, izraz lica (3,83). Navedeni rezultati govore u prilog tome kako je potrebno usmjeriti veći fokus na kontrolu elemenata čija je vrijednost ispod ocjene 4,00 što uključuje sve spomenute elemente neverbalne komunikacije osim kontakta očima.

Iz rezultata procjene važnosti pojedinih elemenata neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom proizlazi da ispitanici kontakt očima smatraju najvažnijim elementom utjecaja neverbalne komunikacije na ukupni učinak komunikacije s pacijentom (4,44), slijede obilježja glasa (4,36), mimika, izrazi lica (4,33), položaj, stav tijela (4,28). Prostorna udaljenost od sugovornika (4,20) i položaj ruku, gestikulacija (4,16) nešto su lošije ocijenjeni što pokazuje kako ispitanici te elemente neverbalne komunikacije smatraju manje važnijima za ukupni učinak komunikacije s pacijentom.

Rezultati istraživanja provedenog od Xu i suradnika u Kini tijekom 2012. godine uključuju prosječne ocjene i rezultate neverbalnih oblika ponašanja (Xu, Staples in Shen, 2012). Predstavljani su elementi neverbalne komunikacije i njihove ocjene kao što su »grljenje« (1,06), »spuštanje položaja tijela na razinu pacijenta« (1,07), »naginjanje prema naprijed« (1,26), »rukovanje« (1,64) i »terapeutski dodir« (1,66). Posebno je važno istaknuti tri najbolja rezultata unutar istraživanja, a to su »izostanak ometajućih pokreta« (3,80), »kontakt očima« (3,73) i »osmijeh« (3,57).

Usporedivši podatke kineskog istraživanja s ovim provedenim za potrebe izrade završnog rada, zaključuje se kako ispitanici u oba istraživanja velik značaj posvećuju elementu neverbalne komunikacije – kontaktu očima.

Rezultati istraživanja pokazuju da ispitanici prepoznaju važnost neverbalne komunikacije s pacijentom i da su vrlo (samo)kritični u ocjeni vlastite neverbalne komunikacije. Zato su zadnja četiri pitanja u anketnom upitniku obuhvatila edukaciju o neverbalnoj komunikaciji.

Manje od polovice ispitanika smatra kako je u ovom trenutku dovoljno educirano za učinkovitu primjenu neverbalne komunikacije (47,22 %). Više od 90 % (90,74 %) ispitanika smatra da bi zdravstveni djelatnici trebali sudjelovati na edukaciji o neverbalnoj komunikaciji, a do sada je u nekoj vrsti edukacije sudjelovalo 52,78 % ispitanika. Interes za sudjelovanjem u ovoj vrsti edukacije iskazalo je 80,56 % ispitanika.

5 Zaključak

U svijetu je prepoznata važnost korištenja komunikacije u zdravstvu. Jedan od najboljih načina za postizanje zadovoljstva pacijenata je uspostavljanje učinkovite i primjerene komunikacije. Učinkovita komunikacija poboljšava kvalitetu skrbi koja se pruža pacijentima i ključna je za uspješan ishod individualizirano usmjerene zdravstvene njege kod svakog pacijenta.

Kako bi moderno sestринство moglo ostvariti svoj cilj, potreban je dobar dijalog i međuljudska klima koji se razvijaju u kontaktu sa oboljelom osobom, u modernom multikulturnom društvu. Medicinske sestre trebaju prilagoditi svoj stil komunikacije svakoj situaciji i svakom pacijentu. Potrebno je postati svjestan vlastite neverbalne komunikacije kao i načina na koji se značenja poruka mogu pogrešno protumačiti, ističući potrebu za intervencijama koje bi pomogle medicinskim sestrama za interakciju i holistički pristup prema svim pacijentima.

Najbolja stručna izobrazba i stalna izobrazba medicinskih sestara u pitanjima koja se tiču pravilne tehnike komunikacije omogućit će im da adekvatne odgovore na očekivanja pacijenata i njihovo ukupno zadovoljstvo pruženom skrbi. Komunikacijske vještine već su sastavni dio formalnog obrazovnog procesa medicinskog osoblja u Hrvatskoj na srednjoškolskoj i visokoškolskoj razini. Promocija važnosti i edukacija o učinkovitoj neverbalnoj komunikaciji treba postati jedan od važnijih sadržaja učenja i obuke na formalnoj razini obrazovanja, ali i sastavnica trajnog usavršavanja i cjeloživotnog učenja medicinskih sestara.

LITERATURA

1. Apker, J. idr. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *J Prof Nurs*, 22(3), 180–189.
2. Brasil de Almeida, C., Freitag Pagliuca, L. M. in César de Almeida, P. (2007). Non-Verbal Communication. Aspects Observed during Nursing Consultations with Blind Patients. *Esc Anna Nery*, 11(1), 38–43.
3. Casey, A. in Wallis, A. (2011) Effective Communication: Principle of Nursing Practice E. *Nurs Stand.*, 25(32), 35–37.
4. Chan, Z. C. (2013). A Qualitative Study on Non-Verbal Sensitivity in Nursing Students. *J Clin Nurs*, 22, 13–14.
5. Kourkouta, L. in Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed*, 26(1), 65–67.
6. Nishizawa, Y. idr. (2006). The Non-Verbal Communication Skills of Nursing Students: Analysis of Interpersonal Behavior Using Videotaped Recordings in a 5-minute Interaction with a Simulated Patient. *Japan Journal of Nursing Science*, 15–22.
7. Norouzinia, R. idr. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Glob J Health Sci.*, 8(6), 65–74.
8. Wanko, K. E. idr. (2020). Evidence of Nonverbal Communication between Nurses and Older Adults: a Scoping Review. *BMC Nurs.*, 19–53.

9. Wanko, K. E. in Kerr, J.(2022). Older Adults' Interpretation of Nurses' Nonverbal Communication in Cameroon: A Grounded Theory Inquiry. *Inquiry*, 11–12.
10. Xu, Y., Staples, S. in Shen, J. J. (2012). Nonverbal Communication Behaviors of Internationally Educated Nurses and Patient Care. *Res Theory Nurs Pract*, 26(4), 290–308.
11. Zaletela, M. idr. (2012). Nonverbal Communication of Caregivers in Slovenian Nursing Homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics.*, 54(1), 94–101.

Kineziološka aktivnost, ekrani i djeca predškolske dobi

UDK 796-053.4+004.353

KLJUČNE RIJEČI: djeca predškolske dobi, kretanje, vrijeme provedeno pred ekranima

POVZETEK – Pojedina istraživanja ukazuju da se djeca sve manje kreću. Od rane dobi koriste razne ekrane. Cilj ovog istraživanja bio je provjeriti koliko vremena predškolska djeca provode pred ekranima, te provjeriti ovisi li vrijeme provedeno pred ekranima o spolu i dobi. Također je cilj bio provjeriti jesu li dječaci aktivniji od djevojčica. Istraživanje je provedeno online, metodom snježne grude. Sudjelovalo 332 djece predškolske dobi iz raznih dijelova Hrvatske. U istraživanju je sudjelovalo 163 (49,1 %) dječaka i 169 (50,9 %) djevojčica. Median za vrijeme korištenja ekrana iznosi 60, a median za kineziološku aktivnost djece iznosi 27. Nije utvrđena statistički značajna razlika u vremenu provedenom pred ekranima između dječaka i djevojčica ($p > 0,05$), iako je utvrđeno da su dječaci kineziološki aktivniji od djevojčica ($p < 0,004$). Mlađa predškolska djeca (djeca stara 2, 3 ili 4 godine) manje vremena provode pred ekranima od starije predškolske djece (djece stare 5, 6 ili 7 godina) ($p < 0,008$). Kretanje je neophodno za pravilan rast i razvoj djece. Sve više korištenja ekrana i vremena koje djeca provode sjedeći može imati negativni utjecaj na zdravlje djece. Potrebno je provoditi daljnja istraživanja s ciljem utvrđivanja kineziološke aktivnosti djece i vremena koje djeca primjenjuju ekrane. Djecu je potrebno poticati na aktivno igranje.

UDC 796-053.4+004.353

KEYWORDS: children of preschool age, movement, time spent in front of screens

ABSTRACT – Research indicates that children move less than before. They use various screens from an early age. The aim of this research was to determine how much time preschool children spend in front of the screens and whether this time depends on gender and age. The aim was also to determine whether boys are more active than girls. The research was conducted online, using the snowball method. It included 332 preschool children from various parts of Croatia, of which 163 (49.1%) were boys and 169 (50.9%) were girls. The median for screen time is 60, and the median for children's kinesiological activity is 27. No statistically significant difference was found in the time spent in front of the screens between boys and girls ($p > 0.05$), although it was determined that boys are more kinesiological active than girls ($p < 0.004$). Younger preschool children (children aged 2, 3 or 4) spend less time in front of the screens than older preschool children (children aged 5, 6 or 7) ($p < 0.008$). Movement is necessary for children's proper growth and development. The increasing use of screens and the amount of time children spend sitting can have a negative impact on children's health. It is necessary to carry out further research with the aim of determining the kinesiological activity of children and the how much of the time they use screens. Children should be encouraged to play actively.

1 Uvod

Tjelesna aktivnost ima veliki utjecaj na pravilan rast i razvoj djece. Razvoj se dijeli na kognitivni, emocionalni, tjelesni, motorički i socijalni. Piercy i suradnici (2018, str. 2024) navode da tjelesna aktivnost može poboljšati rast i razvoj. Stope pretilosti u predškolskoj dobi postaju neprihvatljivo visoke (Natale idr., 2022). Natale i suradnici (2016) su utvrdili da je većina roditelja djece predškolske dobi s neadekvatnom težinom, a koji su imali niske prihode, mislilo da njihovo dijete ima normalnu težinu (Natale idr., 2016). Pretilost se povezuje s kardiološkim bolestima, kao i šećernom bolešću. Upravo tjelesna aktivnost ima veliku ulogu u

prevenciji brojnih morbiditeta, kako pretilosti, tako i kardiovaskularnih bolesti (Ahrens idr., 2006), mentalnih bolesti (Rodriguez - Ayllon idr., 2019, str. 1383), itd.

Unatoč važnosti tjelesne aktivnosti za zdravlje djece pojedina istraživanja ukazuju da se djeca sve manje kreću (Budzynski – Seymour idr., 2022). Uzroci su brojni i različiti. Tehnologija je prisutna na svakom koraku. Pametni telefoni, tableti, televizijski ekrani s mnoštvom zabavnih sadržaja »mame« djecu i odrasle. Tako tehnologija, iako može imati pozitivne učinke, može također i negativno utjecati na zdravlje djece i odraslih. Pametni telefoni, a time i razne aplikacije, animirani filmovi, igrice, i sl. su prisutni kod gotovo svih roditelja u torbi, a samim time su na dohvata i njima i djeci. Tako se uočava da djeca već od rane dobi, u velikoj mjeri, koriste razne ekrane.

Cilj ovog istraživanja bio je provjeriti koliko vremena predškolska djeca provode pred ekranima, te provjeriti ovisi li vrijeme provedeno pred ekranima o spolu i dobi. Također je cilj bio provjeriti jesu li dječaci aktivniji od djevojčica.

2 Metode

Istraživanje je provedeno tijekom 2022. godine na slučajno odabranom uzorku, anonimno, online, metodom snježne grude. Sudjelovalo 332 roditelja djece predškolske dobi iz raznih dijelova Hrvatske. Upitnik su ispunjavali roditelji predškolske djece koja su bila stara između dvije i sedam godina. Sadržavao je 4 čestice (spol i dob djece, razinu kineziološke ne/aktivnosti procijenjenu od strane roditelja, te vrijeme provedeno pred ekranima).

Čestica 3 se dobila kao rezultat Upitnika za procjenu kineziološkog aktiviteta i neaktiviteta djeteta (Netherlands Physical Activity Questionnaire (NPAQ)) (Janž idr., 2005). Upitnik su ispunjavali roditelji djece. Upitnik sadrži 7 čestica. Odgovori su ponuđeni na Likertovoj skali od 1 do 5. Veći rezultat označava veću kineziološku aktivnost djeteta. Maksimalni rezultat je 35.

Vrijeme provedeno pred ekranima je utvrđeno također na osnovu subjektivnih iskaza roditelja.

Za statističku analizu korišten je statistički paket IBM SPSS Statistics 19.0. S obzirom na nenormalnu distribuciju rezultata, koja je utvrđena Shapiro-Wilkovim testom, korišten je Mann-Whitney U test. Hipoteze su prihvaćene na $p < 0,05$.

Hipoteze u radu su sljedeće:

H1: Nema razlike u vremenu provedenom pred ekranima između dječaka i djevojčica.

H2: Mlađa predškolska djeca (djeca stara 2, 3 ili 4 godine) manje vremena provode pred ekranima od starije predškolske djece (djece stare 5, 6 ili 7 godina).

H3: Dječaci su kineziološki aktivniji u odnosu na djevojčice.

3 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 332 roditelja djece predškolske dobi koja su bila u dobi između dvije i sedme godine. U istraživanju je sudjelovalo 163 (49,1 %) dječaka i 169 (50,9 %) djevojčica.

Najviše djece je bilo staro šest (26,8 %) odnosno 5 godina (25,3 %), a najmanje dvije godine (4,5 %). Sveukupni broj mlađe predškolske djece (djeca stara od 2 do 4 godine) bio je 110 (33 %), dok je 222 (67 %) djece bilo starije predškolske dobi (djeca stara 5 do 7 godina).

Medijan za vrijeme korištenja ekrana iznosi 60 min (aritmetička sredina je 75,65 min, minimum 0, a maksimum 240 minuta, tj. 4 sata).

Medijan za kineziološku aktivnost djece iznosi 27 bodova (aritmetička sredina iznosi 26,47, minimum je 9, a maksimum 35 boda).

Prva hipoteza se može prihvatiti. Na zadanoj razini signifikantnosti moguće je prihvatiti pretpostavku da ne postoji statistički značajna razlika u količini vremena koje djevojčice i dječaci, a koji žive na području Hrvatske, provode pred ekranima ($Z = -1,376$, $p > 0,169$). Dječaci ne provode više vremena pred ekranima od djevojčica ($M = 78,74, \pm 44,823$, $N = 163$ naspram $M = 72,67 \pm 44,367$, $N = 169$).

Druga hipoteza se može prihvatiti. Na zadanoj razini signifikantnosti moguće je prihvatiti pretpostavku da postoji statistički značajna razlika u količini vremena koje mlađa i starija predškolska djeca na području Hrvatske provode pred ekranima ($Z = -2,671$, $p < 0,008$).

Mlađa djeca predškolske dobi (stara 2, 3 ili 4 godine) provode manje vremena pred ekranima u odnosu na stariju djecu predškolske dobi (djecu staru 5, 6 ili 7 godina) ($M = 66,23 \pm 41,371$, $N = 110$ naspram $M = 80,32 \pm 45,526$, $N = 222$).

Treća hipoteza se može također prihvatiti. Na zadanoj razini signifikantnosti moguće je prihvatiti pretpostavku da postoji statistički značajna razlika u kineziološkoj aktivnosti između dječaka i djevojčica ($Z = -2,869$, $p < 0,004$). Prema procjeni roditelja dječaci su kineziološki aktivniji u odnosu na djevojčice ($M = 27,11 \pm 4,551$, $N = 163$ naspram $M = 25,86 \pm 4,397$, $N = 169$).

4 Rasprava

Tjelesna aktivnost je važna za zdravlje djece. Tjelesno aktivnija djeca predškolske dobi imaju bolje fitness performanse u odnosu na manje aktivnu djecu (Serrano - Gallén idr., 2022). Prepoznavanje čimbenika povezanih s njihovom tjelesnom aktivnošću važno je za buduće intervencije i programe javnog zdravlja (Hinkley idr., 2012). Gledajući općenito, medijan za kineziološku aktivnost djece u ovom radu iznosi 27 bodova (maksimum je 35 boda). Rezultati ovog istraživanja su, prema procjeni roditelja, ukazali na to da su dječaci kineziološki aktivniji (27 bodova) u odnosu na djevojčice (26 bodova), iako je ova razlika dosta mala. Ipak, ovo se podudara s brojnim istraživanjima koja su ranije provedena, a u kojima je utvrđeno da su dječaci aktivniji (npr. Hinkley idr., 2012; Telford idr., 2016; Berglind i Tynelius, 2018). Budući da je kondicija važan pokazatelj zdravlja, škola i roditelji bi trebali poticati djecu da budu tjelesno aktivnija, posebice djevojčice, koje su manje aktivne od dječaka (Serrano - Gallén idr., 2022). Intervencijske studije i javnozdravstvene kampanje trebale bi osigurati da se strategije bave višedimenzionalnom prirodom korelacija tjelesne aktivnosti kod djece predškolske dobi, uključujući strategije specifične za spol djece kako bi se povećala vjerojatnost uspjeha (Hinkley idr., 2012).

Nadalje, rezultati ovog istraživanja su pokazali da mlađa djeca predškolske dobi (stara 2, 3 ili 4 godine) provode manje vremena (66 minuta) pred ekranima u odnosu na stariju djecu (80 minuta) predškolske dobi. Međutim, i jedni i drugi pred ekranima provode više vremena nego što smjernice preporučuju. Isto tako, rezultati ovog istraživanja su utvrdili da prekomjerno vrijeme pred ekranima provode i dječaci (79 minuta) i djevojčice (73 minute), ali i da između njih nema statistički značajne razlike. Unatoč ovim rezultatima, gledajući sveukupno, medijan iznosi 60 minuta.

Međutim, s obzirom na važnost ove teme rezultate je potrebno ipak detaljnije proučiti. Tako, prema izvješću roditelja u ovom istraživanju 132 (40 %) djece provodi prosječno dnevno pred

zaslonom preko 60 minuta, odnosno 90 minuta i više, što je više od trećine djece. Od toga 98 (30 %) djece provodi pred ekranima 120 minuta ili više. Pred ekranima dnevno prosječno 180 (do 190) minuta (što iznosi 3 sata) provodi 12 djece stare između 4 i 7 godina, dvoje djece 210 minuta, dok pojedina djeca (u ovom istraživanju njih dvoje) provode prosječno pred ekranima dnevno i po 4 sata, odnosno 240 minuta, što sve u velikoj mjeri odskaače od smjernica. I neki drugi istraživači su utvrdili da prosječno dnevno vrijeme pred ekranom za predškolsku djecu prelazi preporučene razine (npr. De Craemer idr., 2015; Downing idr., 2017; Hinkley idr., 2017).

Od pojave televizije 1950-ih godina, preko pojave računala, a posebice posljednjih 15-ak godina od pojave pametnih telefona i tableta, povećava se zabrinutost roditelja, nastavnika, znanstvenika, kao i kreatora politike zbog učinaka vremena provedenog pred ekranima na dječji razvoj (Hassinger - Das idr., 2020). U novije vrijeme djeca se susreću i s virtualnom realnošću (VR), a pojedini autori smatraju da se pomoću VR sadržaja mogu olakšati intervencije za akademsko i društveno učenje (Bailey idr., 2019). Stiglic i Viner (2019) su nakon sustavnog pregleda literature i istraživanja pronašli povezanost između vremena provedenog ispred ekrana i nezdrave prehrane, manjka sna, internetskog zlostavljanja i lošijeg mentalnog zdravlja djece i adolescenata. Međutim, pojedini autori smatraju da se teško može procijeniti dobivene rezultate i njihov značaj, ako studije ne uzimaju u obzir socioekonomski status ili obrazovanje roditelja (Hassinger - Das idr., 2020). Ne smije se zaboraviti neuroplastičnost mozga i njegovu podložnost zahtjevima i podražajima okoline, te je još uvijek nejasan način na koji primjena interneta i vrijeme provedeno pred ekranima mogu utjecati na mozak i kognitivno funkcioniranje (Firth idr., 2019). Prekomjerno vrijeme provedeno pred zaslonom ima negativni utjecaj na zdravlje i dobrobit djece predškolske dobi (3-5 godina) (Määttä idr., 2017), općenito.

Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) gledanje ekrana se ne preporučuje djeci mlađoj od 2 godine, a djeci starijoj od 2 godine preporučuje se da vrijeme pred ekranima iznosi maksimalno 60 minuta, s naglaskom na »manje je bolje« (WHO, 2019).

Martin i suradnici (2022) na osnovu rezultata svog istraživanja naglašavaju važnost uspostavljanja pozitivnih ponašanja povezanih sa zdravljem tijekom ranog djetinjstva, jer to predviđa buduće uključivanje u aktivnosti promicanja zdravlja. Oni su utvrdili da umjerena ili visoka razina tjelesne aktivnosti mlađe predškolske djece, bez obzira na razinu vremena pred ekranom, pozitivno utječe na buduću djetetovu tjelesnu aktivnost u dobi od 5 godina i ponovno u dobi od 7 do 8 godina.

Utjecaj pretjeranog korištenja ekrana na zdravlje i razvoj djeteta postao je javnozdravstveni problem, a naponi istraživanja usmjereni su na pronalaženje načina za umjerenu uporabu ekrana (Halpin idr., 2021).

5 Zaključak

Za dobrobit razvoja djece predškolske dobi važno je utvrditi koliko vremena djeca provode pred ekranima, te koliko se djeca kreću. Stoga je neophodno provoditi različita istraživanja s ciljem razvoja smjernica za smanjivanje sedentarnog ponašanja, posebice vremena provedenog pred ekranima, te za povećanje kretanje djece predškolske dobi.

LITERATURA

1. Ahrens, W., Bammann, K., De Henauw, S. idr. (2006). European Consortium of the IDEFICS Project. Understanding and Preventing Childhood Obesity and Related Disorders—IDEFICS: a European Multilevel Epidemiological Approach. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular

- Diseases, 16(4), 302–308. Pridobljeno s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0939475306000561>.
2. Bailey, J. O., Bailenson, J. N., Obradović, J. idr. (2019). Virtual Reality's Effect on Children's Inhibitory Control, Social Compliance, and Sharing. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 64(101052), 1–11. Pridobljeno s <https://www.stanfordvr.com/mm/2019/06/bailey-jadp-vr-effect.pdf>.
 3. Berglind, D. i Tynelius, P. (2018). Objectively Measured Physical Activity Patterns, Sedentary Time and Parent-Reported Screen-Time Across the Four-Year-Old Swedish Children. *BMC Public Health*, 18(1), 1–9. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-017-4600-5>.
 4. Budzynski - Seymour, E., Jones, M. i Steele, J. (2022). A Physically Active Experience: Setting the Stage for a New Approach to Engage Children in Physical Activity Using Themed Entertainment Experiences. *Sports Medicine*, 52(11), 2579–2591. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1007/s40279-022-01722-y>.
 5. De Craemer, M., Lateva, M., Iotova, V. idr. (2015). Differences in Energy Balance-Related Behaviours in European Preschool Children: the ToyBox-study. *PLoS One*, 10(3), e0118303. Pridobljeno s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0118303>.
 6. Downing, K. L., Hinkley, T., Salmon, J. idr. (2017). Do the Correlates of Screen Time and Sedentary Time Differ in Preschool Children?. *BMC Public Health*, 17(1), 1–12. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28356094/>.
 7. Firth, J., Torous, J., Stubbs, B. idr. (2019). The »Online Brain«: How the Internet May be Changing our Cognition. *World Psychiatry*, 18(2), 119–129. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/wps.20617>.
 8. Halpin, S., Mitchell, A. E., Baker, S. idr. (2021). Parenting and Child Behaviour Barriers to Managing Screen Time With Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 824–838. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-020-01881-4>.
 9. Hassinger - Das, B., Brennan, S., Dore, R. A. idr. (2020). Children and Screens. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2(1), 69–92. Pridobljeno s <https://kathyhirshpasek.com/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Annual-review-dev-psych-article-oct-2020.pdf>.
 10. Hinkley, T., Carson, V., Kalomakaeu, K. idr. (2017). What Mums think Matters: A Mediating Model of Maternal Perceptions of the Impact of Screen Time on Preschoolers' Actual Screen Time. *Preventive Medicine Reports*, 6, 339–345. Pridobljeno s <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211335517300785>.
 11. Hinkley, T., Salmon, J., Okely, A. D. idr. (2012). Correlates of Preschool Children's Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), 159–167. Pridobljeno s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379712003133>.
 12. Janz, K. F., Broffitt, B. i Levy, S. M. (2005). Validation Evidence for the Netherlands Physical Activity Questionnaire for Young Children: the Iowa Bone Development Study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 76(3), 363–369. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/profile/Kathleen-Janz/publication/7496827_Validation_Evidence_for_the_Netherlands_Physical_Activity_Questionnaire_for_Young_Children_The_Iowa_Bone_Development_Study/links/55b8fd8a08aed621de083b84/Validation-Evidence-for-the-Netherlands-Physical-Activity-Questionnaire-for-Young-Children-The-Iowa-Bone-Development-Study.pdf.
 13. Määttä, S., Kaukonen, R., Vepsäläinen, H. idr. (2017). The Mediating Role of the Home Environment in Relation to Parental Educational Level and Preschool Children's Screen Time: a Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 17(1), 1–11. Pridobljeno s <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4694-9>.
 14. Martin, R., Murphy, J., Molina - Soberanes, D. idr. (2022). The Clustering of Physical Activity and Screen Time Behaviours in Early Childhood and Impact on Future Health-Related Behaviours: a Longitudinal Analysis of Children Aged 3 to 8 Years. *BMC Public Health*, 22(1), 1–13. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-12944-0>.
 15. Natale, R., Atem, F. D., Lebron, C. idr. (2022). Cluster-Randomised Trial of the Impact of an Obesity Prevention Intervention on Childcare Centre Nutrition and Physical Activity Environment over 2 Years. *Public Health Nutrition*, 25(11), 3172–3181. Pridobljeno s <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/S1368980021004109>.

16. Natale, R., Uhlhorn, S. B., Lopez - Mitnik, G. idr.(2016). Caregiver's Country of Birth is a Significant Determinant of Accurate Perception of Preschool-Age Children's Weight. *Health Education & Behavior*, 43(2), 191–200. Pridobljeno s <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1090198115599395>.
17. Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M. idr. (2018). The Physical Activity Guidelines for Americans. *Jama*, 320(19), 2020–2028. Pridobljeno s <https://cpncampus.com/biblioteca/files/original/bb6c17d63c5c229d7eb4788e73616232.pdf>.
18. Rodriguez - Ayllon, M., Cadenas - Sánchez, C., Estévez - López, F. idr. (2019). Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 49(9), 1383–1410. Pridobljeno s <https://link.springer.com/article/10.1007/s40279-019-01099-5?platform=hootsuite>.
19. Serrano - Gallén, G., Arias - Palencia, N. M., González - Villora, S. idr. (2022). The Relationship between Physical Activity, Physical Fitness and Fatness in 3–6 Years Old Boys and Girls: a Cross-Sectional Study. *Translational pediatrics*, 11(7), 1095. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9360817/>.
20. Stiglic, N. i Viner, R. M. (2019). Effects of Screentime on the Health and Well-Being of Children and Adolescents: a Systematic Review of Reviews. *BMJ Open*, 9(1), e023191. Pridobljeno s https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/1/e023191.full.pdf?ck_subscriber_id=316746868.
21. Telford, R. M., Telford, R. D., Olive, L. S. idr. (2016). Why are Girls Less Physically Active than Boys? Findings from the LOOK Longitudinal Study. *PloS one*, 11(3), e0150041. Pridobljeno s <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0150041>.
22. World Health Organization (2019). Guidelines on Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep for Children under 5 Years of Age. Pridobljeno s <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>.

Analiza koncepta duhovnosti

UDK 616-083:27-48

KLJUČNE BESEDE: duhovnost, duhovno zdravje, duhovna zdravstvena nega, holistični pristop

POVZETEK - Duhovnost je dinamična razsežnost človeka in je njemu nekaj najbolj osebnega. Duhovnost delimo v dve dimenziji: vertikalno in horizontalno. Duhovno zdravje je poleg telesnega, emocionalnega, intelektualnega in socialnega zdravja temelj holistične filozofije. Uporabljen je bil pregled izvirmih in preglednih znanstvenih člankov, objavljenih leta 2022 ter 2017–2022 v bibliografski bazi podatkov CINAHL, COBISS, Google učenjak, PubMed, in dlib.si ter v revijah *Obzornik zdravstvene nege* in *Informatica Medica Slovenica*. Iskanje je potekalo s ključnimi besedami: »duhovnost«, »duhovno zdravje«, »duhovna oskrba«, »duhovna zdravstvena nega«. Uporabljena je bila metoda pregleda literature in analiza vsebine. Izmed 22 identificiranih objav je bilo v končno analizo vključenih 15 znanstvenih člankov, od tega sta bila 2 izvorna znanstvena članka, 13 pa preglednih znanstvenih člankov. Z metodo analize vsebine je bilo identificiranih 5 kategorij: (1) razumevanje duhovnosti in duhovna oskrba, (2) zaznavanje duhovne potrebe in izvajanje prakse duhovne oskrbe, (3) holistični pristop pri zdravstveni obravnavi, (4) pomen znanja in izobraževanja iz duhovne zdravstvene nege, (5) pomen paliativne zdravstvene nege. Iz znanstvenih člankov in strokovne literature smo ugotovili, da so bili tisti zdravstveni delavci, ki imajo dodatna znanja iz področja duhovne zdravstvene nege in oskrbe bolj suvereni pri svojem delu in upoštevajo holistični pristop.

UDC 616-083:27-48

KEYWORDS: spirituality, spiritual health, spiritual health care, holistic approach

ABSTRACT - Spirituality is a dynamic dimension of man and something most personal to him. Spirituality is divided into two dimensions: vertical and horizontal. In addition to physical, emotional, intellectual and social health, spiritual health is the foundation of holistic philosophy. An overview was performed of the original and transparent scientific articles published in 2022 and 2017–2022 in the bibliographic databases CINAHL, COBISS, Google Scholar, PubMed, and dlib.si and in the journals "Obzornik zdravstvene nege" and *Informatica Medica Slovenica*. The search included the following keywords: spirituality, spiritual health, spiritual care, spiritual healthcare. A method of literature review and content analysis was used. The results showed that of the 22 publications, 15 scientific papers were included in the final analysis, of which 2 were original scientific papers and 13 were transparent scientific papers. The method of content analysis identified 5 categories: (1) understanding spirituality and spiritual care, (2) the perception of spiritual need and the implementation of spiritual care practice, (3) holistic approach in patient treatment, (4) the importance of knowledge and education in spiritual nursing, (5) the importance of palliative care. Based on the scientific articles and literature, we found that those health professionals who have additional knowledge in the field of spiritual care are more sovereign in their work and follow the holistic approach.

1 Uvod

Duhovnost je dinamična razsežnost človeka in je njemu nekaj najbolj osebnega.

Horizontalna dimenzija duhovnosti se nanaša na odnos s samim seboj, drugimi ljudmi in okolico (predstavlja nereligiozno občutenje smisla življenja), medtem ko vertikalna dimenzija duhovnosti se nanaša na boga, ki ga nekdo priznava, veselje ali nekaj nad njim (predstavlja religiozno občutenje smisla življenja).

V zadnjem desetletju sta duhovnost in duhovna oskrba postali pomembni področji raziskovanja v zdravstveni negi in drugih, z zdravjem povezanih disciplinah.

Zelo pogosto se mešata pojma »duhovno« in »religiozno«. Religiozni in duhovni razvoj pa ne potekata vzporedno.

Duhovno zdravje je poleg telesnega, emocionalnega, intelektualnega in socialnega zdravja temelj holistične filozofije. V duhovno zdravje vodi pravilno vrednotenje izkoriščanje danih možnosti.

Medicinska sestra kot strokovnjakinja in nosilka dejavnosti zdravstvene nege je strokovno in pravno vezana na holistično obravnavo pacienta.

Duhovne potrebe morajo biti obravnavane enakovredno kot fizične in psihološke potrebe.

Pri pregledu taksonomije NANDA-I: Negovalne diagnoze so avtorji pri konceptu duhovnosti postavili šest negovalnih diagnoz.

Namen projektne naloge je predstaviti in analizirati koncept »duhovnosti« v zdravstveni negi.

Pregled znanstvene literature in člankov je bil potreben, da smo ugotovili skupne imenovalce oz. kode, do katerih so prišli avtorji, ki so s pomočjo kvantitativnih in kvalitativnih raziskovalnih metod preučevali koncept duhovnosti in duhovne oskrbe.

1.1 Duhovnost in duhovno zdravje

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika-SSKJ ([https://\(fran.si\)](https://fran.si), b.d.) najdemo koncept »duhovnost« opisano kot usmerjenost k nematerialnim vrednotam ter v idealističnih filozofijah od telesa neodvisni, samostojni del človekovega bistva.

Spletna enciklopedija Wikipedija (Wikipedija, b.d.) opisuje »duhovnost« kot pojem, ki se lahko nanaša na nematerialno resničnost, na stanje zavesti, v katerem se človek predaja odkrivanju svojega bitja in duha. Duhovne prakse, med katere sodijo meditacija, molitev in kontemplacija, so namenjene razvoju posameznikovega notranjega življenja. Tovrstne prakse pogosto vodijo k izkustvom povezanosti s splošno resničnostjo, z naravo in kozmosom. Duhovnost je pogosto pojmovana kot vir navdiha ali orientacije v življenju. Lahko vsebuje verovanje v nematerialne resničnosti ali doživetja transcendentne narave sveta.

Značilnosti duhovnosti (Skoberne, 2002, str. 23):

- odnos do sebe (notranja moč, zaupanje vase),
- odnos do narave,
- odnos do drugih,
- neskladen odnos (konflikti z drugimi),
- odnos do boga (religiozen-nereligiozen).

Pot duhovnega zavedanja posameznika je notranji proces, ki se lahko razvije ob stiku s katerim koli človekom, naravo ali ob misli na boga.

Rahalova (Rahalova, 1984, v Skoberne, 2002, str. 23) definira duhovnost kot osebno transcendenco, onstran konteksta stvarnosti, v nasprotju z razumskim občutjem, kjer stvari obstojijo, ko se pojavijo. Posledica tega je življenje potrjujoč odnos z bogom, z neko skupnostjo, z okoljem in s samim seboj.

Omenjena definicija, kot mnoge druge definicije, vsebujejo idejo o dveh dimenzijah duhovnosti: horizontalna in vertikalna.

Horizontalna dimenzija se nanaša na odnos s samim seboj (intrapersonalen), z drugimi ljudmi (interpersonalen) in z okoljem, gre za »nereligiozno občutenje« smisla življenja. Vertikalna

dimenzija se nanaša na boga, ki ga nekdo priznava, vesolje ali nekaj kar je nad njim (Champagne, 1989, v Skoberne, 2002, str. 23).

Sam pojem duhovnost, iz katerega izhajata tudi pojma duhovne potrebe in duhovna oskrba, je izrazito subjektiven-odvisen od posameznikovih pogledov na svet in interpretacij. Zato nekateri avtorji poudarjajo, da je potrebno sprejeti dejstvo, da je najbolj uporaben koncept duhovnosti v zdravstvu tisti, ki je namerno nejasen in prilagodljiv (Babnik in Karnjuš, 2014, str. 13).

Duhovnost je dinamična razsežnost človeka, skozi katerega človek doživlja, izraža in/ali išče smisel in namen v življenju na način povezanosti s seboj, z drugimi, z umetnostjo z naravo in/ali z višjo silo (Noel idr., 2011, v Mihelič Zajec idr., 2020, str. 9).

Ellison pravi (Ellison, 1983, v Skoberne, 2002, str. 24), da je za duhovno zdravje ali duhovno dobro počutje značilno, da človeka preveva v glavnem občutek, da živi in je njegovo življenje osmišljeno in izpolnjeno.

Biti duhovno zdrav pomeni biti poln energije. Polno življenje, pravilno vrednotenje danih možnosti in izkoriščanje le-teh je pot, ki vodi k duhovnemu zdravju.

Zdravje je odraz telesnega, emocionalnega, intelektualnega, socialnega in »duhovnega« dobrega počutja posameznika, ki temelji na holistični filozofiji Herberta Otta (1975), ki pravi, da je vsak posameznik edinstven v okviru omenjenih petih dimenzij in da so le-te v neprestani interakciji (Skoberne, 2002, str. 23).

Duhovna dimenzija raziskuje človekovo iskanje življenjskega smisla, kar mu je v pomoč pri premagovanju različnih življenjskih težav (Skoberne, 2002, str. 23).

1.2 Duhovne potrebe

Duhovne potrebe so potrebe po odpuščanju, ljubezni in zaupljivem odnosu z bogom (oziroma glede na posameznikovo opredelitev) ter smislu (izpolnjenem z ljubeznijo, odpuščanjem, upanjem in zaupanjem glede sebe in drugih) (Carson, 1989, v Skoberne, 2002, str. 24).

Po Shelly in Fishu (Shelly in Fish, 1988, v Skoberne, 2002, str. 24) so določene duhovne potrebe osnova vseh religij in te so:

- potreba po pomenu in smislu,
- potreba po ljubezni in vezeh z drugimi,
- potreba po odpuščanju.

Mnogi menijo, da so te potrebe skupne vsemu človeštvu.

Vera je univerzalna-je način življenja, delovanja in razumevanja samega sebe. Imeti vero pomeni verjeti oz. zaupati v nekaj ali nekoga. Splošno mnenje je, da sta religija ali duhovno stališče (prepričanje), poskus posameznika, da spozna svoje mesto v vesolju oziroma v okviru celotnega okolja.

Religija je organiziran sistem čaščenja. Religije imajo temeljna načela (dogme), obrede in običaje, ki so povezani z rojstvom, smrtjo, poroko in zveličanjem. Imajo tudi pravila za vedenje v vsakdanjem življenju. Mnogi ljudje svoje duhovne potrebe zadovoljujejo z religijo. Religiozni in duhovni razvoj pa ne potekata vedno vzporedno. Nekdo lahko na primer izvaja določeno versko prakso, vendar še ni ponotranjil njenega simboličnega (Fowler in Keen, 1985, v Skoberne, 2002, str. 24).

1.3 Proces zdravstvene nege

Potrebno je pospešiti holistično dimenzijo zdravstvene nege-spodbuditi učenje s pomočjo refleksije, na način, ki nas bo povezoval tako z našimi čustvi in intuitivnimi odgovori kot tudi

z našim znanjem in tehničnimi sposobnostmi. Potrebno je, da cenimo odnose in neotipljive lastnosti zdravstvene nege, kot tudi njene kvantitativne vidike.

V sodobnem modelu je zdravstvena nega usmerjena k pacientu, ki je v središču dogajanja, sprejemamo ga kot enakovrednega partnerja, kot integrirano, celovito osebnost, kot bio-psiho-soc-duhovno celoto, ki je odgovoren sam zase in aktivno sodeluje glede na svoje sposobnosti in zmožnosti (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 60).

Stališča do duhovnih potreb in duhovne oskrbe, odnos med duhovnostjo in zdravjem, pristopi k ocenjevanju duhovnih potreb pacientov ter vloga duhovne oskrbe v lajšanju trpljenja in izboljšanju kakovosti življenja so nekatera od sodobnih raziskovalnih vprašanj zagotavlja holistične oskrbe v zdravstveni negi (Babnik in Karnjuš, 2014, str. 13).

Duhovna oskrba pacientov pomeni priznavanje obstoja številnih duhovnih potreb, ki jih pacienti doživljajo in zagotavljanje ugodnega okolja za izpolnjevanje teh potreb.

Slovenski avtorici (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 81) navajata: človek je enkratna osebnost, z lastno preteklostjo, lastnimi občutki, razmišljanji, življenjskimi navadami, problemi, pričakovanji in željami.

Integriteta človeka je po M. E. Levin skladno, popolno delovanje človeka kot fizičnega, psihičnega in duhovnega bitja v socialnem okolju (Hajdinjak in Meglič, 2012, str. 251).

Delovna skupina za pripravo smernic za duhovno oskrbo v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je pregledala negovalne diagnoze v knjižnem delu NANDA-I: Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–2017 z vidika: (i) prisotnosti pojma duhovnosti v negovalnih diagnozah in (ii) pogostosti pojavljanja pojma duhovnosti. Identificirane so bile negovalne diagnoze, v sklopu katerih se pojavlja pojem duhovnost in z njim povezani pojmi (duhovna stiska, duhovno blagostanje, duhovne vrednote, duhovna moč, duhovna neskladnost, duhovne potrebe, duhovni resursi, duhovna kriza, duhovna vedenja/odzivi):

- v diagnostični oznaki in/ali definiciji negovalne diagnoze,
- med diagnostičnimi kazalniki in/ali spremljajočimi dejavniki,
- med dejavniki tveganja.

Pregled taksonomije NANDA-I: Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2015–2017 je pokazal, da se termini duhovnost in z njim povezani pojmi pojavljajo v diagnostični oznaki (v fokusu negovalne diagnoze) v naslednjih negovalni diagnozah (Mihelič Zajec idr., 2020, str. 9–10, 15):

- pripravljenost za doseganje višje ravni duhovnega blagostanja (00068),
- duhovna stiska (00066),
- nevarnost za duhovno stisko (00067),
- oslABLJENA religioznost (00169),
- pripravljenost za doseganje višje ravni religioznosti (00171),
- nevarnost za oslABLJENO religioznost (00170).

Navedene negovalne diagnoze so izhodišče za intervencije zdravstvene nege v povezavi z duhovnostjo pacienta.

Intervencije so predstavljene na podlagi treh vsebinskih sklopov (Mihelič Zajec idr., 2020, str. 15):

- v pacienta usmerjen odnos,
- podpora specifičnim duhovnim in/ali religioznim potrebam,
- razvoj veščin samozavedanja izvajalca.

Navedene intervencije ne predstavljajo edine možne aktivnosti zdravstvene nege pri obravnavi pacientove duhovnosti, prispevajo pa k zagotavljanju celostnega pristopa. V vsakem primeru pa je treba intervencije prilagoditi zaradi specifičnosti določenega področja zdravstvene nege, pacientove starosti in upoštevanja njegove individualnosti.

2 Namen in cilji raziskave

Izveden je bil pregled literature. Reviji, ki smo jih pregledali, sta bili *Obzornik zdravstvene nege* in *Informatica Medica Slovenica*.

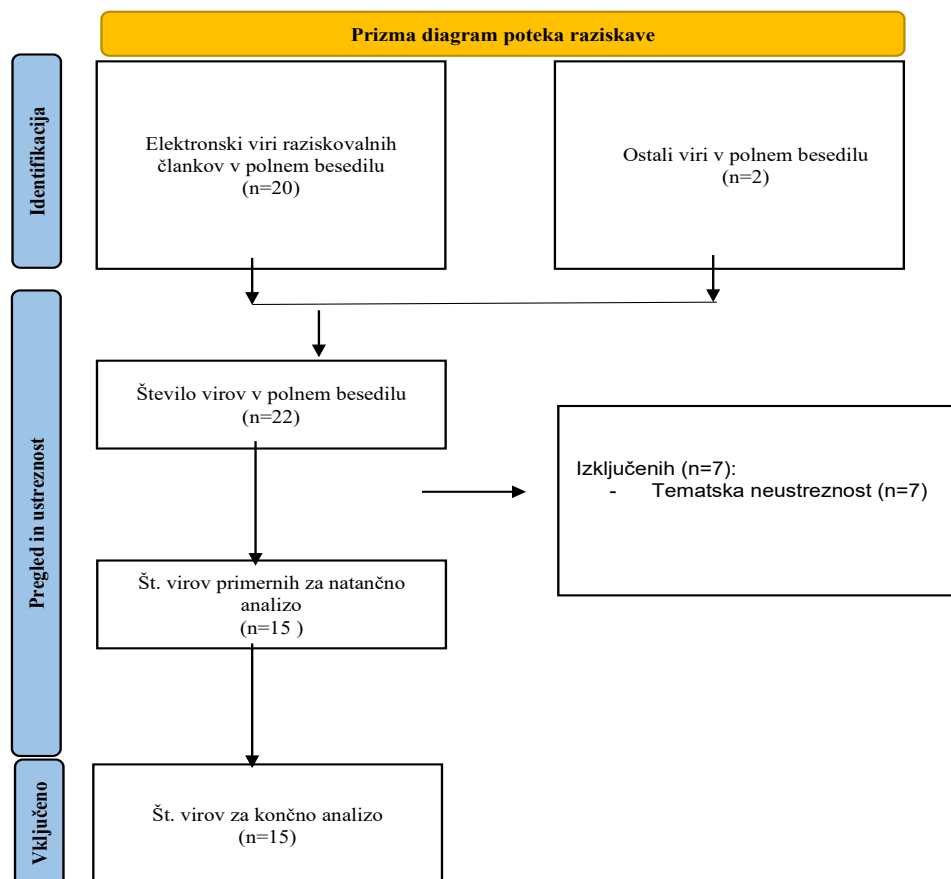
Ključne iskalne besede in besedne zveze so bile: »duhovnost«, »duhovno zdravje«, »duhovna zdravstvena nega«, »holistični pristop«, »spirituality«, »spiritual nursing care«, »spiritual health« in »holistic approach«.

Vključitveni kriteriji so bili članki in celotno besedilo v slovenskem in angleškem jeziku, objavljeni v obdobju od 2017 do 2022. Kljub temu smo vključili članek slovenske avtorice, ki je bil objavljen leta 2002, saj je bila prva medicinska sestra-raziskovalka, ki je raziskala koncept duhovnosti v našem poklicu in prostoru.

Z namenom ožjenja zadetkov so bili uporabljeni še izključitveni kriteriji: drugi jeziki, članki starejši od pet let, plačljive vsebine, samo dostopni izvlečki in tematska neustreznost.

Faze pregleda literature so predstavljene v Shemi 1: prizma diagram poteka raziskave.

Shema 1: Prizma diagram poteka raziskave



Vir: Lastni vir, 2022.

V fazi identifikacije smo pregledali 22 znanstvenih člankov (virov) v polnem besedilu. Od tega je bilo 20 elektronskih virov in 2 vira iz revije. Ti so šli v naslednjo fazo raziskave- fazo pregleda in ustreznosti, kjer smo izključili 7 virov, ker niso ustrezali raziskovalni temi. 15 virov v polnem besedilu je ustrezalo vključitvenim kriterijem, zato so se vključili v fazo natančne analize. In tako so bili ti viri vključeni še v fazo končne analizo. Od teh sta bila 2 izvorna znanstvena članka, medtem ko 13 pa preglednih znanstvenih člankov.

3 Rezultati

Tabela 1: Predstavljena je analiza člankov na temo koncepta duhovnosti

Zaporedna številka	Avtor, letnica objava članka	Tipologija članka	Raziskovalna paradigma	Ugotovitve
1.	Skoberne (2002)	Izvirni znanstveni članek	Pregled literature z uporabo fenomenološke analize (duhovnost, duhovno zdravje, religioznost).	Medicinske sestre imajo sposobnost, da zadovoljijo pacientove duhovne potrebe. Uvedle so celosten (holističen) pristop k človeku. Pomembno je tudi zavedanje lastnih duhovnih potreb.
2.	Štrancar in Mihelič Zajec (2019)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Deskriptivna kvalitativna raziskovalna metoda. • Tehnika zbiranja podatkov: pregled 11 znanstvenih člankov. • Nestrukturirana analiza 11 znanstvenih člankov. 	Pomembno je razumevanje in zaznavanje pojma duhovnosti in izvajanje prakse duhovne oskrbe. Zelo pomemben je pristop in podpora pacientu in svojcem.
3.	Hu, Jiao in Li (2019)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Izvedena je bila presečna raziskava. • Sodelovalo je 92 onkoloških medicinskih sester iz iste regije. • Razdeljene so bile v raziskano skupino (45 medicinskih sester) in kontrolno skupino (47 medicinskih sester). • Potekalo je 6-mesečno izobraževanje na temo duhovne zdravstvene nege in oskrbe. 	Izobraževanje medicinskih sester o duhovnosti poveča njihovo samozavest, imajo boljše sposobnosti prepoznave pacientovih duhovnih potreb in s tem prispevajo k boljši zdravstveni oskrbi.

4.	Vincensi (2018)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna deskriptivna metoda. • Pregled znanstvene literature. • Nestrukturirana analiza dokumentov. 	Dodatna znanja omogočajo medicinskim sestram holističen pristop k zdravljenju in duhovni oskrbi.
5.	Cosentino idr. (2020)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna in kvantitativna raziskovalna metoda. • Iskanje kazalnikov in merilih metod za določanje stopnje duhovnosti. • Našli so 17 lestvic za določanje pacientove stopnje duhovnosti. 	Avtorji so z velikim številom raziskovalnih lestvic (večina jih temelji na Likartovi) prilagojenih specifičnim kulturam in religijam raziskovali koncept duhovnosti. Glede na dosežene rezultate, predlagajo nadaljnje raziskovanje.
6.	Zenevicz idr. (2020)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Ne eksperimentalna metoda- refleksija o učenju in izvajanju duhovne zdravstvene oskrbe. • Opazovanje. • Preučevani vzorec so bile medicinske sestre in pacienti v paliativni oskrbi. 	Avtorji poudarjajo pomen refleksije pri sodelovanju medicinske sestre s pacientom in njegovimi svojci za bolj kakovostno obravnavo umirajočega.
7.	Aşiret idr. (2020)	Izvorni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Deskriptivna kvantitativna raziskovalna metoda. • Uporabili so strukturirani anketni vprašalnik. • Sodelovalo je 300 študentov zdravstvene nege. 	Avtorji članka so ugotovili, da študenti razumejo pomen duhovne podpore in princip mirne smrti, ter jo izvajajo v praksi zdravstvene nege. Predavanja o vsebinah duhovne zdravstvene nege in oskrbe morajo postati sestavni del izobraževanja v zdravstveni negi.
8.	Harrad idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativna raziskovalna metoda pregleda literature. • Iskali so kazalnike oz. merilnike stopnje duhovnosti. • Našli so 14 merilnih lestvic. 	Pomanjkanje standardov povzroča nove izzive. Študenti zdravstvene nege in medicinske sestre se zavedajo pomena izvajanja duhovne zdravstvene oskrbe, vendar zaradi nezadostnega znanja in izkušenj ne vedo, kako vključiti ta vidik

				zdravstvene oskrbe v vsakdanje delo.
9.	Camacho – Montaño idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativni sistematični pregled znanstvene literature. 	Avtorji ugotavljajo pomen duhovne percepcije in duhovne oskrbe pri pacientih z demenco. Pomembno je izvajanje aktivnosti, vezane na duhovnost med zdravstvenimi delavci.
10.	Willemse idr. (2020)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativna in kvalitativna raziskovalna metoda pregleda znanstvene literature na temo duhovnosti. • Pregledali so 113 znanstvenih in strokovnih člankov. 	Duhovna zdravstvena oskrba dejansko pripomore k boljši kakovosti življenja in kakovostni zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi pacientov in njihovih svojcev.
11.	Ghorbani idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna raziskovalna metoda pregleda znanstvene literature-meta analiza. 	Avtorji poudarjajo pomen holistične zdravstvene nege, ki vpliva na kakovostno zdravstveno oskrbo in obravnavo.
12.	Hawthorne in Gordon (2020)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna raziskovalna metoda pregleda znanstvene literature. 	Medicinske sestre morajo prepoznati in reagirati na pacientove duhovne potrebe, ki je ključni element holistične zdravstvene nege. Osnovna komponenta je odnos in povezanost s pacientom.
13.	Nissen Viftrup in Hvidt (2021)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna raziskovalna metoda pregleda znanstvene literature. 	Prepoznavanje in razumevanje specifičnih duhovnih potreb pacienta je zelo pomembno. Tako se lahko izdelata specifičen načrt zdravstvene nege in oskrbe.
14.	Ferrell idr. (2020)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativna raziskovalna metoda pregleda znanstvene literature. 	Velik poudarek na paliativni zdravstveni negi in oskrbi, bolnikov s covid-19. Pomembna je holistična zdravstvena nega in oskrba. Velik poudarek dajejo na izobraževanje kadra iz duhovne zdravstvene nege.

15.	Gijsberts idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	<ul style="list-style-type: none"> Kvalitativna analiza 53 znanstvenih člankov. 	Pomembno je izobraževanje iz duhovne zdravstvene nege in samorefleksije. S poudarkom na paliativni zdravstveni negi.
-----	-----------------------	-----------------------------	--	--

Vir: Lastni vir, 2022.

V tabeli št. 1 je predstavljena analiza člankov na temo koncepta duhovnosti. Na prvih dveh mestih so predstavljeni slovenski avtorji, medtem ko ostala mesta zasedajo tuji avtorji.

Analizirali smo 15 znanstvenih člankov, od katerih sta bila dva izvorna znanstvena članka, ostali pa pregledni znanstveni članki. 10 avtorjev je uporabilo kvalitativno deskriptivno raziskovalno metodo, medtem ko je preostalih pet avtorjev uporabilo kvantitativno raziskovalno metodo. Skoberne M. (2002) ugotavlja, da so medicinske sestre uvedle celostni pristop k človeku tako v stanju zdravja kot bolezni. Vse medicinske sestre imajo sposobnost, da zadovoljujejo pacientove duhovne potrebe in našo zmožnost, da to storimo. Je tesno povezano s tem, kako se zavedamo lastnih duhovnih potreb in jih zadovoljujemo.

Štancar in Mihelič Zajec (2019) ugotavljata pomen razumevanje pojma duhovnosti in duhovne oskrbe, pomen zaznavanja duhovnih potreb in izvajanje prakse duhovne oskrbe ter predstavitev potencialno eksistencialno-fenomenološkega pristopa, ki pogloblja samorazumevanje spremljevalca pri spremljanju in duhovni podpori pacientov in njihovih svojcev.

Hu, Jiao in Li (2019) ugotavljajo, da medicinske sestre z znanjem o duhovni zdravstveni negi imajo boljše sposobnosti prepoznave pacientovih duhovnih potreb, da izobraževanje medicinskih sestre o duhovnosti poveča njihovo samozavest in znanje ter prispeva k boljši duhovni zdravstveni oskrbi.

B. Vincensi (2018) ugotavlja, da medicinske sestre z dodatnim znanjem iz duhovne oskrbe zagotavljajo holističen pristop k pacientu in da njihove delovne organizacije zagotavljajo ustrezno delovno okolje za zagotavljanje duhovne oskrbe.

Cosentino idr. (2020) so raziskovali lestvice za meritev stopnje duhovnosti. Večina lestvic je bila sestavljeni po principu Likartove lestvice. Najdene lestvice so bile oblikovane in uporabljene glede na specifične kulturne in etične vsebine. Avtorji priporočajo nadaljnje raziskave glede uporabe obstoječih lestvic v različnih kultura in primerjava rezultatov.

Zenevicz idr. (2020) so uporabili model refleksije, kjer poudarjajo sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom ter svojci za bolj kakovostno obravnavo umirajočega.

Aşiret idr. (2020), Harrad idr. (2019) in Camacho - Montaño idr. (2021) dajejo pomen predavanjem in izobraževanju o duhovni zdravstveni negi, pomenu duhovne percepcije in duhovne oskrbe ter da obstaja pomanjkanje standardov na to problematiko.

Willemse idr. (2020) ugotavljajo, da duhovna zdravstvena oskrba dejansko pripomore k boljši kakovosti življenja in kakovostni zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi pacientov in njihovih svojcev.

Ghorbani idr. (2021), Hawthorne in Gordon (2020), Nissen Viftrup in Hvidt (2021), Ferell idr. (2020) in Gijsberts idr. (2019) pa ugotavljajo pomen holistične zdravstvene nege, ki vpliva na kakovostno zdravstveno oskrbo in obravnavo, pomen prepoznavanja in reagiranja na pacientove duhovne potrebe, ki je ključni element holistične zdravstvene obravnave, da so osnovna komponenta duhovne zdravstvene nege in oskrbe odnos in povezanost s pacientom, da mora medicinska sestra prepoznati pacientove duhovne potrebe, razumeti njegove specifične duhovne potrebe in izdelava specifičnega plana zdravstvene nege in oskrbe.

Tabela 2: Sinteza člankov

<i>Ugotovitve</i>	<i>Avtorji</i>
<ul style="list-style-type: none"> Razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe. 	Štrancar in Mihelič Zajec, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de-Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde - García, Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Hawthorne in Gordon.
<ul style="list-style-type: none"> Zaznavanje duhovne potrebe in izvajanje prakse duhovne oskrbe. 	Štrancar, Mihelič Zajec, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de - Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde-García & Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Nissen, Viftrup in Hvidt.
<ul style="list-style-type: none"> Holistični pristop pri zdravstveni obravnavi. 	Skoberne, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de - Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde - García & Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Ghorbani, Mohammadi, Aghabozorgi in Ramezani.
<ul style="list-style-type: none"> Pomen znanja in izobraževanja iz duhovne zdravstvene nege. 	Hu, Jiao, Li, B. Vincensi, Cosentino. Harrad, Sulla, Bertuol, Sarli, Artioli, Aşiret, Kütmeç, Yılmaz, Gökşin, Harrad, Cosentino, Keasley in Sulla, Gijsberts, Liebroer, Otten in Olsman.
<ul style="list-style-type: none"> Pomen paliativne zdravstvene nege in oskrbe. 	Ferell, Haudzo, Picchi, Puchalski in Rosa.

Vir: Lastni vir, 2022.

Naredili smo sintezo 15 znanstvenih člankov, od katerih sta bila dva izvirna znanstvena članka, ostalih trinajst pa preglednih. Določili smo pet skupnih kategorij: razumevanje, zaznavanje, izobraževanje, paliativna zdravstvena nega, holistični pristop. Nadaljnja analiza je pokazala, da večina avtor daje pomen sledečim imenovalcem, ki so zabeležena v vrstici »Ugotovitve«. Pomen razumevanja duhovnosti in duhovne oskrbe smo zasledili v člankih sledečih avtorjev: Štrancar in Mihelič Zajec, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de-Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde - García in Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Hawthorne in

Gordon. Pomen zaznavanja duhovne potrebe in izvajanje prakse duhovne oskrbe smo zasledili v člankih avtorjev Štrancar, Mihelič Zajec, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de-Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde - García in Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Nissen, Viftrup in Hvidt.

Pomen holističnega pristopa pri zdravstveni obravnavi smo zasledili v člankih avtorjev Skoberne, Zenevicz, de Olivera Varga Bitencour, Furlan de Leo, Faganello Madureira, Buss Trofehrn, Monteiro da Conceicao, Camacho - Montaño, Pérez - Corrales, Pérez - de-Heredia - Torres, Martin - Pérez, Güeita - Rodríguez, Velarde - García in Palacios - Ceña, Willemse, Smeets, van Leeuwen, Nielen - Rosier, Janssen, Foudraine, Ghorbani, Mohammadi, Aghabozorgi in Ramezani.

Pomen znanja in izobraževanja iz duhovne zdravstvene nege smo zasledili v člankih avtorjev Hu, Jiao, Li, Vincensi, Harrad, Sulla, Bertuol, Sarli, Artioli, Aşiret, Kütmeç, Yılmaz, Gökşin, Harrad, Cosentino, Kearsley in Sulla, Gijsberts, Liefbroer, Otten in Olsman.

Na koncu pa še pomen paliativne zdravstvene nege in oskrbe, ki je bil obravnavan v članku avtorjev Ferell, Haudzo, Picchi, Puchalski in Rosa.

4 Diskusija

S projektno nalogo »Analiza koncepta duhovnosti« smo dosegli raziskovalni namen in odgovorili na raziskovalna vprašanja.

Iz znanstvenih člankov in strokovne literature smo ugotovili, da so tisti zdravstveni delavci, ki imajo dodatna znanja iz področja duhovne zdravstvene nege in oskrbe bolj suvereni pri svojem delu, znajo pravočasno prepoznati duhovno stisko, imajo pozitiven odnos do duhovnosti in pri izvajanju duhovne zdravstvene nege upoštevajo holistični pristop. Žal se koncept duhovnosti še zmeraj prevečkrat povezuje in navezuje na obdobje umiranja in paliativne zdravstvene oskrbe, to je obdobje, ko se človek (pacient) počasi poslavlja. Duhovna stiska lahko nastopi tudi v drugih življenjskih obdobjih, zato je pomembno, da ima medicinska sestra ustreznega znanja in veščine iz področja duhovne oskrbe, da pravočasno prepozna duhovno stisko in ustrezno reagira na negovalni problem.

Iz analize 13 preglednih znanstvenih člankov in dveh izvirnih znanstvenih člankov smo ugotovili pet skupnih imenovalcev: razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe, zaznavanje duhovne potrebe in izvajanje prakse duhovne oskrbe, holističen pristop pri zdravstveni obravnavi ter, pomen znanja in izobraževanja iz duhovne zdravstvene nege ter pomen paliativne zdravstvene nege in oskrbe.

Zbornica-Zveza v sklopu svojih strokovnih izobraževanj organizira izobraževanje za pridobitev specialnih znanj iz paliativne oskrbe za izvajalce zdravstvene in babiške nege (poglobljeno profesionalno delo na področju paliativne oskrbe). V množici novih kompetenc se pridobijo tudi znanja za »prepoznavo duhovne potrebe« pacientov.

Raziskave nakazujejo, da se medicinske sestre zavedajo pomena duhovne obravnave pacienta, vendar jo iz različnih razlogov redko upoštevajo v praksi (Mihelič Zajec idr., 2020, str. 22).

Zelo pomembno je, da medicinske sestre ne vsiljujejo svojih prepričanj, naj se zavedajo svoje duhovnosti. Ne glede na prepričanje posameznika, morajo tega sprejeti brez sodbe.

Medicinska sestra zaznava in prepozna kontekst duhovnosti z ustreznim opazovanjem bolnikove okolice (križ, Sveto pismo, svete podobice), opazovanjem vedenja bolnika (molitev,

bolnik se pred obrokom prekriža), ubesedovanjem (izražanje strahu pred smrtjo, notranji konflikti ...), poslušanjem in pogovorom.

Za religiozni vidik duhovnosti je odgovoren duhovnik, kateremu se pacient »spove« in ta mu, da zadnjo odvezo.

5 Zaključek

V zadnjem obdobju smo zasledili povečano zanimanje za koncept duhovnosti in holistični pristop v zdravstveni negi.

Ključne ugotovitve pri pregledu literature: (1) razumevanje duhovnosti in duhovne oskrbe; (2) zaznavanje duhovne potrebe in izvajanje prakse duhovne oskrbe; (3) holistični pristop pri zdravstveni obravnavi; (4) pomen znanja in izobraževanja iz duhovne zdravstvene nege; (5) pomen paliativne zdravstvene nege in oskrbe. *Zbornica-Zveza* organizira izobraževanja in izpopolnjevanja za pridobitev dodatnih profesionalnih kompetenc.

Medicinska sestra na svojem delovnem mestu zaznava in prepoznava pacientove potrebe po duhovni oskrbi in kot strokovnjakinja ter nosilka dejavnosti zdravstvene nege je strokovno in pravno vezana na holistično obravnavo pacienta.

LITERATURA

1. Aşiret, G. D., Kürtmeç Yılmaz, C. idr. (2020). Relationship between the Nursing Students' Attitudes towards Spiritual Care and the Principles of a Good Death. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 913–919. Pridobljeno s <https://doi:10.1111/ppc.12511>
2. Babnik, K. in Karnjuš, I. (2014). Duhovne potrebe in duhovne oskrbe pacientov: ugotovitve dveh uvodnih raziskav. *Informatica Medica Slovenica*, 19 (1–2), 12–18.
3. Camacho - Montaña, L. R., Pérez - Corrales, J. idr. (2021). Spiritual Care in Advanced Dementia from the Perspective of Health Providers: A Qualitative Systematic Review. *Occupational therapy international*. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1155/2021/9998480>
4. Chandramohau, S. in Bhagwan, R. (2015). Spirituality and Spiritual Care in the Context of Nursin Education in South Africa. *Curationis*, 30(1), 15.
5. Cosentino, C., Harrad, R. A., Sulla, F., Bertuol, M., Sarli, L. idr. (2020). Nursing Spiritual Assessment Instruments in Adult Patients: a Narrative Literature Review. *Acta Biomed*, 91(12-S).
6. Duhovnost (b. d.). Pridobljeno s Frank SSKJ: <https://fran.si /iskanje? View =1&Query =DUHOVNOST&hs=1>.
7. Duhovnost. (b. d.). Pridobljeno s <https://sl.wikipedia.org/wiki/Duhovnost>.
8. Ferell, R., Haudzo, G., Picchi, T., Puchalski, C. idr. (2020). The Urgency of Spiritual Care: Covid-19 and the Clinical Need for Whole-Person Palliation. *Journal of Pain and Symptoms management*, 60(3), 7–11.
9. Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R. idr. (2021). Spiritual Care Interventions in Nursing: an Integrative Literature Review. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1165–1181.
10. Gijsberts, M., Liefbroer, A. I., Otten, R. idr. (2019). Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 7(2), 25.
11. Hajdinjak, G. in Meglič, R. (2012). *Sodobna zdravstvena nega: 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.
12. Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R. idr. (2019). Spiritual Care in Nursing: an Overview of the Measures Used to Assess Spiritual Care Provision and Related Factors amongst Nurses. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 90(4-S), 44–55.
13. Hawthorne, D. M. in Gordon, S. C. (2020). The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147–155.

14. Hu, Y., Jiao, M. in Li, F. (2019). Effectiveness of Spiritual Care Training to Enhance Spiritual Health and Spiritual Competency among Oncology Nurses. *BMS Palliative Care*, 18(1), 104. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0489-3>
15. Mihelič Zajec, A., Karnjuš, I., Babnik, K., Klun, B. idr. (2020). Splošna priporočila za duhovno oskrbo v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
16. Nissen, R. D., Viftrup, D. T. in Hvidt, N. C. (2021). The Process of Spiritual Care. *Frontiers in Psychology*, 12, 674453.
17. Škoberne, M. (2002). Duhovnost in duhovno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 36(3), 23–31.
18. Štancar, K. in Mihelič Zajec, A. (2019). Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(3), 232–242.
19. Vincensi, B. B. (2019). Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 104–110.
20. Willemsse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E. idr. (2020). Spiritual Care in the Intensive Care Unit: An Integrative Literature Research. *Journal of Critical Care*, 57, 55–78.
21. Zenevich, L. T., de Olivera Varga Bitencour, J. V., Furlan de Leo, M. M. idr. (2020). Permission to Departing: Spiritual Nursing Care in Human Finitude. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). Pridobljeno s <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-V91242B8>.

Fizioterapija kod pacijenta s lumboišijalgijom kao posljedicom amputacije natkoljenice – prikaz slučaja

UDK 615.8:616.8-009.7

KLJUČNE RIJEČI: lumboišijalgija, amputacija donjeg ekstremiteta, strah, adekvatan fizioterapijski pristup

POVZETEK – Križobolja je česta bolest i veliki socioekonomski problem. Lumboišijalgija kao posljedica neadekvatnog liječenja križobolje nije rijedak problem s kojim se susreću pacijenti s križoboljom. Pacijentu je nakon teške ozljede amputirana lijeva noga. Nakon nekog vremena javljaju se bolovi u križima i duž noge. Fizioterapija nije davala rezultate. Pacijent razvija strah zbog neizvjesnosti, pokreta, pogoršanja simptoma, novih recidiva, te ima sve manje mogućnosti obavljanja aktivnosti svakodnevnog života. Operiran je zbog hernije diska, a određeni simptomi i dalje ostaju. Nakon operacije individualnim i cjelovitim fizioterapijskim procesom došlo je do znatnog poboljšanja (smanjenje straha, bolova i parestezija u donjem ekstremitetu, povlačenje hernijacija diska u ostalim segmentima lumbalne kralježnice). Cjelovitim i individualnim pristupom te pravilnim odabirom fizioterapijske intervencije moguće je kod pacijenta s kompleksnim poteškoćama križobolje postići veću razinu funkcionalnosti kralježnice i tijela. Uspostavljanjem veće razine povjerenja u profesionalnost fizioterapeuta smanjuje se strah od neizvjesnosti te pokretanja tijela.

UDC 615.8:616.8-009.7

KEYWORDS: lumboschialgia, amputation of the lower limb, fear, adequate physiotherapy approach

ABSTRACT – Low back pain is a common disease and a major socioeconomic problem. Lumbosciatica as a result of inadequate treatment of low back pain is not a rare problem faced by patients with low back pain. The patient's left leg was amputated after a severe injury. After a while, pain appeared in the lower back and along the leg. Physiotherapy did not give results. The patient developed fear due to uncertainty, movement, worsening of symptoms, new relapses, and had fewer and fewer opportunities to perform activities of daily life. He was operated on for a herniated disc, and certain symptoms still remain. After the operation, with an individual and complete physiotherapy process, there was a significant improvement (reduction of fear, pain and paresthesias in the lower extremity, reduction of disc herniations in other segments of the lumbar spine). With a comprehensive and individual approach and the correct selection of physiotherapy intervention, it is possible to achieve a higher level of functionality of the spine and body in patients with complex low back pain problems. By establishing a higher level of trust in the professionalism of the physiotherapist, the fear of uncertainty and moving the body is reduced.

1 Uvod

Trauma je vodeći uzrok amputacija donjih ekstremiteta u zemljama u razvoju i odmah je iza perifernih bolesti arterija u razvijenim zemljama (Perkins idr., 2012). U Hrvatskoj ne postoji registar osoba s amputacijama, ali podatci za Sjedinjene Američke Države kažu da se oko 16 %–45 % amputacija odnosi na traumatske amputacije (Perkins idr., 2012; Ziegler - Graham idr., 2008). Osobe koje su doživjele traumatsku amputaciju su obično mlađe dobi, te se očekuje da će duži vremenski period živjeti s navedenim deficitom (Perkins idr., 2012).

Osobe s amputacijom donjih udova pod visokim su rizikom od razvoja kronične boli u donjem dijelu leđa (križobolja), a kao razlozi se često smatraju biomehanički čimbenici (Acasio idr., 2022). Bol u donjem dijelu leđa (križobolja) i inače je vrlo čest uzrok morbiditeta i troškova

zdravstvene zaštite, s tim da je problem u amputiraca još veći (Morgenroth idr., 2010; Lo idr., 2021). Poteškoće su izražene u smislu bolova koji se iz slabinskog dijela kralježnice mogu širiti prema stopalu, parestezija u donji ekstremitet, smanjene pokretljivosti u slabinskom dijelu leđa, smanjene pokretljivosti zbog oslabljene inervacije mišića, straha, smanjene mogućnosti bavljenja profesionalnim radom ili slobodnim aktivnostima (Schnurrer - Luke Vrbanić, 2011). Kronična bol u donjem dijelu leđa može ograničiti sposobnost pacijenta u dnevnim aktivnostima (Osuni idr., 2019).

Osim križbolje, pacijenti nakon amputacije razvijaju i druge različite morbiditete. Kod pacijenata kod kojih je prisutna fantomska bol veći je udio osoba koje imaju psihijatrijske komorbiditete, suicidalne misli, depresiju, posttraumatski strnsni poremećaj i slično (Hogan idr., 2022). Također je prisutan strah od pada (Lee idr., 2022), kineziobolija (Osuni idr., 2019; Luque - Suarez idr., 2019), i slično. Bolovi i kineziobolija imaju za posljedicu ima nižu kvalitetu života (Uluž idr., 2016; Osuni idr., 2019). Hawley i suradnici (2022) su utvrdili da bol kod amputiranih osoba značajno negativno utječe na status zaposlenja. Osobe koje imaju amputaciju donjih ekstremiteta suočavaju se s nekoliko prepreka za bavljenje tjelesnom aktivnošću (Lee idr., 2022). Za osobe s amputacijom donjih udova postoje mnoge prepreke tjelesnoj aktivnosti na razini sustava, što uključuje nedostatak dostupnosti i pristupa resursima zajednice, kao i nedostupnost specijaliziranim protezama koje pogoduju sudjelovanju u tjelesnoj aktivnosti (Lee idr., 2022). Nedostatna razina tjelesne aktivnosti doprinosi razvoju pojedinih komorbiditeta, uključujući kardiovaskularne bolesti, metaboličke bolesti i slično.

Amputacija, i to neovisno o razini, ograničava bolesnika u fizičkom, psihičkom, socijalnom i profesionalnom životu (Gudelj - Velaga, 2018). Sve navedeno ukratko uvodi o važnosti ove teme. Stoga će u radu biti prikazan slučaj pacijenta nakon traumatske natkoljene amputacije, koji se dogodio prije trideset i jednu godinu. Pacijent je nakon kratkog vremena poslije amputacije razvio križbolju, a s vremenom i druge komorbiditete. Kontinuiranim, konvencionalnim terapijskim metodama nije došlo do poboljšanja, pacijent je često imao recidive križbolje, te je zbog akutnog stanja ekstruzije diska na razini L4 – L5 hitno operiran. Poslije operacije, perzistiraju jaki bolovi. Konvencionalne terapijske metode i dalje nisu davale pozitivne rezultate. Pacijent duži niz godina ne može participirati u radnom okruženju, ima vrlo lošu kvalitetu života i nisku razinu funkcioniranja općenito. Promjenom fizioterapijskog pristupa, ciljanom i pravilno odabranom fizioterapijskom intervencijom dolazi do značajnog poboljšanja, pacijentu su omogućene aktivnosti svakodnevnog života te povratak na posao. Stoga je cilj ovoga rada prikazati kako adekvatan odabir fizioterapijskih intervencija može pozitivno utjecati na kvalitetu života pojedinca, te na povećavanje participacije pacijenta u aktivnostima svakodnevnog života.

2 Prikaz slučaja

Pacijent I. B. (1955. godište) je u dobi od trideset i pet godina kao posljedica ratnih zbivanja zadobio tešku ozljedu donjeg lijevog ekstremiteta što je rezultiralo amputacijom istog u natkoljenoj regiji. Pacijent prije ozljede nije imao poteškoća s kralježnicom, već se aktivno bavio profesionalnom aktivnošću, aktivnostima dnevnog života te je aktivno igrao nogomet. Nekoliko mjeseci nakon ozljede i opskrbe natkoljениčnom protezom, pacijent je osjetio bol u donjem dijelu leđa koji su se vremenom proširili u područje duž cijelog donjeg ekstremiteta. Pacijent je često liječen u ambulanti opće medicine (simptomatska terapija, mirovanje), specijalnim bolnicama za fizikalnu terapiju (toplicama), odlazio je redovito jedan put mjesečno na masažu te povremeno na terapeutsku intervenciju spinalnom manipulacijom. Klinički status nakon terapije je uglavnom ostao nepromijenjen. S obzirom na to da nije došlo do većeg poboljšanja (osim trenutnog), kod pacijenta se razvio strah zbog neizvjesnosti, manjak

povjerenja u zdravstvenu struku, kineziophobia, dolazi do pogoršanja simptoma, novih recidiva te sve manje mogućnosti svladavanja prepreka svakodnevnog života. Nakon sedamnaest godina poteškoća s kroničnom križoboljom kod pacijenta je došlo do naglog pogoršanja. Tada je učinjena prvi puta magnetna rezonanca (MR) po uputi neurokirurga. Nalaz je pokazao da se radi o ekstruziji diska u razini L4-L5, također su potvrđene hernije diska u području L3 – L4 i L5 – S1. Posljedica ekstruzije diska se očitovala kroz neizdrživu bol (VAS skala boli 10) koja se pružala od područja donjeg dijela leđa prema stražnjem dijelu koljena, lateralnom stranom potkoljenice, prema stopalu i palcu desne noge. Bol je bila izražena u području Ahilove tetive (VAS 5). Također je zbog pritiska na korijen živca došlo do slabosti mišića te pareze n. peroneusa desne noge. Zbog svega navedenog pacijent je neurokirurški operiran. Konvencionalna postoperativna fizioterapija ne daje zadovoljavajuće rezultate.

Nakon postoperativnog perioda mijenja se fizioterapijski pristup. Pristup pacijentu je holistički i individualno usmjeren. Nakon detaljne fizioterapijske procjene napravljen je plan fizioterapijske intervencije uključujući evaluaciju pri svakoj intervenciji. Fizioterapijskom procjenom utvrđeno je kako pacijent ima konstantno jake bolove u križima i duž desne noge koji minimalno reagiraju na promjenu položaja. Razina boli prema VAS skali je bol u križima 6 te bol u desnoj nozi 8. U desnoj nozi prisutne su parestezije duž cijelog desnog ekstremiteta te pareza peronealnog živca (manualni mišićni test mišića stopala – ocjena 1). U lumbalnom dijelu kralježnice pasivnim tehnikama manualne terapije procijenjena je visoka razina napetosti dubokih i površnih ekstenzornih mišića leđa što je rezultiralo restrikcijom pokreta u smjeru fleksije trupa. S druge strane prisutna je slabost trbušnih mišića, mišića iliopsoasa te m. rectus femoris. U području bataljka (koji iznosi otprilike 1/3 cijele natkoljenice) prisutna je fleksijska kontraktura te oslabljeni mišići bataljka (posebice abduktorna i ekstenzijska skupina mišića). Manualni mišićni test desnog ekstremiteta ukazuje na izrazitu slabost muskulature. Zbog loše posture tijela, bolova u slabinskom dijelu leđa i desnoj nozi, oslabljenim mišićima u desnoj nozi i bataljku nije moguće izvesti hod na prstima ili peti desne noge niti uz nošenje proteza, niti uz pomoć podlaktičnih štaka. Hod je nekoordiniran, disfunkcionalan i neekonomičan, transfer otežan uz prisutnost bolova. Pacijent zbog bolova i slabosti nije mogao koristiti natkoljeničnu protezu prilikom hodanja, otežano je sjedio. Laterofleksija i rotacija trupa su minimalno izvodivi. Pacijent je pri izvođenju Lassegue testa osjećao bolnost u području lumbalne kralježnice i desne noge. Test je pri inicijalnoj procjeni iznosio 10°. Pacijent je u velikoj mjeri ovisan o pomoći drugih osoba/ukućana.

Liječničkim pregledom postavljena je dijagnoza, odnosno da se radi o lumboišijalgiji te su prema uputi neurokirurga učinjena tri pregleda magnetskom rezonancom:

- Prvi MRI učinjen je prije operativnog zahvata (2009. g.) te je pokazao
 - L3 –L4 hernija diska
 - L4 – L5 ekstruzija diska
 - L5 – S1 hernija diska
- Drugi MRI nakon osam mjeseci (2010. g.) od operacije:
 - L3 – L4 posteriorni bulging
 - L4 –L5 stanje nakon interlaminektomije bez znakova rezidua ili recidiva hernije diska
 - L5 –S1 manja protruzija diska
- Treći MRI nakon osam godina (2017. g.) od operacije:
 - Degenerativne promjene bez znakova hernijacije ili popratnog diskoradikalnog zbivanja

Osim navedenog, pacijent ima dijabetes melitus, hipertenziju i Miaseniu gravis. Pacijent navodi kako je povećanjem simptoma rastao strah od kretanja i veće onesposobljenosti.

Fizioterapijskom procjenom definirane su realne teškoće s kojima se pacijent susreće te su postavljeni ciljevi i plan provedbe fizioterapijske intervencije. Postavljeni su kratkoročni i dugoročni ciljevi fizioterapijske intervencije. Kratkoročni ili primarni cilj se odnosio na smanjenje kineziobije, bolova, parestezija, snaženje i mobilnost bataljka, snaženje mišića desnog donjeg ekstremiteta, edukaciju i poboljšanje pokretljivosti radi lakšeg obavljanja aktivnosti svakodnevnog života. Dugoročni ili sekundarni ciljevi odnosili su se na ponovno uspostavljanje funkcije sjedenja, nošenja natkoljenične proteze i koordinaciju hoda s podlaktičnim štakama, povratak na posao te poboljšanje opće kondicije.

Primijenjena kombinacija fizioterapijskih intervencija se odnosila na frikcijsku masažu ožiljka bataljka, tretiranje postoperativnog ožiljka, terapiju fiziološkim pokretom (pasivno, aktivno potpomognuto, aktivno) te modificiranim tehnikama po McKenzie konceptu, Maitlandu i PNF konceptu (proprioceptivna neuromuskularna facilitacija). U velikoj mjeri korišten je indirektni pristup i kombinacije različitih tehnika. Proporcionalno vremenu nakon operacije, individualnim i cjelovitim fizioterapijskim procesom došlo je do znatnog poboljšanja svega navedenog. Pacijent je pri izvođenju Lassegue testa negirao bolnost te je vidljivo povećanje opsega pokreta u desnom kuku. Pokreti fleksije, laterofleksije i ekstenzije u lumbalnom dijelu leđa su bez restrikcije pokreta i bola, a što se očituje kroz ponovnu uspostavu funkcije hoda (s ili bez podlaktičnih štaka), normalan transfer bez poteškoća pri ustajanju sa stolice pomoću podlaktičnih štaka ili bez njih, sjedenje u automobil ili izlaženje iz automobila, okretanje tijela u krevetu, itd.

Kroz fizioterapijsku intervenciju s pacijentom je provedena edukacija o pravilnom načinu sjedenja, ležanja (na buku, stomaku ili leđima), ustajanja, transferu, hodu s jednom i/ili obje podlaktične štake, hod uz i niz stepenice, preko prepreka, itd. Korištene su tehnike agonistički i dinamički obrat za snaženje muskulature i koordinaciju pokreta, hold relax i contract relax za povećanje opsega pokreta, te stabilizacijske tehnike s ciljem stabilizacije trupa prilikom sjedenja, hoda, i sl. Fizioterapeut osnažuje i motivira pacijenta, potiče ga na suradnju. Pacijent je educiran o važnosti samostalnog svakodnevnog provođenja fizioterapijskih vježbi, a koje se odnose na jačanje mišića bataljka, mišića desne noge, zdjelice, mišića fleksora i ekstenzora trupa te vježbe balansa i koordinacije pokreta tijela. No, obzirom na pacijentovu potrebu za fizioterapijskom asistencijom, pacijent dva do tri puta tjedno obavlja fizioterapiju uz pomoć fizioterapeuta. Fizioterapija danas se uglavnom sastoji od tretiranja bataljka (masiranje ožiljka, snaženje kroz dijagonalni pokret, primjena odgovarajućih tehnika (agonistički obrat, dinamički obrat), mobilizacija zglobova kuka, ekstenzijske vježbe lumbalnog dijela kralježnice po McKenzie konceptu, PNF zdjelice, mobilizacijske tehnike u području lumbalne kralježnice te vježbe donjih ekstremiteta s otporom, odnosno vježbe donjih ekstremiteta po PNF konceptu. Za stabilnost trupa, poboljšanu kvalitetu sjedenja i hoda uz povećanu stabilnost koriste se indirektna tehnika rada kao i stabilizacijski obrat i ritmička stabilizacija.

Poboljšanjem općeg stanja pacijenta koje se primarno odnosilo na smanjenje boli i povećanje pokretljivosti, provedenom edukacijom te osnaživanjem također je anulirana kineziobija, kao i ostali strahovi, a koji su kod pacijenta egzistirali od samih početaka križobolje proporcionalno vremenu i pogoršanju simptoma u leđima.

3 Rasprava

Međunarodne smjernice preporučuju provedbu terapije utemeljene na dokazima (McGrane idr., 2015), za što je neophodna adekvatna edukacija zdravstvenih djelatnika. Osim toga, zdravstveni djelatnik ima veliku ulogu u osnaživanju i motivaciji pacijenta, a na što može dodatno pozitivno utjecati uspješnom fizioterapijom te zadovoljavajućim rezultatima. Motivacijske intervencije za povećanje sklonosti tjelesnoj aktivnosti nisu dio tradicionalne fizioterapije, bez obzira na

dijagnozu pacijenta (McGrane idr., 2015). Međutim, motivacijske intervencije mogu pomoći u pridržavanju i redovitom vježbanju pacijenata, imaju pozitivan učinak na dugoročno vježbanje, mogu poboljšati samoučinkovitost i smanjiti razine ograničenja aktivnosti odnosno disfunkcionalnost (McGrane idr., 2015).

Upravo se kroz navedeni prikaz slučaja uočava važnost visoke razine educiranosti i kompetentnosti fizioterapeuta, kao i njegova umiješnost motiviranja i osnaživanja pacijenta. Primjenom i kombinacijom specijalnih tehnika i vještina (proprioceptivna neuromuskularna facilitacija, mobilizacijske tehnike) postiže se znatni napredak pacijenta. Kineziofobija, bol i disfunkcionalnost su u potpunosti nestala, kao i ovisnost o tuđoj pomoći. Pacijent, koji je bio u strahu, zabrinut i depresivan, te fizički slab s visokom razinom disfunkcionalnosti postaje samostalan, povećava se njegova razina funkcionalnosti, kao i kvaliteta života. Horvat i suradnici (1989) su u retrospektivnoj studiji dokazali da se proporcionalno vremenu amputacije donjeg ekstremiteta povećava udio križbolje kod amputacija na donjem ekstremitetu. Huang i suradnici (2016) govore o čestoj rekurentnoj herniji diska nakon primarne diskektomije. Također, isti autori navode značajnost prevencije prediktora (pušenje, protruzija diska i dijabetes) povezanih s rekurentnom hernijom diska (Huang idr., 2016). Ipak, u ovom prikazu slučaja križbolja se povukla, a magnetska rezonanca (učinjena osam mjeseci te osam godina nakon operacije) nije pokazala ponovnu herniju diska ili rezidua na razini lumbalne kralježnice, iako je pacijent pušač, i ima dijabetes melitus. Primjenom adekvatnih tehnika križbolja se može kontrolirati. Tehnike mobilizacije po Maitlandu široko je korištena tehnika manualne terapije za liječenje boli i ukočenosti zglobova (Ali idr., 2019). Manualnom terapijom po Maitland konceptu kod kronične križbolje postiže se značajno subjektivno i objektivno poboljšanje u smislu izostanka bola te veće pokretljivosti kralježnice (Matijević idr., 2018). Također, Čajkovac i suradnici (2015) ističu važnost pravilnog i pravovremenog pristupa pacijentima s križboljom kako bi pacijentu što prije bilo bolje i pri tome ističu važnost primjene mobilizacijskih tehnika u fizioterapiji. Na taj način se sprječava razvoj mogućih komplikacija i disfunkcionalnosti, te prevenira smanjene samostalnosti i participacije u aktivnosti svakodnevnog života. Gellhorn i suradnici (2012) su dokazali da su pacijenti koji su u ranoj (akutnoj) fazi križbolje primali fizioterapijsku intervenciju (mobilizacijske tehnike, adekvatne fizioterapijske vježbe) manje koristili medicinske usluge (posjet liječniku, operativni zahvati u području lumbalne regije, aplikacija injekcija) nakon akutne križbolje.

Majce i suradnici (2018) su randomiziranim kontroliranim istraživanjem na homogenoj skupini pacijenata s kroničnom križboljom 80 pacijenata podijeljenih u dvije skupine (jedna skupina je intervenirana manualnom terapijom, a druga standardiziranim individualnim terapijskim vježbama), temeljem analize mjera ishoda, a koje su se odnosile na intenzitet boli, pokretljivosti kralježnice i funkcionalne onesposobljenosti, dokazali da manualna terapija postiže značajno bolje rezultate u odnosu na klasične terapijske vježbe u liječenju kronične križbolje.

Luque - Suarez i suradnici (2019) su utvrdili kako je veći stupanj kineziofobije povezan s većom i jačom boli te invaliditetom, a što se upravo dogodilo kod pacijenta iz ovog prikaza slučaja.

Strah, Luque - Suarez i suradnici (2019), definiraju kao osnovnu emociju koja se javlja kao reakcija na neposrednu, prepoznatljivu i specifičnu prijetnju kao što je na primjer, bol. Dakle, kupiranje boli treba biti jedan od osnovnih ciljeva fizioterapijske intervencije kod pacijenata s križboljom.

Hodanje je cilj većini pacijenata, što se podudara s ciljevima prikazanim u ovom prikazu slučaja. Učinkovito hodanje zahtijeva sposobnost promjene smjera te hod unatrag, bočno, naprijed. mogućnost penjanja i spuštanja po rubnicima, penjanja stepenica i brda, te otvaranja i zatvaranja vrata se povećava korisnost aktivnosti. U prikazu slučaja navodi se da su upravo ove aktivnosti

uvježvane s pacijentom, što je doprinijelo ponovnoj uspostavi normalnog hodanja, uz korištenje natkoljениčne proteze i po potrebi dolakratne štake.

Promatrajući tijek pacijentovih poteškoća, uključujući prisutne prediktore, može se zaključiti kako je pravilno odabrana i pravovremena fizioterapijska intervencija mobilizacijskim tehnikama značajno utjecala na kvalitetu života pacijenta s amputacijom te brojnim poteškoćama križobolje.

Manualnim tehnikama uključujući fizioterapijsku intervenciju po McKenzie konceptu, Maitlandu, PNF, tretiranje ožiljka bataljka, jačanje mišića bataljka postiže se veća učinkovitost terapijskih ishoda. Ističe se individualni pristup pacijentu i manualna medicina koji daju bolje, učinkovitije te dugoročnije rezultate u liječenju križobolje u odnosu na klasične metode fizikalne terapije što posljedično smanjuje troškove liječenja (Čajkovac idr., 2017).

Kod pacijenata s križoboljom često postoji prisutnost straha zbog boli, te strah od pokreta koji bi mogao proizvesti još veću razinu boli. Pacijent je objasnio kako je povećanjem simptoma rastao strah od kretanja i veće onesposobljenosti.

Svako je neophodno naglasiti da je planiranje individualnog tretmana preciznom procjenom (procjena i ponovna procjena) sustavan proces za razvoj najprikladnijeg tretmana za svakog pacijenta (Beckers i Buck, 2021 prema Sullivan idr., 1982). Primjenom proprioceptivne neuromuskularne facilitacije nastoji se pomoći svima pacijentima da postignu najvišu moguću razinu participacije (Beckers i Buck, 2021). Upravo pomoću ovog koncepta je uvježbavan hod, primjenjivale su se različite kombinacije uzoraka pokreta za osnaživanje donjih ekstremiteta i trupa, te su korištene različite tehnike s ciljem snaženja i razvoja stabilnosti i mobilnosti.

4 Zaključak

Na temelju prikazanog slučaja može se zaključiti kako se cjelovitim i individualnim pristupom te pravilnim odabirom fizioterapijske intervencije moguće kod pacijenta s kompleksnim poteškoćama križobolje postići veću razinu zdravlja kralježnice, veću razinu funkcionalnosti kako u lumbalnom dijelu kralježnice, tako i cijeloj posturi tijela. Uspostavljanjem veće razine zdravlja kralježnice i povjerenja u profesionalnost fizioterapeuta, smanjuje se strah od neizvjesnosti te pokretanja tijela. Pacijentu je jako važno da zna kome se može obratiti u slučaju recidiva. Također, temeljem prikazanog slučaja, važno je naglasiti kako se pravilnim odabirom fizioterapijske intervencije mogu prevenirati loši ishodi kod pacijenta sa sličnim poteškoćama te primjer pacijenta može pomoći u rješavanju drugih sličnih slučajeva.

LITERATURA

1. Acasio, J. C., Butowicz, C. M., Dearth, C. L. idr. (2022). Trunk Muscle Forces and Spinal Loads while Walking in Persons with Lower Limb Amputation: Influences of Chronic Low Back Pain. *Journal of Biomechanics*, 135, 111028.
2. Adler, S. S., Beckers, D. in Buck, M. (2014). *PNF in Practice: an Illustrated Guide*. Fourth Edition. Springer - Verlag.
3. Ali, M. N., Sethi, K. in Noohu, M. M. (2019). Comparison of Two Mobilization Techniques in Management of Chronic Non-Specific Low Back Pain. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(4), 918–923.
4. Beckers, D. in Buck, M. (2021). *PNF in Practice: an Illustrated Guide*. Fifth Edition. Springer - Verlag.
5. Čajkovac, N., Brumnić, V. in Janković, S. (2017). Važnost individualnog pristupa i manualne terapije u liječenju pacijenata s križoboljom. V Smoljić, M. in Janković, S. (ur.), *Zbornik radova* 3.

- međunarodnog znanstveno-stručnog skupa »Fizioterapija u sportu, rekreaciji i wellnessu« (str. 228–236). Vukovar: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru.
6. Čajković, N., Brumnić, V., Znika, M. idr. (2015). Fizioterapijska intervencija mobilizacijskim tehnikama pacijenta s križoboljom – prikaz slučaja. V H. Čolaković (ur.), Zbornik radova i sažetaka Prvog međunarodnog kongresa fizioterapeuta Bosne i Hercegovine (str. 139–143). Mostar: Grafotisak.
 7. Gellhorn, A. C., Chan, L., Martin, B. idr. (2012). Management Patterns in Acute Low Back Pain: the Role of Physical Therapy. *Spine*, 37(9), 775.
 8. Gudelj - Velaga, I. (2018). Psihosocijalna prilagodba bolesnika poslije amputacije donjeg ekstremiteta Psychosocial adaptation of patients after amputation of the lower extremities. *Sestrinski glasnik*, 23(1), 36–45.
 9. Hawley, C. E., Armstrong, A. J., Darter, B. J. idr. (2022). Veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom: Employment Status Following Traumatic Amputation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 53(1), 68–80.
 10. Horvat, M., Glavić, K. in Gospočić, G. (1989). Križobolja kao klinički problem nakon amputacije noge. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 6(1–2), 17–19.
 11. Huang, W., Han, Z., Liu, J. idr. (2016). Risk Factors for Recurrent Lumbar Disc Herniation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 95(2), e2378.
 12. Lee, L. S., Hitzig, S. L., Mayo, A. idr. (2022). Factors Influencing Physical Activity among Individuals with Lower Limb Amputations: a Qualitative Study. *Disability and Rehabilitation*, 1–10.
 13. Lo, J., Chan, L. in Flynn, S. (2021). A Systematic Review of the Incidence, Prevalence, Costs, and Activity and Work Limitations of Amputation, Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Back Pain, Multiple Sclerosis, Spinal Cord Injury, Stroke, and Traumatic Brain Injury in the United States: a 2019 update. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(1), 115–131.
 14. Luque - Suarez, A., Martinez - Calderon, J. in Falla, D. (2019). Role of Kinesiophobia on Pain, Disability and Quality of Life in People Suffering from Chronic Musculoskeletal Pain: a Systematic Review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(9), 554–559.
 15. Majce, A., Majce, M. in Vlak, T. (2018). Učinkovitost prvog tretmana manualne terapije na kliničke i funkcijske parametre slabinske kralježnice u bolesnika s križoboljom. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 31(1–2), 107–108.
 16. Matijević, V., Marić Sabadoš, J. in Anzulović, I. (2018). Učinkovitost Maitland koncepta kod bolesnice sa oštećenjem femoralnog živca. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*, 31(1–2), 75–75.
 17. McGrane, N., Galvin, R., Cusack, T. idr. (2015). Addition of Motivational Interventions to Exercise and Traditional Physiotherapy: a Review and Meta-Analysis. *Physiotherapy*, 101(1), 1–12.
 18. Morgenroth, D. C., Orendurff, M. S., Shakir, A. idr. (2010). The Relationship between Lumbar Spine Kinematics during Gait and Low-Back Pain in Transfemoral Amputees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(8), 635–643.
 19. Osumi, M., Sumitani, M., Otake, Y. idr. (2019). Kinesiophobia Modulates Lumbar Movements in People with Chronic Low Back Pain: a Kinematic Analysis of Lumbar Bending and Returning Movement. *European Spine Journal*, 28, 1572–1578.
 20. Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G. idr. (2012). Factors Affecting Outcome after Traumatic Limb Amputation. *Journal of British Surgery*, 99(1), 75–86.
 21. Schnurrer - Luke Vrbanić, T. (2011). Križobolja-od definicije do dijagnoze. *Reumatizam*, 58(2), 105–107.
 22. Uluğ, N., Yakut, Y., Alemdaroğlu, İ. idr. (2016). Comparison of Pain, Kinesiophobia and Quality of Life in Patients with Low Back and Neck Pain. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(2), 665–670.
 23. Ziegler - Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L. idr. (2008). Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(3), 422–429.

Občutenje notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi

UDK 614.253.5:159.923.2

KLJUČNE BESEDE: občutenje notranje skladnosti, delovno okolje, zdravstvena nega

POVZETEK – Občutenje notranje skladnosti je mehanizem za soočanje z izzivi, ki jih postavlja življenje. Občutenje notranje skladnosti je mehanizem in osebnostna lastnost posameznika, ki lahko obvaruje zaposlene v zdravstveni negi pred različnimi tveganji za zdravje. Zaposleni v zdravstveni negi z močnejšim občutenjem notranje skladnosti občutijo manj obremenitev na delovnem mestu, manj so prisotni negativni učinki stresa, višja je samoocena lastne strokovne usposobljenosti, bolje opravljajo svoje delo in višja je tudi ocena lastnega zdravstvenega stanja. Namen raziskave je bil ugotoviti in predstaviti pomen posedovanja občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi. Za merski instrument je bil uporabljen mednarodni vprašalnik za merjenje občutenja notranje skladnosti. Statistično populacijo so predstavljali zaposleni v zdravstveni negi v gorenjskih zdravstvenih in socialnovarstvenih ustanovah ($n = 788$), realizacija vzorca je bila 28,2 % ($n = 222$). V raziskavi smo ugotovili, da je občutenje notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi povezano z delovnim okoljem in tudi s socio-demografskimi značilnostmi anketiranih. Raven občutenja notranje skladnosti lahko spreminjamo in povečujemo, k slednjemu pomembno pripomore raziskovanje virov zdravja, izobraževanje zaposlenih in zagotavljanje ugodnih delovnih pogojev.

UDC 614.253.5:159.923.2

KEYWORDS: sense of inner harmony, work environment, nursing

ABSTRACT – A sense of inner harmony is a mechanism for coping with the challenges in everyday life. It is a mechanism and a personal characteristic of an individual that can protect nursing employees from various health risks. Nursing employees with a stronger sense of inner harmony feel less strain at work, the negative effects of stress are less present, self-assessment of their own professional competence is higher, they perform their work better, and the assessment of their own health status is also higher. The purpose of the research was to identify and present the importance of having a sense of inner harmony in nursing employees. An international questionnaire was used as the measurement instrument to measure the sense of inner harmony. The statistical population was represented by employees in nursing care in Gorenjska health and social care institutions ($n = 788$), the response rate was 28.2% ($n = 222$). Research showed that inner harmony among the nursing staff was associated with work environment as well as with socio-demographic characteristics of the respondents. The level of inner harmony can be modified and increased, and important contributions to the latter are the exploration of health resources, employee training and ensuring quality work environments.

1 Teoretična izhodišča

V današnjem delovnem življenju se od zaposlenih pričakuje, da so zavzeti, inovativni in psihološko povezani s svojim delom (Bakker idr., 2011, str. 4–28). Zaposleni v zdravstvenem sektorju morajo obvladovati širok razpon dejavnosti in okolij, ki lahko tudi ogrožajo njihovo zdravje in povzročajo tveganje za poklicno bolezen ali z delom povezane nezgode. Pojavlja se vse večje pomanjkanje zdravstvenih delavcev – starajoče se zdravstveno osebe in nezadostno

število novo zaposlenih, ki bi nadomestili tiste, ki odhajajo v pokoj. Zdravstvena nega je že sama po sebi stresen poklic (Caruso, 2014, str. 16–25) in je trenutno na kritični točki, glede na globalno potrebo po povečanju števila zaposlenih v zdravstveni negi za zagotavljanje zdravstvenega varstva (Cuellar in Zaiontz, 2013, str. 89–101). Zdravstvene ustanove se soočajo s pomanjkanjem kadrov v zdravstveni negi, zato je pomembno preučiti dejavnike, ki vplivajo na fluktuacijo med zaposlenimi v zdravstveni negi (Kuo idr., 2014, str. 225–233). Naj na tem mestu pojasnimo, da smo se odločili za uporabo termina občutenje notranje skladnosti. Gre za prevod angleške besedne zveze sense of coherence. V slovenskem prostoru oz. slovenskih delih se uporablja izraz občutek koherentnosti/občutek notranje skladnosti (Cvirn, 2013; Ponikvar, 2015, str. 28–30; Stern idr., 2019, str. 31–39). Ker v nadaljevanju ugotavljamo, da je notranja skladnost skupek treh dimenzij, da gre za nedovršen in ves čas trajajoč proces, smo se odločili za uporabo termina občutenje (Antonovsky, 1987a).

1.1 Občutenje notranje skladnosti

Občutenje notranje skladnosti je mehanizem za soočanje z izzivi, ki jih postavlja življenje. Ustvarjen je na podlagi treh koreliranih elementov: občutenja razumljivosti, obvladljivosti (upravljalnosti) in smiselnosti (Kretowicz in Bieniaszewski, 2015, str. 713–717). Občutenje notranje skladnosti vpliva na zdravje. Močnejše, kot je, boljše je zdravje, služi kot varovalo pred stresom, povezanim s kroničnimi boleznimi, ter vpliva na vedenje za zdravje – močnejše kot je občutenje notranje skladnosti, bolj zdravo je vedenje (Eriksson, 2014, str. 973–993). Posamezniki z višjo ravno občutenja notranje skladnosti se zaradi drugačne percepcije in ocene dogodkov soočajo z nižjim odstotkom bremena in se bolj uspešno spoprijemajo s stresom kot posamezniki z nižjo ravno občutenja notranje skladnosti; slednji so veliko bolj dovzetni za zdravstvene težave, kot sta izgorelost ali depresija (Malagon - Aguilera idr., 2012, str. 214–218). Zaposleni v zdravstveni negi z močnejšim občutenjem notranje skladnosti občutijo manj obremenitev na delovnem mestu, manj so prisotni negativni učinki stresa, višja je samoocena lastne strokovne usposobljenosti, bolje opravljajo svoje delo in višja je tudi ocena lastnega zdravstvenega stanja (Basinska idr., 2011, str. 256–266). Zato je ocenjevanje občutenja notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi koristno, saj raven oz. moč občutenja notranje skladnosti lahko spreminjamo, se pravi, tudi povečamo z izobraževanjem (Kretowicz in Bieniaszewski, 2015, str. 713–717).

Občutenje notranje skladnosti je opredeljeno kot vir, ki ljudem omogoča, da se zoperstavijo napetostim, razmišljajo o lastnih notranjih virih, jih prepoznajo in aktivirajo in tako na zdrav način poiščejo rešitve in se spoprijemajo s stresom (Lindmark idr., 2011, str. 103–113; Eriksson, 2017, str. 91–96). Je pomembno povezano z dojetjem zdravja, s socialno podporo, z duhovnostjo in motivacijo, tako med mladostniki kot odraslimi v vseh starostih (Conway - Phillips, 2011, str. 27–32; Moksnes idr., 2011, str. 157–165). Nekateri avtorji šibko občutenje notranje skladnosti povezujejo tudi s povečanim tveganjem za depresijo in samomor (Sjöström idr., 2012, str. 62–69; Spadoti Dantas idr., 2014, str. 156–165; Paika idr., 2017, str. 1–10). Občutenje notranje skladnosti ni prirojeno, je naučeno občutenje, ki se oblikuje skozi izkušnje v zasebnem in poklicnem življenju (Antonovsky, 1979; Togari in Yamazaki, 2012, str. 32–42; Urakawa idr., 2012, str. 1–6). Razvija se skozi celoten življenjski cikel, kar pomeni, da se s starostjo, predvsem pa v zgodnji odrasli dobi, lahko povečuje (Nilsson idr., 2010, str. 347–352; Feldt idr., 2011, str. 69–79; Lajunen, 2019, str. 731–747). Občutenje notranje skladnosti je mehanizem posameznika, ki lahko pri zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja identifikacijski in varovalni dejavnik zdravja ter dobrega počutja (Jenny idr., 2017, str. 197–210). Visoka raven občutenja notranje skladnosti omogoča uspešnejše spoprijemanje s stresom, uspešnejše prilagajanje in iskanje rešitev, posledično pa večje zadovoljstvo pri delu in zagotavljanje obstoja kakovostnih kadrov v zdravstveni negi.

1.2 Občutenje notranje skladnosti med izvajalci zdravstvene nege

Zaposleni v zdravstveni negi z močnejšim občutenjem notranje skladnosti zaznavajo manjše obremenitve na delovnem mestu, se bolje spoprijemajo s stresom, bolje ocenjujejo lastno zdravstveno stanje, imajo višjo samooceno strokovne usposobljenosti in svoje delo opravljajo bolj kakovostno (Basinska idr., 2011, str. 256–266; Stock, 2017, str. 238–241). Raven občutenja notranje skladnosti predstavlja okvir, znotraj katerega ljudje dojemajo svoje življenje kot bolj ali manj razumljivo, obvladljivo in smiselno. Obstajajo dokazi o vplivu omenjenega občutenja na številne izide, povezane z zdravjem (Vogt idr., 2016, str. 194–207). Raven občutenja notranje skladnosti se povezuje s splošnimi težavami v duševnem zdravju, simptomi posttravmatskega stresa ter vpliva na pojav depresije pri zaposlenih v zdravstveni negi (Kikuchi idr., 2014, str. 32–35; Schäfer idr., 2018, str. 1–11). Raziskava v japonski bolnišnici je pokazala, da je bilo depresivno stanje zaposlenih v zdravstveni negi povezano s stresom na delovnem mestu in tudi s spodbujanjem razvoja občutenja notranje skladnosti. Višje tveganje za duševno preobremenitev je pri tistih zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo šibkejšo občutenje notranje skladnosti (Kikuchi idr., 2014, str. 32–35; Debska idr., 2017, str. 35–40). Zaposleni, ki verjamejo, da sta njihovo delo in prizadevanje smiselna, vredna truda in se izplačata, bodo pogosteje občutili zadovoljstvo pri delu, doživljali pozitivna čustvena stanja in večje osebne dosežke (Maslach, 2011, str. 47–52; Steger idr., 2013, str. 348–361; Tummers in Den Dulk, 2013, str. 850–859; Elovainio idr., 2015, str. 289–300). Občutenje notranje skladnosti in uspešno spoprijemanje s stresom vplivata na kvaliteto življenja nasploh. Močno občutenje notranje skladnosti je povezano z boljšo oceno kakovosti življenja, samoučinkovitostjo ter manjšo prisotnostjo mišično-skeletnih bolečin. Slednje so pri izvajalcih zdravstvene nege pogosto prisotne in pomembno vplivajo na izvajanje zdravstvene nege (Malinauskiene idr., 2011, str. 2383–2393; Chumblor idr., 2013, str. 1–8; Kowitlawkul idr., 2019, str. 61–69). Poleg vsega navedenega vemo, da je velik problem v zdravstveni negi izgorevanje zaposlenih. Nekateri zaposleni imajo moč preprečiti izgorelost in uspešno delovati v stresnem okolju. Visoka raven občutenja notranje skladnosti lahko zaposlene v zdravstveni negi dobro opremi za uspešno spoprijemanje s stresom in tako posredno služi kot zaščita pred izgorevanjem (Nordang idr., 2010, str. 1–12; Darban idr., 2016, str. 1–4). To je pomembno, saj izgorevanje vpliva na varnost zaposlenih in varno oskrbo pacienta, za zaposlene v zdravstveni negi, ki so uspešni, pa velja, da izvajajo kakovostno zdravstveno nego. Visoka raven občutenja notranje skladnosti in nizka raven izgorelosti se povezujeta s pozitivno varnostno kulturo med izvajalci zdravstvene nege. Le zaposleni z dobrim duševnim in telesnim zdravjem so zmožni zagotavljati kakovostno oskrbo pacientov (Bender, 2016, str. 32–40; Viflaldt idr., 2016, str. 26–34; Johnson idr., 2018, str. 20–32; Joshua in Karkada, 2017, str. 28–36).

Raven občutenja notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je povezana z izobraževanjem zaposlenih – z izobraževanjem se lahko raven spremeni, poviša (Kretowicz in Bieniaszewski, 2015, str. 713–717). Spodbujanje razvoja občutka notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi je pomembno z vidika podpore pri ohranjanju in izboljševanju duševnega zdravja (novo)zaposlenih v zdravstveni negi, pri zmanjševanju izgorelosti in implementaciji zdravega vedenja pri delu. Občutenje notranje skladnosti in njeni sestavni deli so napovednik vzorcev vedenja, povezanih z delom. Posamezniki, ki uporabljajo zdrave vzorce vedenja, so usmerjeni k doseganju postavljenih ciljev in svoja prizadevanja realno predvidijo glede na težavnost nalog oz. izzivov (Basinska idr., 2011, str. 256–266; Takeuchi idr., 2013, str. 122–129; Jenny idr., 2017, str. 197–210). Zdi se, da so tisti, ki imajo šibko občutenje notranje skladnosti, še posebej ranljivi za stiske v življenju (Super idr., 2014, str. 411–417). Ocenjevanje ravni občutenja notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je smiselno izvajati kot sestavni del preprečevanja, identifikacije in reševanja problemov, ki so povezani z izvajanjem zdravstvene nege in delovnimi pogoji (Basinska idr., 2011, str. 256–

266). Pri krepitvi občutenja notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi je zelo pomembno vedenje vodstvenega kadra v zdravstveni negi, ker slednji oblikuje spodbude ali ovire pri krepitvi občutenja pri vseh zaposlenih v zdravstveni negi (Aslam idr., 2018, str. 146–154). Podpora pri spoprijemanju s stresom in z zahtevnimi delovnimi razmerami bo konstruktivna in spodbudna za zaposlene v zdravstveni negi ter posledično tudi za varnostno kulturo (Viflaldt idr., 2016, str. 26–34).

Glede na vse zgoraj navedene rezultate tujih raziskav smo se namenili raziskati občutenje notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi v gorenjski regiji. Namen raziskave je raziskati in predstaviti pomen posedovanja občutenja notranje skladnosti ter morebitne načine krepitve občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi. Z rezultati raziskave želimo omogočiti doseganje občutenja notranje skladnosti tudi pri zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskem prostoru.

2 Metode

2.1 Cilji raziskave

Cilji raziskave so bili ugotoviti obstoječo raven občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v gorenjskih bolnišnicah, zdravstvenih domovih in socialno-varstvenih ustanovah; ugotoviti razlike v občutenju notranje skladnosti glede na socio-demografske lastnosti anketirancev; ugotoviti razlike v občutenju notranje skladnosti glede na značilnosti delovnega okolja anketiranih.

Za proučevanje občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi smo postavili tri glavne raziskovalne hipoteze:

H1: Obstaja povezanost med anketiranci, zaposlenimi na različnih ravneh zdravstva, in med ravno občutenja notranje skladnosti.

H2: Obstaja povezanost med socio-demografskimi značilnostmi anketirancev (spol, starost, izobrazba, partnerski status) in ravno občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v gorenjskih bolnišnicah, zdravstvenih domovih in socialno-varstvenih ustanovah.

H3: Obstaja povezanost med delovnim okoljem (trajanje zaposlitve, pogoji dela, zadovoljstvo na delovnem mestu) in ravno občutenja notranje skladnosti pri zaposlenih v zdravstveni negi v gorenjskih bolnišnicah, zdravstvenih domovih in socialno-varstvenih ustanovah.

Raziskava je bila izvedena v okviru magistrskega dela.

2.2 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno eksplorativno metodo raziskovanja. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo dela s pregledom strokovne in znanstvene literature. Uporabili smo podatkovne baze, kot so: CINAHL, Pub Med, Medline, ProQuest Dissertations, SpringerLink, WILEY, Vzajemno bibliografsko kataložno bazo podatkov Virtualne knjižnice Slovenije (COBIB.SI) in Google Učenjak ter gradivo iz Centralne medicinske knjižnice v Ljubljani. Empirični del temelji na eksplorativni raziskavi. Za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik.

2.3 Opis instrumenta

V naši raziskavi smo uporabili vprašalnik zaprtega tipa, ki je sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop vprašalnika je v slovenski jezik preveden vprašalnik, ki ga je razvil Antonovsky. Gre za

29-delni vprašalnik, imenovan Občutenje notranje skladnosti (Sense of coherence – SOC-29) oziroma t. i. vprašalnik o življenjski usmerjenosti (Orientation to Life), za merjenje občutenja notranje skladnosti. Vprašalnik SOC-29 vsebuje trditve, ki merijo: razumljivost, obvladljivost in smiselnost. Vprašalnik SOC-29 ima 29 vprašanj oz. trditev o življenjski usmerjenosti: 11 trditev, ki merijo razumljivost, 10 trditev, ki merijo obvladljivost (upravljivost), in 8 trditev, ki merijo smiselnost. Anketirani so se do posamezne trditve opredelili na podlagi Likertove lestvice, ki obsega od 1 do 7 točk, kjer 1 in 7 označujeta ekstremna čustva glede posameznih vprašanj in trditev (npr. odgovor na vprašanje »Ko se pogovarjate z ljudmi, ali imate občutek, da vas ne razumejo?« je ocenjen od 1 = nikoli nimam tega občutka do 7 = vedno imam takšen občutek). Drugi sklop vprašalnika zajema 11 vprašanj, s katerimi smo pridobili splošne oziroma socio-demografske podatke anketirancev. Deset vprašanj predstavljajo spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe, raven zdravstva, področje dela, trajanje zaposlitve na področju zdravstvene nege, delovni čas, šolanje, izobraževanje. Eno vprašanje pa je sestavljeno iz treh trditev, ki se nanašajo na oceno zadovoljstva s trenutnim delovnim mestom, razmišljanjem o menjavi delovnega mesta in razmišljanjem o opustitvi dela na področju zdravstvene nege. Odgovori anketirancev so bili opredeljeni z Likertovo lestvico od 1 do 5, kjer 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, 2 pomeni »se ne strinjam«, 3 pomeni »delno se strinjam/delno se ne strinjam«, 4 pomeni »se strinjam«, 5 pomeni »popolnoma se strinjam«.

S Cronbach alfa koeficientom je bila izračunana notranja zanesljivost SOC-29 v 124 raziskavah in je pokazala visoko zanesljivost ($\alpha = 0,70$ do $\alpha = 0,92$) (Eriksson in Lindström, 2005, str. 463). Na podlagi izračuna koeficienta Cronbach alfa je naš vprašalnik SOC-29 zanesljiv ($\alpha = 0,872$). Homogenost SOC-29 smo preverili s Spearmanovo korelacijo, kjer smo iskali povezanost posamezne trditve s skupno lestvico. Korelacije med posameznimi trditvami in skupno lestvico smo izračunali, ko je bila posamezna trditev izpuščena iz skupne lestvice (Streiner in Norman, 2008). Vse trditve so statistično pomembno povezane ($p < 0,001$) s skupno lestvico, pri čemer prihaja od nizke povezanosti ($r = 0,204$) do zmerne povezanosti ($r = 0,682$), zato lahko potrdimo homogenost SOC-29.

2.4 Opis vzorca

Statistično populacijo so predstavljali vsi zaposleni v zdravstveni negi v zdravstvenih in socialnih zavodih v gorenjski regiji. Na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (n. d.), zavihek izvajalci zdravstvenih storitev, smo pridobili podatek, da so v gorenjski regiji štiri bolnišnice in deset socialno-varstvenih ustanov (domovi za ostarele – nega). Na spletni strani Osnovno zdravstvo Gorenjske (2019) smo pridobili podatek o številu njihovih organizacijskih enot, ki jih predstavlja sedem zdravstvenih domov. V ciljno populacijo smo vključili vse zaposlene v zdravstveni negi v izbranih ustanovah, ne glede na izobrazbo – srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik, višja in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, magistrice/magistri zdravstvene nege, medicinske sestre/zdravstveniki z doktoratom. Soglasje k raziskavi smo pridobili za dvanajst zavodov, štirje so sodelovanje odklonili, pet zavodov ni podalo odgovora na našo prošnjo za sodelovanje v raziskavi. Glede na dostopnost podatkov je bilo v izbranih ustanovah, ki so soglašale in sodelovale v raziskavi, skupno 788 zaposlenih v zdravstveni negi. V celoti je bilo izpolnjenih 222 vprašalnikov (28,2 % realizacija vzorca). Več kot polovica anketiranih so bile ženske ($n = 189$, 85,1 %). Polovica anketiranih ima srednješolsko izobrazbo ($n = 113$, 50,9 %), približno polovica anketiranih ($n = 112$, 50,5 %) je poročenih. V primarnem zdravstvenem varstvu je zaposlenih 57,7 % ($n = 128$) anketiranih. Oddelki, na katerih dela največ anketiranih, so: ambulanta družinske medicine, referenčna ambulanta ($n = 39$, 17,6 %), negovalna enota, negovalni oddelek ($n = 37$, 16,7 %), specialistična ambulanta, dispanzer ($n = 34$, 15,3 %) in intenzivni oddelek, urgencia, nujna medicinska pomoč ($n = 32$, 14,4 %). Skoraj polovica anketiranih ($n = 107$, 48,2 %) opravlja dvoizmensko delo, poleg izmenskega dela pa nekaj

anketiranih opravlja tudi dežurstva (n = 59, 26,6 %). Skoraj polovica anektiranih (n = 108, 48,6 %) se je v zadnjih 12 mesecih več kot trikrat udeležila strokovnih izobraževanj. Večina anketiranih trenutno ob delu ne študira (n = 182, 82 %).

2.5 Opis zbiranja in obdelave podatkov

S pomočjo spletnih strani izbranih zavodov, ki so soglašali z raziskavo, smo pridobili elektronske naslove glavnih medicinskih sester in pomočnikov direktorja za področje zdravstvene nege. Vodje smo zaprosili, da posredujejo povezavo do spletne ankete svojim zaposlenim v zdravstveni negi. V času izvedbe anketiranja smo ponovno preko elektronske pošte povabili k sodelovanju vse tiste zavode, ki nam niso podali odgovorov na prošnjo za sodelovanje v raziskavi, poleg tega smo dvakrat poslali vljudni opomnik k sodelovanju ustanovam, ki so soglašale s sodelovanjem v raziskavi. Anketirane smo po elektronski pošti in v uvodnem nagovoru ankete seznanili z vsebino in namenom raziskave. Strinjanje je bilo zagotovljeno s prostovoljnim sodelovanjem v raziskavi, zagotovljena je bila tudi anonimnost. Zasebnost odgovorov je bila zagotovljena s tem, da URL-ji (Uniform Resource Locator) ankete niso bili individualizirani. Na podlagi vprašalnika smo zbirali podatke s tehniko anketiranja. Katedra za javno zdravje na Medicinski fakulteti, Univerza v Ljubljani, je pridobila privoljenje lastnika licence in s tem dovoljenje za spletno uporabo vprašalnika SOC-29 v raziskovalne namene, ki je lahko dostopen le v času poteka raziskav (Cvirn, 2013). Vprašalnik je bil izdelan preko spletne strani www.1ka.si. Izvedba anketiranja je potekala od 2. 11. 2019 do 15. 2. 2020.

Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 22.0. Za analizo podatkov smo uporabili različne statistične metode: metodo opisne statistike s frekvenčno (n) in odstotno porazdelitvijo (%), povprečne vrednosti (PV) ter standardno deviacijo (SO). S testom hi-kvadrat in t-testom za neodvisne vzorce, ANOVO, Spearmanovo korelacijo in Pearsonovo korelacijo smo preverjali statistično značilne razlike ali povezanosti med vzorci, pridobljenimi v bolnišnicah, zdravstvenih domovih ter socialno-varstvenih ustanovah. Uporabili smo tudi faktorsko analizo, Kaiser-Meyer-Olkin in Bartlettov test sferičnosti. Kot metodo analitične statistike smo uporabili multivariatno linearno regresijo in analizo variance. Mejo statistične pomembnosti je določala vrednost $p \leq 0,05$. Zanesljivost merskega instrumenta smo preverili z metodo analize notranje konsistentnosti.

3 Rezultati

V tabeli 1 so prikazane povprečne vrednosti točk, ki so jih anketirani dosegli pri reševanju SOC-29 vprašalnika, s katerim se meri občutenje notranje skladnosti. Povprečne vrednosti so prikazane za vsako posamezno vprašanje. Seštevek točk po posameznih dimenzijah in celotnega vprašalnika je prikazan v nadaljevanju.

Tabela 1: Prikaz povprečnih vrednosti točk pri posameznem vprašanju SOC-29 vprašalnika

SOC – 29 (N = 222)	PV	SO	MIN	MAX
1. Ko se pogovarjate z ljudmi, ali imate občutek, da vas NE razumejo (1 – nikoli; 7 – ta občutek imam vedno)? (R)	2,59	1,316	1	7
2. Ko ste v preteklosti morali narediti nekaj, kar je bilo odvisno od sodelovanja z drugimi, ali ste imeli občutek, da: 1 – to zagotovo ne bo narejeno; 7 – bo to zagotovo narejeno.	5,06	1,299	1	7
3. Pomislite na ljudi, s katerimi prihajate dnevno v stik (razen tistih, za katere menite, da so vam najbližji). Kako dobro poznate večino od njih (1 – občutek imam, da so tujci; 7 – poznam jih zelo dobro)?	4,71	1,269	1	7

<i>SOC – 29 (N = 222)</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
4. Imate občutek, da vam pravzaprav ni dosti mar, kaj se dogaja okoli vas (1 – zelo redko; 7 – to se mi vedno dogaja)? (R)	2,39	1,604	2	7
5. Se vam je v preteklosti kdaj zgodilo, da ste bili presenečeni nad vedenjem ljudi, za katere ste mislili, da jih dobro poznate (1 – to se mi ni še nikoli zgodilo; 7 – to se mi vedno dogaja)? (R)	4,21	1,296	2	7
6. Se vam je že zgodilo, da so vas razočarali ljudje, na katere ste računali (1 – to se mi ni še nikoli zgodilo; 7 – to se mi vedno dogaja)? (R)	4,07	1,379	2	7
7. Življenje je: 1 – polno zanimivih stvari; 7 – popolnoma enolično. (R)	1,86	1,285	1	7
8. Do sedaj je vaše življenje: 1 – bilo brez jasnih ciljev oz. ni imelo nikakršnega smisla; 7 – imelo zelo jasne cilje in namen.	5,92	0,957	1	7
9. Imate občutek, da so drugi nepošteni do vas (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	4,98	1,396	1	7
10. V zadnjih desetih letih je bilo vaše življenje: 1 – polno sprememb, ne da bi vedeli, kaj se bo zgodilo v naslednjem trenutku; 7 – popolnoma usklajeno in pregledno.	3,96	1,629	1	7
11. Večina stvari, ki jih boste počeli v prihodnje, bo verjetno: 1 – izjemno zanimivih/očarljivih; 7 – na smrt dolgočasnih. (R)	2,42	1,211	1	6
12. Imate občutek, da vam položaj ni domač/ni znan in da ne veste, kaj narediti (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	5,37	1,290	1	7
13. Kaj najbolje opisuje vaš pogled na življenje: 1 – za boleče stvari v življenju se vedno lahko najde rešitev; 7 – ni rešitev za boleče stvari v življenju? (R)	2,07	1,131	1	6
14. Ko razmišljate o svojem življenju, zelo pogosto: 1 – čutite, kako dobro je živeti; 7 – se sprašujete, zakaj sploh obstajate. (R)	1,98	1,121	1	7
15. Ko se soočate s težkimi problemi, je izbira rešitve: 1 – vedno zmedena in jo je težko najti; 7 – vir bolečine in dolgočasje.	4,82	1,118	1	7
16. Stvari, ki jih počnete vsak dan, so: 1 – vir globokega veselja in zadovoljstva; 7 – vir bolečine in dolgočasje. (R)	2,57	1,034	1	6
17. V prihodnosti bo vaše življenje najverjetneje: 1 – polno sprememb, ne da bi vedeli, kaj se bo zgodilo v naslednjem trenutku; 7 – popolnoma usklajeno in pregledno.	3,94	1,516	1	7
18. Ko se vam je v preteklosti zgodilo kaj neprijetnega, ste običajno: 1 – se zaradi tega »žrli«; 7 – rekli, »kar je, je, s tem moram živeti« in šli naprej.	4,15	1,729	1	7
19. Imate zelo mešane občutke in ideje: 1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli?	4,32	1,439	1	7
20. Ko naredite nekaj, kar vam da dober občutek: 1 – je samo po sebi razumljivo, da bo občutek trajal; 7 – pričakujete, da se bo zagotovo zgodilo nekaj, kar bo dober občutek pokvarilo. (R)	2,89	1,298	1	7
21. Se vam zgodi, da imate notranje občutke, ki jih raje ne bi občutili (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	4,61	1,641	1	7
22. Pričakujete, da bo vaše zasebno življenje v prihodnosti: 1 – povsem brez smisla (pomena) in namena; 7 – polno smisla (pomena) in namena?	5,91	1,124	1	7
23. Menite, da bodo vedno obstajali ljudje, na katere boste v prihodnosti lahko računali (1 – prepričani ste, da bodo; 7 – dvomite, da bodo)? (R)	2,06	1,402	1	7

<i>SOC – 29 (N = 222)</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>
24. Se vam dogaja, da imate občutek, da ne veste natančno, kaj se bo zgodilo (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	4,51	1,503	1	7
25. Veliko ljudi, celo tisti z močnim značajem, se v določenem položaju počuti kot kup nesreče (kot zguba). Kako pogosto ste se v preteklosti tako počutili Vi (1 – nikoli; 7 – zelo pogosto)? (R)	3,16	1,277	1	7
26. Ko se je zgodila neka stvar, ste na splošno ugotovili, da ste: 1 – precenili ali podcenili njen pomen; 7 – pravilno ocenili njen pomen.	4,69	1,265	1	7
27. Ko pomislite na težave, povezane s pomembnimi vidiki Vašega življenja, s katerimi se boste verjetno soočili, imate občutek, da: 1 – boste pri premagovanju teh težav vedno uspešni; 7 – pri premagovanju težav ne boste uspešni. (R)	2,80	1,083	1	7
28. Kako pogosto imate občutek, da je Vaše vsakodnevno početje v življenju nesmiselno (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	5,75	1,368	1	7
29. Kako pogosto imate občutke, za katere niste prepričani, da jih lahko nadzorujete (1 – zelo pogosto; 7 – zelo redko ali nikoli)?	5,22	1,442	1	7

Legenda: N = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, MIN = najnižja vrednost podanega strinjanja, MAX = najvišja vrednost podanega strinjanja, (R) = obratno vrednotenje točk.

V tabeli 2 je prikazan izračun občutenja notranje skladnosti, pri čemer smo posamično izračunali vrednosti za dimenzijo razumljivost (C – comprehensibility), dimenzijo obvladljivost (MA – manageability) in za dimenzijo, ki predstavlja smiselnost (ME – meaningfulness). Vrednotenje odgovorov na vprašanja predstavlja izračun vsote vrednosti odgovorov, pri čemer smo upoštevali navodila za kodiranje in vrednotenje odgovorov na vprašanja (pozitivno in negativno vrednotene točke).

Tabela 2: Izračun občutenja notranje skladnosti

<i>SOC-29</i>	<i>MIN</i>	<i>MAX</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>
C	27	72	49,77	8,087
MA	24	69	50,41	7,489
ME	19	56	46,36	6,574
ONS	79	197	146,54	19,166

Legenda: C – razumljivost MA – obvladljivost, ME – smiselnost, ONS – občutenje notranje skladnosti, MIN = minimalne pridobljene točke, MAX = maksimalne pridobljene točke, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Tabela 3 prikazuje občutenje notranje skladnosti glede na raven zdravstva.

Tabela 3: Občutenje notranje skladnosti glede na raven zdravstva

<i>Raven zdravstva</i>	<i>n</i>	<i>C</i>		<i>MA</i>		<i>ME</i>		<i>Občutenje notranje skladnosti</i>	
		<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>	<i>PV</i>	<i>SO</i>
Primarna	128	52,63	8,09	51,61	7,54	47,11	6,62	152,21	19,33
Sekundarna	32	50,17	8,11	50,47	7,48	46,26	6,57	146,92	19,12
Terciarna	39	49,11	7,82	50,21	7,29	46,31	6,54	145,62	18,73
Domovi za starejše in druge socialno-varstvene ustanove, vzgojni zavodi	23	50,61	7,49	51,52	7,28	46,6	6,71	148,71	18,89

Legenda: C – razumljivost, MA – obvladljivost, ME – smiselnost, n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V tabeli 4 je prikazano občutenje notranje skladnosti glede na področje dela anketiranih. Najvišjo povprečno vrednost točk občutenja notranje skladnosti so dosegli anketirani iz zdravstveno-vzgojnega centra (PV = 146,59, SO = 19,48), ki so največ točk povprečno (PV = 50,42, SO = 7,59) dosegli pri dimenziji obvladljivost (MA). Najnižjo povprečno vrednost točk so dosegli anketirani s kirurškega oddelka (PV = 144,71, SO = 19,16), ki so najnižjo povprečno vrednost točk (PV = 46,01, SO = 6,68) dosegli pri dimenziji smiselnost (ME).

Tabela 4: Občutenje notranje skladnosti glede na področje dela

Področje dela	n	C		MA		ME		Občutenje notranje skladnosti	
		PV	SO	PV	SO	PV	SO	PV	SO
Internistični oddelek	27	49,41	8,31	50,21	7,66	46,13	6,86	145,74	19,82
Kirurgija	1	49,01	8,12	49,68	7,50	46,01	6,68	144,71	19,16
Ambulanta družinske medicine, referenčna ambulanta	39	49,75	8,12	50,38	7,49	46,35	6,58	146,48	19,22
Specialistična ambulanta, dispanzer	34	49,71	8,09	50,52	7,51	46,43	6,63	146,56	19,25
Negovalni enota, negovalni oddelek	37	49,63	8,08	50,34	7,52	46,31	6,74	146,22	19,45
Intenzivni oddelek, urgenca, nujna medicinska pomoč	32	49,63	8,11	50,31	7,56	46,31	6,75	146,17	19,51
Patronažna služba	18	49,66	8,04	50,31	7,48	46,33	6,60	146,28	19,19
Zdravstveno-vzgojni center (ZVC, CKZ)	11	49,80	8,14	50,42	7,59	46,38	6,64	146,59	19,48
Vodstvena funkcija (vodja enote, oddelka, pomočnik direktorja za področje zdravstvene nege ...)	18	49,38	8,07	50,07	7,55	46,07	6,75	145,53	19,32
Oddelki v domovih za starejše ali v drugih socialno-varstvenih ustanovah, vzgojnih zavodih ...	23	49,55	8,102	50,33	7,593	46,26	6,762	146,13	19,541

Legenda: C – razumljivost, MA – obvladljivost, ME – smiselnost, n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon

V nadaljevanju smo posamezne hipoteze preverjali s faktorjem občutenja notranje skladnosti.

Tabela 5 prikazuje primerjavo faktorja občutenja notranje skladnosti glede na raven zaposlitve v zdravstvu (primarna, sekundarna, terciarna) anketiranih. Najvišjo raven občutenja notranje skladnosti imajo anketirani iz primarne ravni zdravstva (PV = 152,21, SO = 19,33), najnižjo pa anketirani iz terciarne ravni zdravstva (PV = 145,62, SO = 18,73). Statistično pomembne razlike se pojavljajo med faktorjem občutenje notranje skladnosti ($F = 2,537$, $p = 0,034$) in ravno zaposlitve, kjer imajo anketiranci iz primarne ravni statistično pomembno višjo raven občutenja notranje skladnosti kot ostali anketirani, anketirani iz sekundarne ravni pa višjo raven občutenja notranje skladnosti kot anketirani iz terciarne ravni.

Tabela 5: Občutenje notranje skladnosti anketiranih glede na raven zaposlitve v zdravstvu

Faktor	Raven zdravstva	n	PV	SO	F	p
Občutenje notranje skladnosti	Primarna	128	152,21	19,33	2,537	0,034
	Sekundarna	32	146,92	19,12		
	Terciarna	39	145,62	18,73		
	Domovi za starejše ali druge socialno-varstvene ustanove, vzgojni zavodi	23	148,71	18,89		

Legenda: n = število anketirancev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, F = vrednost koeficienta, p = statistična značilnost ($p < 0,05$)

V tabeli 6 so prikazani rezultati regresijske analize pomena ravni zdravstva na faktor občutenja notranje skladnosti. Korelacijski koeficient znaša 0,342, determinacijski koeficient znaša 0,142, kar pomeni, da lahko 14,2 % faktorja občutenja notranje skladnosti pojasnimo z linearnim vplivom ravni zdravstva. Regresijski koeficient ($\beta_1 = 2,449$, $p = 0,032$) je statistično značilen.

Tabela 6: Rezultati regresijske analize pomena ravni zdravstva anketiranih na faktor občutenja notranje skladnosti

<i>Občutenje notranje skladnosti</i>			
<i>R = 0,342, R² = 0,142</i>			
Neodvisna spremenljivka	β	SEb	p
Raven zdravstva	2,449	0,142	0,032

Legenda: R = korelacijski koeficient, R² = determinacijski koeficient, β = regresijski koeficient, SEb = standardna napaka regresijskega koeficienta, p = stopnja značilnosti

Povezanost med trajanjem zaposlitve in občutenjem notranje skladnosti smo preverjali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Med omenjenima spremenljivkama prihaja do statistično pomembne povezanosti. Povezava je neznatna in pozitivna ($r = 0,198$, $p = 0,039$). Na podlagi tega lahko sklepamo, da imajo anketirani z daljšim delovnim statusom višjo raven občutenja notranje skladnosti (tabela 7).

Tabela 7: Povezanost med trajanjem zaposlitve in občutenjem notranje skladnosti

<i>Faktor</i>	<i>Statistične mere</i>	<i>Trajanje zaposlitve</i>
Občutenje notranje skladnosti	rp	0,198*
	p – vrednost	0,039
	N	222

Legenda: rp = Pearsonova korelacija, N = velikost vzorca, p = statistična značilnost, **korelacija je statistično značilna na nivoju 0,001; *korelacija je statistično značilna na nivoju 0,05

4 Razprava

Raziskovali smo občutenje notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi v gorenjski regiji. Želeli smo raziskati in predstaviti pomen posedovanja občutenja notranje skladnosti, raziskati povezave med občutenjem notranje skladnosti in nekaterimi značilnostmi delovnega okolja ter socio-demografskimi značilnostmi zaposlenih v zdravstveni negi. Najnižjo povprečno vrednost smo ugotovili pri dimenziji razumljivost, najvišjo pa pri dimenziji smiselnost. Konstrukt občutenja notranje skladnosti povezuje dimenzijo smiselnost predvsem s preobremenjenostjo in tudi s predanostjo in zavzetostjo na delovnem mestu (Basinska idr., 2011, str. 256–266; Varga idr., 2012, str. 72–89). Tisti, ki delajo preveč, težje dojemajo, da so njihove dejavnosti smiselne. Visoka raven smiselnosti v povezavi z delom je vir za uspešno spoprijemanje s stresom na delovnem mestu, bolj učinkovito vključevanje v lastno delo in

preprečevanje čustvene izčrpanosti (Basinska idr., 2011, str. 256–266; Brunetto idr., 2016, str. 2794–2805). Občutenje notranje skladnosti ima pomembno vlogo kot podporni mehanizem zaposlenim v zdravstveni negi za spoprijemanje s stresom in pritiski, to pa spodbuja samozavest pri delu. Sasso s sodelavci (2019) navaja ugotovitev, da bi kar tretjina zaposlenih v zdravstveni negi zapustila sedanjo službo zaradi nezadovoljstva. Glavni razlogi za to so pomanjkanje kadra, čustvena izčrpanost, slaba varnost pacientov in (ne)izvajanje zdravstvene nege (Sasso idr., 2019, str. 946–954). Na drugi strani je dokazano, da so zaposleni z visoko ravno občutenja, ki zaznavajo vodstveni slog kot podporen, delovno angažirani.

Prepoznavanje virov in procesov na vsakem delovnem mestu je pomembno in informacije je treba vključiti v dialog med zaposlenimi in delodajalci (Lindmark idr., 2018, str. 103–113; Lorber idr., 2020). Masanotti in drugi (2020) predlagajo, da se vodenje na področju zdravstvene nege bolj osredotoči na oblikovanje zdravega delovnega okolja, ki spodbuja razvoj občutenja notranje skladnosti, namesto da je usmerjeno na reševanje posledic neuspešnega spoprijemanja s stresom pri zaposlenih in na njegovo obvladovanje na individualni ravni. Vse tri dimenzije občutenja notranje skladnosti se namreč lahko izboljšajo – razumevanje se izboljša z jasnim pogledom na vloge in odgovornosti ter z odprtimi komunikacijskimi kanali, občutek obvladljivosti je okrepljen z ustrezno delovno obremenitvijo in razpoložljivostjo virov, sodelovanje pri odločanju in perspektiva jasne poklicne poti sta dejavnika, ki izboljšujeta smisel (Masanotti idr., 2020, str. 1–25). Občutenje notranje skladnosti je eden odločilnih dejavnikov zdravja in kakovosti življenja. Sprejetje salutogenega modela v znanosti in praksi bi bilo koristno na vseh področjih zdravstvenega varstva in bi bilo primerno za krepitev ter ohranjanje zdravja (Wiesmann in Hannich, 2013, str. 911–928; Batinica idr., 2014, str. 68–73).

Zavedamo se, da ima raziskava nekaj omejitev. Stopnja odziva na povabilo k sodelovanju je bila nizka. V našo raziskavo je bilo vključenih skupno 788 zaposlenih v zdravstveni negi, klikov na spletno anketo je bilo 485, v celoti je bilo izpolnjenih 222 vprašalnikov. Kljub večkratnim pozivom je bil odziv na našo raziskavo le 28,2 %. Žal nimamo podatka, koliko zaposlenih v zdravstveni negi v času poteka naše raziskave ni bilo prisotnih na delovnem mestu (bolniška odsotnost, porodniški dopust, letni dopust), prav tako nimamo podatka, če vsi vključeni v raziskovalni vzorec uporabljajo elektronsko pošto, kamor so bile posredovane povezave do spletne ankete. Najpomembnejši razlog za nizko odzivnost pri naši raziskavi je bil spletni način anketiranja. Rezultatov raziskave ne moremo posplošiti na celotni slovenski prostor, smo pa pridobili okvirni vpogled v konstrukt občutenja notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi v gorenjski regiji.

5 Zaključek

Občutenje notranje skladnosti je eden odločilnih dejavnikov zdravja in kakovosti življenja in ima pomembno vlogo kot podporni mehanizem zaposlenim v zdravstveni negi za spoprijemanje s stresom. V naši raziskavi smo raziskovali občutenje notranje skladnosti med zaposlenimi v zdravstveni negi, morda bi bilo smiselno v prihodnje raziskave vključiti tudi kvalitativno raziskavo ali raziskovalna orodja, ki bi poleg občutenja notranje skladnosti raziskovala tudi življenjski slog, samooceno zdravstvenega stanja, oceno kakovosti življenja.

LITERATURA

1. Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey-Bass.
2. Antonovsky, A. (1987a). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.

3. Aslam, S., Afzal, M., Sabir, M. idr. (2018). Characteristics of Nurse Manager's Recognition Behavior and its Relation to Sense of Coherence of Registered Nurses. *IJSSM*, 5(3), 146–154.
4. Bakker, A. B., Albrecht, S. L. in Leiter, M. P. (2011). Key Questions Regarding Work Engagement. *Eur J Work Organ Psychol*, 20(1), 4–28.
5. Basinska, M. A., Andruszkiewicz, A. in Grabowska, M. (2011). Nurses' Sense of Coherence and their Work Related Patterns of Behaviour. *Int J Occup Med Environ Health*, 24(3), 256–266.
6. Batinica, M., Grgurić, J. in Mladić Batinica, I. (2014). Salutogeni pristup u promicanju kardiovaskularnoga zdravlja. V J. Grgurić (ur.), *Zbornik radova XV. simpozija preventivne pedijatrije »Promocija zdravlja i prevencija bolesti u djece i mladih«* (str. 68–73). Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
7. Bender, M. (2016). Clinical Nurse Leader Integration Into Practice: Developing Theory to Guide Best Practice. *J Prof Nurs*, 32(1), 32–40.
8. Brunetto, Y., Xerri, M., Farr - Wharton, B. idr. (2016). Nurse Safety Outcomes: Old Problem, New Solution – The Differentiating Role of Nurses' Psychological Capital and Managerial Support. *JAN*, 72(11), 2794–2805.
9. Caruso, C. C. (2014). Negative Impacts of Shiftwork and Long Work Hours. *Rehabil Nurs*, 39(1), 16–25.
10. Chumblor, N. R., Kroenke, K., Outcalt, S. idr. (2013). Association between Sense of Coherence and Health-Related Quality of Life among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *Health Qual Life Outcomes*, 11(1), 1–8.
11. Conway - Phillips, R. (2011). A Salutogenic Framework to Understand Disparity in Breast Cancer Screening Behavior in African American Women. (Doktorska disertacija). Chicago: Loyola University Chicago.
12. Cuellar, E. H. in Zaiontz, R. G. (2013). Salutogenic Nursing Education: A Summative Review. *J Nurs Educ Pract*, 3(5), 89–101.
13. Cvirn, C. (2013). Občutek koherentnosti in zdravje študentov medicine. (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
14. Darban, F., Balouchi, A., Narouipour, A. idr. (2016). Effect of Communication Skills Training on the Burnout of Nurses: A Cross-Sectional Study. *J Clin Diagn Res*, 10(4), 1–4.
15. Debska, G., Pasek, M. in Wilczek - Ruzyczka, E. (2017). Sense of Coherence vs. Mental Load in Nurses Working at a Chemotherapy Ward. *Cent Eur J Public Health*, 25(1), 35–40.
16. Elovainio, M., Heponiemi, T., Jokela, M. idr. (2015). Stressful Work Environment and Wellbeing: What Comes First? *J Occup Health Psychol*, 20(3), 289–300.
17. Eriksson, M. (2007). Unravelling the Mystery of Salutogenesis. The Evidence Base of the Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. (Doktorska disertacija). Turku: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research Programme.
18. Eriksson, M. (2014). The Salutogenic Framework for Health Promotion and Disease Prevention. V D. I. Mostofsky (ur.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (str. 973–993). Oxford: Wiley.
19. Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. V M. B. Mittelmark, S., Sagy, M., Eriksson, G. idr. (ur.), *The Handbook of Salutogenesis* (str. 91–96). Cham: Springer.
20. Eriksson, M. in Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale—A Systematic Review. *J Epidemiol*, 59(6), 460–466.
21. Feldt, T., Leskinen, E., Koskenvuo, M. idr. (2011). Development of Sense of Coherence in Adulthood: A Person-Centered Approach. The Population-Based HeSSup Cohort Study. *Qual Life Res*, 20(1), 69–79.
22. Jenny, G. J., Bauer, G. F., Vinje, H. F. idr. (2017). The Application of Salutogenesis to Work. V M. B., Mittelmark, S., Sagy, M., Eriksson, G. idr. (ur.), *The Handbook of Salutogenesis* (str. 197–210). Cham: Springer.
23. Johnson, J., Hall, L. H., Berzins, K. idr. (2018). Mental Healthcare Staff Well-Being and Burnout: A Narrative Review of Trends, Causes, Implications, and Recommendations for Future Interventions. *Int J Ment Health Nurs*, 27(1), 20–32.
24. Joshua, R. in Karkada, S. (2017). A Review on Occupational Health Hazards and its Consequences among Nurses. *IJNR*, 4(2), 28–36.

25. Kikuchi, Y., Nakaya, M., Ikeda, M. idr. (2014). Relationship between Depressive State, Job Stress, and Sense of Coherence among Female Nurses. *Indian J Occup Environ Med*, 18(1), 32–35.
26. Kowitlawkul, Y., Yap, S. F., Makabe, S. idr. (2019). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *INR*, 66(1), 61–69.
27. Kretowicz, K. in Bieniaszewski, L. (2015). Determinants of Sense of Coherence among Managerial Nursing Staff. *Ann Agric Environ Med*, 22(4), 713–717.
28. Kuo, H. T., Lin, K. C. in Li, I. C. (2014). The Mediating Effects of Job Satisfaction on Turnover Intention for Long-Term Care Nurses in Taiwan. *J Nurs Manag*, 22(2), 225–233.
29. Lajunen, T. (2019). Cross-Cultural Evaluation of Antonovsky's Orientation to Life Questionnaire: Comparison Between Australian, Finnish, and Turkish Young Adults. *Psychol Rep*, 122(2), 731–747.
30. Lindmark, U., Hakeberg, M. in Hugoson, A. (2011). Sense of Coherence and its Relationship with Oral Health-Related Behaviour and Knowledge of and Attitudes Towards Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol*, 39(6), 542–553.
31. Lindmark, U., Wagman, P., Wählin, C. idr. (2018). Workplace Health in Dental Care – a Salutogenic Approach. *Int J Dent Hyg*, 16(1), 103–113.
32. Malagon - Aguilera, M. C., Fuentes - Pumarola, C., Suner - Soler, R. idr. (2012). The Sense of Coherence among Nurses. *Enfermeria Clinica*, 22(4), 214–218.
33. Malinauskiene, V., Leisyte, P., Romualdas, M. idr. (2011). Associations between Self-Rated Health and Psychosocial Conditions, Lifestyle Factors and Health Resources among Hospital Nurses in Lithuania. *JAN*, 67(11), 2383–2393.
34. Masanotti, M. G., Paolucci, S., Abbafati, E. idr. (2020). Sense of Coherence in Nurses: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(6), 1–25.
35. Maslach, C. (2011). Engagement research: Some Thoughts from a Burnout Perspective. *Eur J Work Organ Psychol*, 20(1), 47–52.
36. Moksnes, U. K., Rannestad, T., Byrne, D. G. idr. (2011). The Association between Stress, Sense of Coherence and Subjective Health Complaints in Adolescents: Sense of Coherence as a Potential Moderator. *Stress and Health*, 27(3), 157–165.
37. Nilsson, K. W., Leppert, J., Simonsson, B. idr. (2010). Sense of Coherence and Psychological Well-Being: Improvement with Age. *J Epidemiol Community Health*, 64(4), 347–352.
38. Nordang, K., Hall - Lord, M. L. in Farup, P. G. (2010). Burnout in Health-Care Professionals during Reorganizations and Downsizing. A Cohort Study in Nurses. *BMC nursing*, 9(8), 1–12.
39. Paika, V., Ntountoulaki, E., Papaioannou, D. idr. (2017). The Greek Version of the Sense of Coherence Scale (SOC-29): Psychometric Properties and Associations with Mental Illness, Suicidal Risk and Quality of Life. *JPCPY*, 7(4), 1–10.
40. Ponikvar, K. (2015). Povezanost psiholoških resursov s karierno prilagodljivostjo in oceno lastne zaposljivosti (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.
41. Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G. idr. (2019). Push and Pull Factors of Nurses' Intention to Leave. *J Nurs Manag*, 27(5), 946–954.
42. Schäfer, S. K., Lass - Hennemann, J., Groesdonk, H. idr. (2018). Mental Health in Anesthesiology and ICU Staff: Sense of Coherence Matters. *Front Psychiatry*, 9(440), 1–11.
43. Sjöström, N., Hetta, J. in Waern, M. (2012). Sense of Coherence and Suicidality in Suicide Attempters: a Prospective Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(1), 62–69.
44. Spadoti Dantas, R. A., Silva, F. S. in Ciol, M. A. (2014). Psychometric Properties of the Brazilian Portuguese Versions of the 29- and 13-Item Scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) Evaluated in Brazilian Cardiac Patients. *J Clin Nurs*, 23(1–2), 156–165.
45. Steger, M. F., Littman - Ovadia, H., Miller, M. idr. (2013). Engaging in Work Even when it is Meaningless: Positive Affective Disposition and Meaningful Work Interact in Relation to Work Engagement. *J Career Assess*, 21(2), 348–361.
46. Stern, B., Sočan, G., Renner - Sitar, K. idr. (2019). Validation of the Slovenian Version of Short Sense of Coherence Questionnaire (SOC-13) in Multiple Sclerosis Patients. *Zdrav Var*, 58(1), 31–39.
47. Stock, E. (2017). Exploring Salutogenesis as a Concept of Health and Wellbeing in Nurses who Thrive Professionally. *BJN*, 26(4), 238–241.

48. Streiner, D. L. in Norman, G. R. (2008). *Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
49. Super, S., Verschuren, W. M. M., Zantinge, E. M. idr. (2014). A Weak Sense of Coherence is Associated with a Higher Mortality Risk. *J Epidemiol Community Health*, 68(5), 411–417.
50. Takeuchi, T., Togari, T., Oe, M. idr. (2013). Variations in the Mental Health and Sense of Coherence (ONS) of New Graduate Nurses and the Effects of ONS on Variations in Mental Health. *Open J Nurs*, 3(1), 122–129.
51. Togari, T. in Yamazaki, Y. (2012). A Causal Relationship between Sense of Coherence and Psycho-Social Work Environment: From One-Year Follow-up Data among Japanese Young Adult Workers. *Global Health Promotion*, 19(1), 32–42.
52. Tummers, L. G. in Den Dulk, L. (2013). The Effects of Work Alienation on Organisational Commitment, Work Effort and Work-to-Family Enrichment. *J Nurs Manag*, 21(6), 850–859.
53. Urakawa, K., Yokoyama, K. in Itoh, H. (2012). Sense of Coherence is Associated with Reduced Psychological Responses to Job Stressors among Japanese Factory Workers. *BMC research notes*, 5(1), 1–6.
54. Varga, K., Roznar, J., Toth, A. idr. (2012). Meaningfulness a General Mediating Factor? The Salutogenic Revolution of Question-Setting in Health Science and Occupational Psychology. *Eur J Ment Health*, 7(1), 72–89.
55. Vifladt, A., Simonsen, B. O., Lydersen, S. idr. (2016). The Association between Patient Safety Culture and Burnout and Sense of Coherence. A Cross-Sectional Study in Restructured and not Restructured Intensive Care Units. *Intensive Crit Care Nurs*, 36(1), 26–34.
56. Vogt, K., Hakanen, J. J., Jenny, G. J. idr. (2016). Sense of Coherence and the Motivational Process of the Job-Demands-Resources Model. *J Occup Health Psychol*, 21(2), 194–207.
57. Wiesmann, U. in Hannich, H. (2013). The Contribution of Resistance Resources and Sense of Coherence to Life Satisfaction in Older Age. *J Happiness Stud*, 14(3), 911–928.

Neizvedena zdravstvena nega

UDK 616-083-027.233.4

KLJUČNE BESEDE: neizvedena zdravstvena nega, medicinska sestra

POVZETEK – Koncept neizvedene zdravstvene nege je dokaj nova tema oz. novodobno odkrita težava zdravstvene nege. Do konca prvega desetletja tega stoletja je bilo napisanih zelo malo prispevkov na to temo. Medicinske sestre in raziskovalci so opazili, da prihaja do vse večje stopnje neizvedene, nedokončane ali preložene zdravstvene nege ter začeli to težavo raziskovati. Tovrstno raziskovanje koncepta neizvedene zdravstvene nege je nujno zaradi premajhnega števila zaposlenih, varnosti pacientov, delovnih razmer ter zaradi izidov obravnave pacientov na vseh področjih zdravstvene nege. Glavni vzroki opuščanja izvajanja zdravstvene nege so premalo številčen in premalo izobražen strokovni kader, organizacija dela, finančne razmere in nenadni dogodki. Med najpogostejša področja, kjer je zdravstvena nega neizvedena, sodijo načrtovanje odpusta pacienta, osebna higiena, čustvena podpora, dokumentiranje bilance tekočin ter nadzor. Posledice neizvedene zdravstvene nege se kažejo tudi na zaposlenih. V empiričnem delu sem uporabila opisno raziskovalno metodo s pregledom znanstvene literature. Na podlagi izvlečkov sem uporabila 15 znanstvenih člankov. Velika večina avtorjev kot glavni dejavnik za neizvedeno zdravstveno nego navaja preobremenjenost medicinskih sester.

UDC 616-083-027.233.4

KEYWORDS: missed nursing care, nurse

ABSTRACT – The concept of missed nursing care is a relatively new topic or a newly discovered problem in nursing care. Until the end of the first decade of this century, very few papers had been written on this topic. Nurses and researchers noticed an increase in the rate of missed, unfinished or delayed nursing care and began investigating this problem. Such research of the concept of missed nursing care is necessary because of understaffing, patient safety, working conditions and patient outcomes in all areas of nursing care. The main causes of missed nursing care are inadequate staffing in terms of numbers and educational level, the organisation of work, financial conditions and sudden events. The most common areas of missed nursing care include discharge planning, personal hygiene, emotional support, documentation of fluid balance and supervision. The consequences of missed nursing care are also felt by nursing staff. In the empirical part, I used the descriptive research method with a scientific literature review. Based on abstracts, I selected 15 scientific articles. The vast majority of authors identified higher nurse workloads as the main factor for missed nursing care.

1 Teoretična izhodišča

Do konca prvega desetletja tega stoletja je bilo napisanih zelo malo prispevkov na to temo Neizvedena zdravstvena nega. V literaturi zdravstvene nege Suhonen in Scott (2018, str. 549) navajata, da so medicinske sestre ter raziskovalci opazili, da prihaja do vse večje stopnje neizvedene, nedokončane ali preložene zdravstvene nege ter začeli to težavo natančno in temeljito raziskovati. Trdita, da je tovrstno raziskovanje oz. raziskovanje koncepta neizvedene zdravstvene nege nujno zaradi premajhnega števila zaposlenih, varnosti pacientov, delovnih razmer ter zaradi izidov obravnave pacientov na vseh področjih zdravstvene nege.

1.1 Koncept neizvedena zdravstvena nega

Cleary - Holdforth (2019, str. 88) v svojem delu definira koncept zamujene oz nepopolne oskrbe kot načrtovano zdravstveno nego, katera pa zaradi različnih dejavnikov vpliva, ni bila izvedena delno ali v celoti, bodisi pravočasno, bodisi sploh ni bila izvedena. »Obravnavajo jo tudi kot strokovno napako, dejanje opustitve, ki vodi do neugodnega izida ali pomembnega dejavnika za takšen izid. Zato lahko na zamujeno oskrbo gledamo kot na rezultat dejavnosti in procesov, ki jih zavestno ali nezavestno izvajajo medicinske sestre« (Suhonen in Scott, 2018, str. 549). Strokovnjaki ugotavljajo, da se neizvedena, nenarejena in spregledana zdravstvena nega in oskrba žal dogaja v zelo velikem obsegu. Dogaja se celostno po vsem svetu, po vseh področjih kjer so jih raziskovali. Skupina v zdravstveni obravnavi, ki je najbolj ogrožena je skupina starostnikov v institucionalni oskrbi, kjer primanjkuje kadra, sredstev in časa (Cleary - Holdforth, 2019, str. 90).

Filej (2020, str. 20) v svoji raziskavi, v kateri je sodelovalo 23 študentov izrednega študija na različnih magistrskih študijskih programih, ugotovi, da so vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege kadri, organizacija dela in nenadni dogodki. Cleary - Holdforth (2019, str. 89) v svojem delu oz. v raziskavi pregleda literature ugotavlja, da je vzrok neizvedene, nenarejene ali spregledane zdravstvene nege zelo kompleksen, sestavljen iz več dejavnikov. Izraziti dejavniki so pomanjkanje časa, kadra in denarja. Pacienti imajo vse večje zdravstvene težave, s tem povezane so tudi vse večje težave kadra kateri izvaja različne postopke zdravstvene nege s pacienti. Tudi Suhonen in Scott (2018, str. 550) v svojem delu opredelita zgoraj navedene dejavnike za neizvedeno zdravstveno nego. Predvsem izpostavita vedno aktualen problem premajhnega števila medicinskih sester glede na vedno bolj zapletene in zahtevne potrebe pacientov. Poudarita pomanjkanje administrativnega osebja, zaradi česar medicinske sestre porabijo vse več časa za dokumentiranje kot izvajanje postopkov in posegov zdravstvene nege in predčasno odpuščanje pacientov iz zdravstvene oskrbe zaradi zagotovitve prostih ležalnih kapacitet za nadaljnje paciente. Potočnik (2021, str. 33) izpostavi še problem premalo izobraženega kadra, navaja, da se za primerno in kvalitetno izobraževanje diplomiranih in srednjih medicinskih sester namenja premalo denarja.

Raziskava, katera je potekala na naših, slovenskih tleh potrdi glavni vzrok neizvedene zdravstvene nege, to je premajhno število zaposlenega primerne zdravstvenega kadra ter pogosto menjavanje zaposlenih v zdravstveni negi, bodisi, prihodi, odhodi, skratka neizkušeno osebje. Ugotavlja, da so medicinske sestre splošno preobremenjene, zato delujejo slabše že pri opravljanju vsakodnevnega rednega dela, ko pa pride do nepričakovanih situacij, kar so opredelili kot epi napade, zadušitve, nenapovedane obiske svojcev, pa se celotni sistem podre. Pripišejo vzrok tudi neprimerni predaji službe oz pozabljene, izpuščene ali z zamudo podane informacije (Potočnik, 2021, str. 33). Med najpogostejša področja, kjer je zdravstvene nege neizvedena, po raziskavi avtorja Cleary - Holdforth (2019, str. 91) sodijo, osebna oskrba, načrtovanje odpusta pacienta, osebna higiena, čustvena podpora, dokumentiranje o bilanci tekočin ter nadzor. Pacienti se posledično počutijo zapostavljene in so nezadovoljni, ker si želijo osnovne zdravstvene nege ter oskrbe oz je to njihova osnovna potreba in želja po primerni obravnavi.

Posledice neizvedene zdravstvene nege se kažejo tako pri zaposlenih, se pravi medicinskih sestrah, kot pri pacientih. Cleary - Holdforth (2019, str. 91) pri starostnikih opisuje kot posledico neizvedene zdravstvene nege povečano število padcev, razvoj razjed zaradi pritiskov, ker so pacienti nezadostno obračani, večja dovzetnost za pridobitev bolnišničnih okužb in s tem neizogibno povezano večje število smrti. Medicinske sestre so posledično nezadovoljne s svojim delom, prihaja do bolniških odsotnosti in vse bolj izpostavljeni želji po menjavi delavnega mesta. »Delo v tako zapletenih okoliščinah pomeni, da so neizvedene aktivnosti

zdravstvene nege neizogibne, za medicinske sestre pa pomeni, da prevzemajo večinoma krivde« (Cleary - Holdforth, 2019, str. 90). Tudi Potočnik (2021, str. 34) potrdi zgornje trditve, navaja, da tretjina anketiranih medicinskih sester namerava zapustiti svoje delovno mesto v roku leta dni. Glavni razlog je preobremenjenost, prihaja do neizvedene zdravstvene nega in posledično nezadovoljstva z njihove strani pri svojem poklicem delu, nezadovoljni so tudi z delavnikom in plačilom.

Glavni namen raziskave je bil preučiti koncept Neizvedene zdravstvene nege, predvsem preučiti kako se koncept pojavlja po svetu, kakšno problematiko predstavlja v zdravstvu. Cilj raziskave je seznanitev s konceptom neizvedene zdravstvene nege in pridobitev najprimernejših informacij, kako se spopasti z novodobno odkrito težavo zdravstvene nege.

2 Metode

Uporabljen je kvalitativni raziskovalni pristop - analiza pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za namen osredotočenja na pravilno iskanje primerne znanstvene literature na koncept Neizvedene zdravstvene nege, smo uporabili opisno raziskovalno metodo s pregledom znanstvene literature. Iskali smo s pomočjo ključnih besed »Neizvedena zdravstvena nega«, medicinska sestra in v angleškem jeziku, »missed nursing care«, »nurse«. Posluževali smo se iskanja literature s pomočjo podatkovne baze PubMed. Omejitveni kriteriji so bili: obdobje objav od leta 2017 do leta 2022, celotno besedilo članka, recenzirani članki ter slovenski ali angleški jezik. V podrobno analizo vsebine smo vključili 15 člankov.

2.2 Opis instrumenta

Dobljene zadetke smo pregledali in izbrali tiste, ki so ustrezali namenu raziskave. Članke smo prvotno analizirali, nato smo v tabeli predstavili bistvene ugotovitve posameznega članka.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili znanstvene in pregledne znanstvene članke. Za iskanje člankov smo uporabili Bibliografsko bazo podatkov na PubMed-u, vnesli zgoraj omenjene ključne besede, brskalnik je ponudil 724 zadetkov. Po upoštevanju omenjenih kriterijev smo v polnem besedilu pregledala 53 člankov, v končno analizo pa smo vključili 15 člankov, od tega je bil eden v slovenskem jeziku, ostalih 14 člankov pa v angleškem jeziku.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Dobljene članke, katere smo vključili v raziskavo, smo najprej v grobem analizirali na avtorje in letnico objave članka, tipologijo članka, raziskovalno paradigmo ter ključna spoznanja raziskovalcev. Nato smo v Tabeli 1 predstavili rezultate - bistvene ugotovitve avtorjev.

3 Rezultati

V tabeli 1 so predstavljeni rezultati raziskave – bistvene ugotovitve avtorjev oz. raziskovalcev. Tabela vključuje tudi avtorje in letnico članka, tipologijo članka ter raziskovalno paradigmo.

Tabela 1: Analiza člankov

<i>Avtor, letnica objave članka</i>	<i>Tipologija članka</i>	<i>Raziskovalna paradigma</i>	<i>Ugotovitev</i>
Cordeiro idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela; tehnika zbiranja podatkov iz podatkovnih baz: Cinahl Plus, MedLine with Full Text, Nursing ReferenceCenter, Psychology and Behavioral Science in SportDiscus; izmed 237 analiziranih člankov so uporabili 7 člankov).	Ugotovili so, da je ključni dejavnik do dokončane zdravstvene nege, ustrezna komunikacija med zdravstvenimi delavci, znotraj zdravstvenega tima.
Bahun in Skela - Savič (2021)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela; izveden je bil sistematični pregled literature s tematsko analizo, v podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, Wiley library online, COBISS.SI; pregled literature je potekal v februarju in marcu 2020; identificiranih je bilo 1.667 raziskav (v končno analizo vključenih 16 raziskav); vključenih je bilo 88.294 zaposlenih iz 21 držav).	Ugotovljeno je bilo, da glavni dejavniki neizvedene zdravstvene nege izhajajo iz kadrovskih primanjkljajev, neprimerne delovnega okolja, neprimerne zdravstvenega osebja, slabega timskega dela in neprimerne komunikacije.
Palese idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela; za tehniko zbiranja podatkov je bila uporabljena merilna lestvica Mokken; od 1190 študentov na klinični praksi je sodelovalo 737 študentov in 30 nadzornih medicinskih sester).	Obširna študija je dokazala, da bolj je študent oz zaposleni izobražen, več dejavnikov oz faktorjev lahko doseže oz bo dosegal, da bo zdravstvena nega kvalitetnejša in predvsem dokončana.
Cengia idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela - presečna študija; sodelovalo je 90 medicinskih sester s covid oddelkov in 200 ne covidnih bolnikov; raziskava je bila izvedena od novembra 2020 do januarja 2021; po anketnem vprašalniku).	Ugotovljeno je bilo, da je bila v času epidemije covid 19 zdravstvena nega nekoliko večkrat nedokončana, kar pripisujejo večji obremenjenosti in zahtevnejšim pacientom na covid oddelkih.
Joseph idr. (2022)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela - presečna študija; sodelovalo je 70 medicinskih sester, udeležba je bila anonimna in prostovoljna; fizičen vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov, deljen na sestanku osebja; analiza podatkov je bila izvedena s pomočjo programa SPSS in opisne statistike).	Po opravljeni analizi podatkov so izpostavili ključne dejavnike za neizvedeno zdravstveno nego, to so pomanjkanje števila medicinskih sester, nekvalitetna komunikacija in neprimerni delavni pogoji.

Ludlow idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela; pregled obstoječe strokovne literature s pomočjo podatkovnih baz PubMed, Embase, Cinahl in Scopus; na podlagi 17ih študij, v septembru 2018)	Ugotovili so, da zaradi nezadostnih sredstev kadrovanja, niso izpolnjene osnovne življenjske potrebe stanovalcev, kot sta pomoč pri jedi in pitju, zagotavljanje ustne in osebne higiene.
Dutra idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda - presečna študija; izvedena od februarja do aprila 2017; sodelovalo je 58 strokovnih delavcev (33 tehnikov ZN in 25 DMS); zbiranje podatkov je potekalo preko ankete s pomočjo instrumenta MISSCARE-BRASIL; obdelani so bili s pomočjo programa Excel, statistično deskriptivno tehniko).	Avtorji presenetljivo ugotovijo, da je bila zdravstvena nega vedno oz. pogosto izvedena v celoti, kot glavne vzroki neizvedene zdravstvene nege pa so utemeljili pomanjkanje kadra, opreme in pojav nenadni, nepričakovanih dogodki.
Gathara idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda- presečna študija z uporabo neposrednih opazovalnih metod; vključili so 216 novorojencev, sprejetih v šestih različnih bolnišnicah v Keniji; podatke so zbirali od 1. septembra 2017 do 30. maja 2018; analize so bile izvedene z uporabo programske opreme za statistične analize STATA V.13).	Avtorji široko opisujejo neonatalno skrb za prezgodaj rojene oz bolne novorojence. Poudarijo težavo prevelikega števila bolnih otrok na medicinsko sestro. Dokažejo povezavo, da bi bila zdravstvena nega izvedena v večjem odstotku, če bi bila obremenitev medicinskih sester nižja in bi lahko delovale 1 sestra 1 huje bolan novorojenec.
Zelenikova idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela- presečna študija; 1353 DMS iz 20-ih bolnišnic; uporaba vprašalnika PIRNCA od aprila do novembra 2018, fizične vprašalnike so delili med eno izmeno; analize podatkov so potekale s pomočjo različnih statističnih analiz, testov).	Anketirane medicinske sestre poročajo o visoki stopnji nedokončane zdravstvene nege, višje, kot medicinske sestre ocenijo kakovost oskrbe pacienta, manj je neizvedene zdravstvene nege.
Drach – Zahavy in Srulovici (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela- presečna študija; 290 medicinskih sester; leto 2017; osebne lastnosti ocenjene s 44 točkovnim testom Big Five Inventory, osebna odgovornost z 19- točkovno lestvico in neizvedena zdravstvena nega z anketo MISSCARE 22).	Članek prikazuje povezavo med visoko osebno odgovornostjo medicinskih sester z nižjo stopnjo neizvedene zdravstvene nege. Odgovornost medicinske sestre izoblikuje njena osebnost, stopnja izobrazbe ter praktične izkušnje in delovna doba.

Hessels idr. (2018)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela - presečna študija; vključenih je 311 medicinskih sester iz 5ih bolnišnic; analiza izvedena z analizo variance in regresijskih modelov; uporabljeni so bili trije instrumenti, prvi imenovani HSOPC, drugi anketa MISSCARE, tretji CareLink).	Ugotovili so, da je posledica neizvedene zdravstvene nege slabo sodelovanje in komunikacija (predvsem nepopolne predaje izmene) v zdravstvenem timu.
Cho idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela - presečna študija; vključenih 2114 medicinskih sester iz 49 bolnišnic iz leta 2015 od junija do avgusta; uporabljena je bila anketa; ocenjevanje razmerij med spremenljivkami s pomočjo regresijske analize; podatke so analizirali s statistično programsko opremo SAS).	Ugotavljajo, da je slabša kadrovska zasedba, predvsem številčno in pa tudi po strokovni usposobljenosti, glavni dejavnik za več neizvedene zdravstvene nege.
Kalankova idr. (2019)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela; vključeno je bilo 44 člankov; tehnika zbiranja iz podatkovnih baz: PubMed, Scopus, Cinahl, Web of Science; junija 2019; analiza odgovorov oz. vsebinsko analizo po Mayring).	Avtorji dokažejo posledice nedokončane, neizvedene zdravstvene nege, opredelijo jih od blažjih do hudih, npr. napake pri jemanju zdravil.
White idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela - presečna študija; vključenih 687 izvajalcev neposredne zdravstvene nege iz 540 domov; od januarja do decembra 2015; fizične ankete; podatki analizirani s pomočjo statističnih testov in opisne statistike).	Ugotovijo, da je neizvedena zdravstvena nega pogosta, predvsem zaradi časovne obremenjenosti izvajalcev in pomanjkanja ustreznih sredstev za kakovostno zdravstveno nego ter preobremenjenost izvajalcev zdravstvene nege.
Carvalho idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela-korelacijska študija; vključenih 96 zdravstvenih delavcev iz štirih ambulantnih enot; od septembra 2015 do septembra 2016, analiza s pomočjo Excel tabel, z instrumenti MISSCARE; analiza podatkov s statističnim programom SPSS).	Utemeljijo, da lahko z dobrim vodenjem, organiziranostjo in predvsem komunikacijo posledično dvignemo raven zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu in s tem zmanjšanje neizvedene zdravstvene nego.

Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Ta pregled literature predstavlja le enega izmed vidikov neizvedene zdravstvene nege kot kompleksnega koncepta. Skozi celotno analizo člankov ugotovimo, da se v isti ugotovitvi znajdejo avtorji kar osmih člankov - Bahun in Skela - Savič (2021, str. 44), Cengia idr. (2021, str. 3–4), Joseph idr. (2022, str. 702), Ludlow idr. (2019, str. 70–72), Dutra idr. (2019, str. 53), Gathara idr. (2019, str. 26–30), Zelenikova idr. (2019, str. 1892–1900) in White idr. (2019, str. 2070). In sicer, da je glavni dejavnik bodisi neizvedene, nedokončane ali preložene zdravstvene

nege prevelika obremenjenost medicinskih sester. Preobremenjenost opisujejo tako fizično, se pravi, bodisi s količino dela, bodisi s težavnostno obliko dela ter s časovnim neskladjem. S tem se povečuje nezadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege, posledično jo izvajajo še manj kvalitetno in strokovno. Zaradi nezadovoljstva pri delu raste tudi psihična preobremenjenost na delavnem mestu. Poudarijo, da je številčno premalo usposobljenega kadra, premalo sredstev za kakovostno izvajanje zdravstvene nege, neprimerno okolje in oprema. Zapisani avtorji pri prvi ugotovitvi izpostavijo tudi slabo organizacijo znotraj delavnega tima, kar ima za posledico nesodelovanje in nekompatibilno delovanje delavnega tima, kar je v zdravstvu nedopustno. Dutra idr. (2019, str. 53) izpostavijo tudi dejstvo, da zaradi obremenjenosti zdravstveni delavci težko opravijo vse nujne zdravstvene naloge, ob pojavu nenadnih, nepričakovanih dogodkov, pa se žal, sistem popolnoma sesuje in količnik neizvedene zdravstvene nege se samo povzpne. Palese idr. (2021, str. 102) izvedejo anketo med študenti zdravstvene nege, dokažejo, da bolj bodo izobraženi študentje in kasneje zaposleni, lažje, hitreje, kvalitetnejše bodo omogočali zdravstvene storitve pacientom in zdravstvena nega bo v večjem deležu izvedena popolnoma. Tej ugotovitvi doprinos pripišeta tudi Drach - Zahavy in Srulovici (2018, str. 370). V svojem delu dokažeta povezavo med visoko odgovorno medicinsko sestro in nižjo stopnjo neizvedene zdravstvene nege. Odgovornost pa pripišeta v prvo vrsti stopnji izobrazbe, nato delavnim izkušnjam in osebnosti medicinske sestre. Tudi Cho idr. (2019, str. 7) izpostavijo, da je slabše izobražen kader velik dejavnik neizvedene zdravstvene nege. Posledice neizvedene zdravstvene nege so lahko večkrat, žal, tudi usodne. Imamo širok spekter od lažjih do težjih zdravstvenih napak, ki so posledica neizvedene zdravstvene nege, kar opisuje Kalankova idr. (2019, str. 1794) v svoji kvalitativni raziskavi.

Zbrani podatki oz rezultati nam lahko predstavljajo osnovo za spremembo kadrovske politike, načrte zaposlovanja in organizacijsko podporo medicinskim sestram v kliničnih okoljih.

LITERATURA

1. Bahun, M. in Skela - Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 35, 42–51. Pridobljeno s <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/3061>.
2. Carvalho, E. C., Lima, M. B., Peres, A. M. idr. (2019). Relationship between the Implementation of Primary Nursing Model and the Reducation of Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Management*, 28, 2103–2112. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433878/>.
3. Cengia, G. M., Di Falco, A., Allegrini, E. idr. (2021). Occurrence and Reasons for Unfinished Nursing Care between Covid-19 and non-Covid-19 Patients. *International Nursing Review*, 69(4), 420–431. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12746>.
4. Cho, S. H., Lee, J. Y., You, S. Y. idr. (2019). Nurse Staffing, Nurses Prioritization, Missed Care, Quality of Nursing Care, and Nurse Outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 26, 1–9. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31850645/>.
5. Cleary - Holdforth, J. (2019). Missed Nursing Care: A Symptom of Missing Evidence. *Worldviews on Caring Sciences*, 29(2), 88–91. <https://doi.org/10.1111/wvn.12351>
6. Cordeiro, R., Rodrigues Pires, M. J., Serra, D. R. idr. (2019). Good Practices to Reduce Unfinished Nursing Care: An Integrative Review. *Journal of Nursing Management*, 28, 1798–1804. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12972>.
7. Drach - Zahavy, A. in Srulovici, E. (2018). The Personality Profile of the Accountable Nurse and Missed Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 368–379. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30209825/>.
8. Dutra, C. K. S., Salles, B. G. in Guirardello, E. B. (2019). Situations and Reasons for Missed Nursing Care in Medical and Surgical Clinic Units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 19, 53. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433012/>.

9. Filej, B. (2020). Vzroki za opuščanje izvajanja zdravstvene nege. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 20). Novo mesto: Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Gathara, D. idr. (2019). Missed Nursing Care in Newborn Units: a Cross-Sectional Direct Observational Study. *BMJ Journals*, 29, 19–30. Pridobljeno s <https://qualitysafety.bmj.com/content/29/1/19>.
11. Hessels, J. A. idr. (2018). Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *Journal of Nursing Care Quality*, 34, 287 – 294. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550496/>.
12. Joseph, B., Plummer, V. in Cross, W. (2022). Mental Health Nurses Perceptions of Missed Nursing Care in Acute Inpatient Units: A Multi-Method Approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 697–707. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35294094/>.
13. Kalankova, D., Kirwan, M., Bartoničkov, D. idr. (2019). Missed, Rationed or Unfinished Nursing Care: A Scoping Review of Patient Outcomes. *Journal of Nursing Management*, 28, 1783–1797. Pridobljeno s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12978>.
14. Ludlow, K., Churrua, K., Mumford, V. idr. (2019). Unfinished Care in Residential Aged Care Facilities: An Integrative Review. *The Gerontological Society of America*, 3, 61–74. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31773131/>.
15. Palese, A., Chiappinotto, S., Canino, E. idr. (2021). Unfinished Nursing Care Survey for Students (UNCS4S): A Multicentric Validation Study. *Nurse Education Today*, 102. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33894594/>.
16. Potočnik, P. (2021). *Obravnava starostnikov v institucionalni oskrbi – neizvedene aktivnosti zdravstvene nege* (Diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
17. Suhonen, R. in Scott, P. A. (2018). Missed Care: a Need for Careful Ethical Discussion. *Nursing Ethics*, 25(5), 549–551. <https://doi.org/10.1177%2F0969733018790837>
18. White, E. M., Aiken, L. H. in McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction and Missed Care in Nursing Home. *Journal of the American Geriatric Society*, 67, 2065–2071. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31334567/>.
19. Zelenikova, R., Gurkova, E., Friganovic, A. idr. (2019). Unfinished Nursing Care in Four Central European Countries. *Journal of Nursing Management*, 28, 1888–1900. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754486/>.

Opolnomočenje zaposlenih na področju zdravstvene nege

UDK 614.253.1/.6:374.7

KLJUČNE BESEDE: *opolnomočenje, znanje, moč, zaposleni*

POVZETEK – Tempo in standardi današnjega življenja je v razvitem svetu vse večji. Tako kot na ostalih področjih je to čutiti tudi v zdravstvu. Da smo lahko kakovostni, učinkoviti in konkurenčni, moramo izvajati kakovostne zdravstvene storitve po najnovejših smernicah in protokolih, ki se odkrivajo po svetu. K temu v največji meri pripomorejo raziskave. Če pa želimo, da nam vse to uspe, moramo tako zaposlene na vseh ravneh organizacije, vključno z vodilnimi ustrezno opolnomočiti z ustreznimi znanji. Znanje je obenem ključni element v procesu opolnomočenja v zdravstvu. Zaposlenim dati možnost in spodbudo pri nadgrajevanju svoje profesionalne poti z možnostjo pridobivanja novega znanja in nadgrajevanja že obstoječega znanja, moči, zadolžitve ter obenem odgovornosti za svoje delo in za to ustrezno pozornost. Kar pa je najpomembnejše, da se zaposleni zavedajo, da njihovo delo pomembno prispeva k zastavljenemu cilju, s tem pa pridobijo občutek vrednosti in pripadnost organizaciji. Z opolnomočenjem bodo zaposleni pridobili dodatna znanja ali nadgradili že obstoječe znanje, s katerimi se bodo lažje soočali z vsakodnevnimi izzivi, voljo in moč, da bodo motivirani za delo ter sredstva, s katerimi jim bo to uspelo. Z vsem tem bodo podjetju zagotavljali uspeh v prihodnosti. V prispevku bomo prikazali, kako se z opolnomočenjem zaposlenih spopadajo po svetu.

UDC 614.253.1/.6:374.7

KEYWORDS: *empowerment, knowledge, power, employees*

ABSTRACT – The pace and standards of today's life are increasing in the developed world. As in other fields, this can also be felt in healthcare. In order to maintain a high quality of work and be efficient and competitive, we must provide quality healthcare services according to the latest guidelines and protocols that are being discovered around the world. The most significant contribution to this comes from research. However, if we want all of this to succeed, we must empower employees at all levels of the organization, including managers, with the appropriate skills. Knowledge is also a key element in the process of empowerment in healthcare. Giving staff members the opportunity and encouragement to advance their careers by giving them the chance to gain new knowledge, improve their existing knowledge, gain power, and take on more responsibility and accountability for their work. The most important thing is that employees realize that their work significantly contributes to the set goal, thereby gaining a sense of value and belonging to the organization. Through empowerment, employees will acquire additional skills or build on the already existing knowledge, with which they will be able to face everyday challenges more easily. They will also gain the will and motivation to work and the means with which they will succeed. With all this, they will ensure the company's success in the future. In this article, we will show how employee empowerment is approached around the world.

1 Opolnomočenje zaposlenih

Vse večje potrebe, zahteve ljudi, visoki napredki na ravni medicine in oskrbe v zdravstveni negi ter vse višji standardi zahtevajo od izvajalcev zdravstvenih storitev neprekinjeno sledenje novostim. Tu pa je potrebno spregovoriti o opolnomočenju zaposlenih na različnih deloviščih ter vseh ravneh organizacije.

1.1 Koncept opolnomočenja zaposlenih

Koncept opolnomočenja zaposlenih je v zadnjih letih postal trend, saj omogoča podjetjem, da se v hitro spreminjajočem se okolju utrjujejo in ohranjajo svojo konkurenčno predanost. Opolnomočeni zaposleni so bolj motivirani, saj zaradi delegiranja moči sprejemajo odločitve, ki imajo pomemben vpliv na delo, ki ga opravljajo. S pomočjo opolnomočenja je zaposlena oseba aktivna pri reševanju problemov. To obsega od načrtovanja nalog, ki jih je potrebno opraviti do implementacije rešitev na konkretnem primeru (Lebrecht in Penger, 2018, str. 36). Opolnomočenje zaposlenih vsebuje prenos pooblastil za sprejemanje odločitev na nižje ravni v organizacijski hierarhiji, pri čemer so zaposleni samostojni za sprejemanje vsakodnevnih odločitev v situacijah, ki so povezane z delom.

Organizacija mora biti osredotočena na opolnomočenje zaposlenih, ki je ključnega pomena za učinkovitost in napredek v organizaciji. Organizacije imajo vse bolj decentralizirano strukturo in v taki strukturi zaposlujejo delavce, ki lahko delajo v visoko učinkovitih delovnih sistemih. Veliko zaposlenih prepoznava pozitivne vplive opolnomočenja, kot je višja uspešnost in učinkovitost, boljši odnos do dela ter uspešnost celotne organizacije (Baird idr., 2018, str. 2). Poznan je tudi koncept psihološke opolnomočenosti, ki ponazarja notranjo motivacijo in jo posameznik prikazuje pri samostojnem opravljanju dela. Obsega: pomen, vpliv, samo odločanje ter kompetentnost. Ko bodo zaposleni opolnomočeni za opravljanje vsakodnevnega dela, bo to prispevalo k boljši delovni uspešnosti in zavezanosti organizacije. Opolnomočenje zaposlenega spreminja odnos do službe in organizacije ter vpliva na zadovoljstvo in angažiranost pri delu. Pri tem se krepi občutek samoučinkovitosti med člani organizacije, kar se doseže skozi določitev pogojev (Alagarsamy idr., 2020, str. 2). Psihološka opolnomočenost pripomore k razvoju notranje motivacije. Ta pripomore k tem da je delavec notranje usmerjen, zainteresiran in navdušen za delo, ki ga opravlja in sodeluje pri nalogi zaradi same naloge. Posameznik se poleg tega aktivneje vključuje v proces izboljšanja ter povečanja uspešnosti organizacije. Psihološka opolnomočenost tako krepi tudi vodje, posledično pa povečuje rezultat zaposlenih (Lee idr., 2018, str. 6). Bowen in Lawler (2006) opredeljujeta opolnomočenje kot izmenjavo informacij o nagrajevanju na podlagi uspešnosti, ter znanja, ki zaposlenim omogoča razumevanje poteka dela ter zaposlenim zagotavlja moč sprejemanja odločitev, ki vplivajo na organizacijsko uspešnost in usmeritev. Prenos pooblastil daje občutek zaposlenim, da so samo učinkoviti, tako da imajo zaposleni pravico do nadzora in uporabe virov za doseganje zelenih organizacijskih ciljev (Gomzi, 2021, str. 20).

1.2 Ravni opolnomočenja zaposlenih

Opolnomočenje na ravni organizacije se nanaša na organizacijsko prizadevanje, ki ustvarja psihološko opolnomočenje med člani in organizacijsko učinkovitostjo, le ta pa je pomembna za doseganje zastavljenih ciljev. Ta vključuje prizadevanje za izboljšanje kakovosti opravljanja dela ter lažje sodelovanje zaposlenih. Organizacijsko opolnomočenje je pogosto opredeljeno kot individualno opolnomočenje članov ter kot del njihovega organizacijskega procesa. Peterson in Zimmerman (2004) delita opolnomočenje na ravni organizacije na tri komponente: znotrajorganizacijsko, medorganizacijsko in zunajorganizacijsko.

Znotrajorganizacijsko opolnomočenje se osredotoča na strukture in procese, ki so pomembni za znotraj organizacije. Ta predstavlja notranjo strukturo in funkcijo organizacije, katera zaposlenim omogoča osnovo za proaktivno delovanje, vključuje organizacijsko sposobnost preživetja, vodenja in medsebojnega zaupanja zaposlenih.

Medorganizacijska komponenta je osredotočena na sodelovanje in odnose med organizacijami, ki so pomembni za sklepanje poslovnih partnerjev in gradnjo zavezništva z njimi.

Zunajorganizacijska komponenta pa se osredotoča na organizacijsko prizadevanje in vplivanje na večje sisteme, katerih del je tudi organizacija. Ta se osredotoča na ukrepe, katere izvaja organizacija, kot so širjenje informacij, posredovanje virov v korist skupnosti, razvijanje priložnosti za mobilizacijo skupnosti ter vplivanje na javno prakso in politiko (Griffith itd., 2008, str. 89–90).

Opolnomočenje na ravni menedžmenta predstavlja, kako tisti, ki imajo moč v organizaciji, delijo moč in avtoriteto s tistimi, ki je nimajo. Opolnomočenje menedžmenta je opredeljena kot organizacijska strategija, katere cilj je omogočiti zaposlenim široko svobodo odločanja in reševanja problemov. Menedžment to dosega s prenosom odgovornosti in pooblastil na usposobljen kader ter z njihovo večjo udeležbo pri upravljanju organizacije, motiviranosti, z zagotavljanjem potrebnih resursov in poudarjanjem timskega dela. Za vse to je pomembno (Gomzi, 2021, str. 21):

- *prenos avtoritete*: sama filozofija opolnomočenja na nivoju menedžmenta temelji na uspešnosti vodij, ki dobro verjamejo v svoje zaposlene, s prenosom avtoritete pa jim nudijo večjo svobodo pri sprejemanju odločitev za celotno organizacijo.
- *izobraževanje*, ki mora vsebovati bogato razvit program usposabljanja, da omogoča menedžerjem krepitev in razvoj novih veščin, s katerimi utrjujejo svoje izkušnje ter kompetence, kot so odločanje, vodstvene veščine, pogajalske spretnosti in reševanje problemov
- *komunikacija*: učinkovita komunikacija je pomembna na vseh ravneh organizacije, saj skrbi za enostavno in svobodno dostopanje do ključnih informacij na različnih vodstvenih ravneh. S tem zaposleni dobijo vse informacije, ki so ključne za doseganje uspešnosti, učinkovitosti, ciljev ter dosegajo poslovne strategije.
- *motivacija*: opolnomočenje razvija zavzetost, produktivnost, ustvarjalnost, zadovoljstvo in motivacijo višjega nivoja zaposlenih. Motivator niso finančna nadomestila, ki bi omogočila, da bi zaposleni svoje delo opravljali vestno in zavzeto. Opolnomočenje je treba doseči z nefinančnimi motivacijskimi dejavniki. To je prepoznavanje truda, sprejemanjem drugačnosti, prilagojenim delovnim okoljem, ...

Pričetek opolnomočenja je na višji vodstveni ravni in se prenaša na individualno raven posameznikov, le-ti so lahko opolnomočeni, če imajo dostop do informacij, ter priložnosti v organizaciji.

Zaposleni so tako naklonjeni prevzeti pobudo za hiter in pravočasen odziv na pritiske delovnega okolja. Pooblaščenim zaposlenim so poleg tega veliko bolj proaktivni in navdušeni nad zagotavljanjem odličnih ter kakovostnih storitev za zagotavljanje zadovoljstva potreb ljudi. Pomembno je, da se zaposleni zaveda da ni pooblaščen le za sprejemanje odločitev, ampak mora biti tudi odgovoren za posledice svojih odločitev ter za zmanjšanje neetičnega vedenja pri delu. Z opolnomočenjem člani organizacije verjamejo, da je posamezni zaposleni pooblaščen in neodvisen pri opravljanju svojih delovnih nalog. To preložitve moči delavcu omogoča, da se počuti odgovornega za svoje delo in ustvarja pozitivne rezultate, kot je zmanjšana stopnja izgorelosti, katera bi lahko nastala pri delu. S tem zaposleni ustvarjajo delovno mesto, kateri privablja in zadržuje zaposlene v organizaciji, saj imajo zaposleni možnost povečati svojo usposobljenost ter pridobiti nove veščine, znanja in izkušnje ter so nagrajeni za svoj doprinos v organizaciji. Zaposleni so opolnomočeni takrat, ko zaznajo, da jim zaposlitev omogoča napredovanje, rast in učenje (Gomzi, 2021, str. 22).

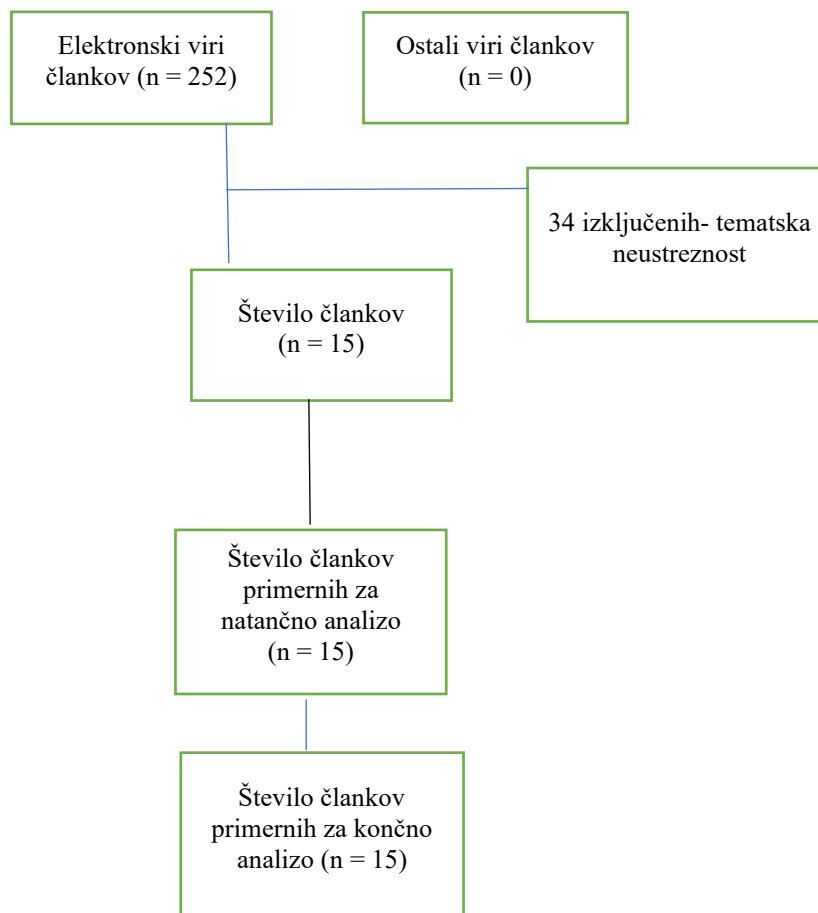
2 Metode

Glavni namen raziskave je bil preučiti, kako se zdravstvene organizacije po svetu spopadajo z opolnomočenostjo svojih zaposlenih. Cilj raziskave pa je bil pridobiti najprimernejše načine in ideje, kako čim učinkoviteje zagotoviti opolnomočenost zaposlenih na področju zdravstvene nege.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo raziskovalno metodo kvalitativne vsebinske analize pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature. Za nabor zadetkov smo uporabili besedno zvezo v slovenskem in angleškem jeziku: »opolnomočenje zaposlenih, »empowering employees« dostopni v podatkovni bazi PabMed. Omejitveni kriteriji so bili: 15 člankov in več, v obdobje objav od leta 2017 do 2022, vsebovati je moralo celotno brezplačno besedilo članka, članek je moral biti recenziran, ter v angleškem jeziku.

Slika 1: Prizma diagram



2.2 Opis instrumenta

Dobljene zadetke iz tuje literature smo pregledali in izbrali tiste, ki so ustrezali namenu raziskave. V Tabeli 1 smo analizirali izbrane članke. Nato pa smo v razpravi iz grobe analize člankov prikazali nekatere skupne ugotovitve raziskovalce člankov.

2.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili znanstvene člane in pregledne znanstvene članke. Ostali članki, kateri so bili objavljeni v poljudnih publikacijah, objavljeni v zbornikih in strokovnih člankih, nismo uporabili. Za iskanje člankov smo uporabili Bibliografsko bazo podatkov na PubMed-u, kjer nam je brskalnik z uporabo dveh ključnih besed *empowering employees*, v časovnem obdobju od leta 2017 do 2022 in z brezplačni ogledom celotnega besedila članka ponudil 628 zadetkov. Po upoštevanju omejitvenih kriterijev smo v polnem besedilu pregledali 252 člankov, v končno analizo pa smo vključili 15 člankov, kateri so ustrezali naši raziskavi. Vsi članki bo bili v angleškem jeziku.

2.4 Opis zbiranja podatkov

Dobljene članke, ki smo jih pregledali in vključili v našo raziskavo smo najprej v grobem analizirali na avtorja in letnico objave članka, tipologijo članka, raziskovalno paradigmo, ter ključna spoznanja raziskovalcev. To smo prikazali v Tabeli 1, zatem pa smo v razpravi zajeli bistvene ugotovitve avtorjev in združili njihove skupne ugotovitve.

3 Rezultati

V tabeli 1 so predstavljeni rezultati pregleda raziskav. Opisujejo avtorja, letnico objave članka, tipologijo članka raziskovalno paradigmo ter ključna ugotovitve raziskovalcev.

Tabela 1: Ugotovitve avtorjev raziskav

<i>Avtor, letnica objave članka</i>	<i>Tipologija članka</i>	<i>Raziskovalna paradigma</i>	<i>Ugotovitev</i>
Gamle in Ion (2017)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (pregled literature).	Koraki predstavljeni v članku pripomorejo, da zaposleni delujejo bolj samozavestno, usposobljeno ter so za svoje delo pooblašeni.
Ramathuba in Makhado (2021)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, 15 individualnih intervjujev z zvočnimi zapisi s terena, opisano je bilo 6 elementov, kateri so bili povezani s teoretičnimi izhodišči z Dickoff idr. (1968).	Zaradi slabe organizacijske podpore se posledično odraža slabša kakovost življenja medicinskih sester na osebni ravni, kar negativno vpliva na njihovo produktivnost pri opravljanju zdravstvene nege.
Lalani idr. (2021)	Izvorni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, uporabili so 6 poglobljenih individualnih intervjujev (zdravniki, medicinske sestre) v trajanju 50 minut, za študijo so imeli etično odobritev, instrument: intervju).	Ugotovljeno je bilo, kako pomembna je duhovna usposobljenost in izobraževanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti za kvalitetnejše opravljanje njihovega dela.

Sakanashi idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, sodelovalo je 20 družinskih oskrbovalcev, uporabljen je bil pol-strukturiran intervju, podatki so se zbirali od oktobra 2015 do julija 2019).	Študija, izvedena na Japonskem, je potrdila domnevo, da potrebujejo oskrbovalci na širok spekter znanja pri oskrbi varovancev z diagnosticirano Alzheimerjevo boleznijo.
Das idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, uporabljenih je bilo 24 pol-strukturiranih odprtih intervjujev, izvedeno je bilo šest študij, podatki so se zbirali od avgusta 2019 do marca 2020. Analiza podatkov je bila induktivna z uporabo prizemnega pristopa teorije in je bila iterativne narave, pri tem pa je bila izvedena predhodna analiza v presledkih med cikli zbiranja podatkov.	Iz članka je bilo razbrati, kako pomembno je krepitev moči – opolnomočenje zaposlenih, da izvajajo kakovostno oskrbo, to vodi, da je inštitucija uspešna in učinkovita. Potrebna je reforma politike, ki omogoča napredovanje kariere in oblikovanje podpornih skupin. Vodje je treba občudovati in trenirati, da zagotovijo podporni nadzor.
Edelmann idr. (2022)	Pregledni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, ki -presečna študija, izvedena v Belgiji, s pomočjo spletne ankete. Sodelovalo je 146 zaposlenih. Analiza podatkov je potekala s pomočjo opisne statistike).	Ugotovljeno je bilo, da je dober vodja tisti, ki poskrbi za soje zaposlene tako, da jim da pooblastilo in odgovornosti za izvajanje delovnih nalog.
Gleason idr. (2021)	Pregledni znanstveni članek	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, tehnika zbiranja podatka s pomočjo pregleda obstoječe strokovne literature).	Po teoretičnem pregledu so avtorji izpostavili, da mora biti kvalitetna medicinska sestra dovolj samozavestna, vendar tudi dovolj samokritična pri opravljanju svojega dela.

Hasan idr. (2019)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, ki temelji na t- testu. Vzorec je bil reprezentativen. Enodnevni program (8 ur) je izdelala skupina Zasvojenosti z Univerze iz Malaji (ekipa UMCAS); v obdobju treh mesecev od decembra 2016 do februarja 2017. Vzorec je vseboval 218 zdravstvenih delavcev Analiza podatkov je potekala s pomočjo opisne statistike).	Študija je prikazala pomen dodatnega izobraževanja zdravstvenih delavcev z najnovejšimi znanji, ustreznim odnosom in samo učinkovitostjo za učinkovito opravljanje vsakodnevnega dela.
Verburgh idr. (2020)	Izvirni znanstveni članki	Kvalitativna in kvantitativna raziskava (kvalitativna in kvalitativna metoda dela, tehnika zbiranja podatka s pomočjo anketnega vprašalnika in pol-strukturiranih intervjujev. V raziskavi je sodelovalo 56 zaposlenih v menopavzi-anketa in 12 oseb – intervju. Raziskava je potekala v amsterdamskem Univerzitetnem zdravstvenem središču).	Menopavzalno obdobje vpliva tudi na zaposlene v zdravstvenem varstvu pri opravljanju dela. V raziskavi sta potrdili kako podpora delavkam in spodbujanje zdravja na delovnem mestu pozitivno pripomore k duševnemu zdravju. Vpliv duševnega opolnomočenja je pripomogel k pozitivnejšemu vedenju, boljšemu telesnemu in duševnemu zdravju, sprejemanju odločitev, ki krepijo njihovo zdravje in boljše počutje.
Doran idr. (2018)	Izvirni znanstveni članki	Kvalitativna raziskava (kvalitativna metoda dela, tehnika zbiranja podatka s pomočjo intervjujev. Poslani so bili preko e-pošte. Čas trajanja intervjuja od 30–50 min. Vzorec je vseboval 15 zdravnikov. Raziskava je potekala v jugovzhodni Angliji. Kvalitativni podatki so bili analizirani s tehnikami tematske analize.	V raziskavi so avtorji potrdili, da je potrebno za izboljšanje varnosti in kakovostnejšo obravnavo bolnikov, dobra usposobljenost zdravstvenega kadra (zdravnikov) na začetku kariere.

Marin - Garcia in Bonavia (2021)	Izvirni znanstveni članki	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, izvedena v Evropski uniji, s pomočjo ankete-naključni vzorec. Sodelovalo je 23.468 udeležencev. Analiza podatkov je potekala s pomočjo opisne statistike).	Rezultati kažejo, da je bilo strukturno opolnomočenje pozitivno povezano s psihološkim opolnomočenjem, ki je bilo pozitivno povezano z zadovoljstvom delovnih mest, delovnim sodelovanjem in socialno dobro. Ugotovili so, da mediacija bistveno ne vpliva na opolnomočenje zaposlenih.
Jiang idr. (2019)	Izvirni znanstveni članki	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, izvedena v OCBE z vzorcem 374 zaposlenih na Kitajskem, s pomočjo ankete. Analiza podatkov je potekala s pomočjo makra PROCESS za SPSS programa).	Avtorji so v študijo prikazali, kako pomembno je krepitev tako zaposlenih na delovnem mestu kot tudi vodstvo, in se le to med seboj neizmerno povezuje. Vodstvo krepi zaposlene, ravno tako pa tudi visoko motivirani in perspektivni zaposleni motivirajo vodstvo za kakovostnejše opravljanje dela.
Chen idr. (2021)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, izvedena v provincah na Kitajskem, s pomočjo ankete-lestvica. Sodelovalo je 367 udeležencev-zdravnikov. Analiza podatkov je potekala s pomočjo opisne statistike).	S študijo so avtorji dokazali, da je napredna tehnologija zmanjšala stres zdravnikov in izboljšala vse dimenzije opolnomočenje zdravnika na Kitajskem. Dokazali pa so tudi, da je krepitev vloge zdravnika izboljšala zadovoljstvo z delovnimi mesti in zmanjšala zadovoljstvo z delovnimi mesti.
Ahmed idr. (2022)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, izvedena v Pakistanu, s pomočjo raziskovalnega asistenta. Sodelovalo je 400 zaposlenih v visokošolskih ustanovah Pakistana. Analiza podatkov je potekala s pomočjo SPSS 23 programa).	Krepitev vodstva in uspešnosti dela zaposlenih so edinstveni koncepti na akademski ravni. Avtorji so v raziskavi ugotovili, da morajo vodilni jasno postaviti cilje, kateri želijo, da jih njihovi zaposleni dosežejo, tako vplivajo na njihovo. Delovno uspešnost in obratno oni krepijo vodilne. Prav tako pa je bilo ugotovljeno, da je pri vsem navedenem pomembna tudi mediacija.

Yin idr. (2017)	Izvirni znanstveni članek	Kvantitativna raziskava (kvantitativna metoda dela, izvedena v Evropski uniji, s pomočjo ankete-naključni vzorec. Končni vzorec je sestavljal 280 zaposlenih. Analiza podatkov je potekala s pomočjo SPSS 22 programa- uporabljena za uporabili za opisno analizo, analizo korelacije in analizo zanesljivosti. Opravljena je bila tudi analiza faktorjev).	Študija prikazuje, da krepitev vodstva pozitivno vpliva na proaktivno vedenje, tudi po nadzoru za proaktivno osebnost zaposlenih. Rezultati so pokazali, krepitev vodstva, povezana s samo učinkovitosti vložitve – proaktivno vedenje in samo učinkovitost vloženih vlog mediatorja razmerje med krepitvijo vodstva in proaktivnim vedenjem.
-----------------	---------------------------	---	---

Vir: Lastni vir, 2022.

Analizirali smo 15 tujih člankov, katerih glavne ugotovitve smo povzeli v tabeli. Kar 8 (največ) člankov je bilo iz leta 2021, eden je bil z leta 2022, ostali pa so bili starejši. 11 člankov je bilo izvirno znanstvenih člankov, štirje pa so bili pregledni znanstveni članki. Članki so bili tako kvantitativne, kvalitativne oblike, nekateri pa so bili sestavljenih z obeh raziskovalnih paradigem, tako so bili vzorci anketiranih ali intervjuvanih oseb od 12 pa do 23.468 oseb. Pri manjšem številu oseb, so avtorji uporabili običajno kvalitativno metodo dela (intervju, pol strukturiran intervju), pri večjem številu oseb pa so običajno uporabili kvantitativno metodo dela (anketne vprašalnike). Pri preglednih znanstvenih člankih so avtorji običajno pregledali večjo bazo že raziskanih ugotovitev, ter zapisali skupne ugotovitve. Pri vseh člankih, ki smo jih navedli, je bila avtorjem rdeča nit, kako opolnomočiti zaposlene na različnih nivojih organizacije, da bo njihovo delo učinkovitejše in bo doprineslo k kvalitetnejši oskrbi bolnikov.

4 Razprava

Pri temeljitem pregledu izvedenih raziskav na področju opolnomočenja zaposlenih v zdravstvu smo izpostavili ključne ugotovitve raziskovalcev. Da zaposleni potrebujejo za učinkovito in kakovostno opravljanje svojih aktivnosti določena pooblastila in odgovornosti so zapisali avtorji v treh različnih člankih (Gamle in Ion, 2017; Edelmann idr., 2022; Gleason idr., 2021). Zapisali so, da je zato zaslužen vodja. Tako zaposleni delujejo bolj samozavestno, samokritično in se pri tem sami bolj motivirani za usposabljanje za svoje delo.

Avtorja Ramathuba, in Makhado, sta v članku, leta 2021 raziskala, da na medicinske sestre negativno vpliva slaba organizacijska podpora na delovnem mestu, s tem pa tudi posledično na njihovo kakovost življenja.

Dve raziskavi izpostavljata, da so avtorji dokazali, da bo zdravstveno osebje svoje delo opravljalo učinkovitejše in kvalitetnejše, če bo duhovno podkrepljeno in primerno izobraženo. K opolnomočenju pripomore tudi stabilna duševnost, ki vodi k pozitivnemu vedenju, boljšemu telesnemu in duševnemu zdravju sprejemanju odločitev, ki krepijo njihovo zdravje in boljše počutje. Ravno tako pa tudi spodbuda k krepitvi zdravemu načinu življenja pripomore k pozitivnemu duševnemu zdravju.

Avtorji Das idr. so v članku »Mi smo medicinske sestre-kaj lahko rečemo? Asimetrije moči in pomožne medicinske babice v indijski državi« zapisali ugotovitve, kako pomembno je krepitve moči zaposlenih, da nudijo ustrezno in učinkovito oskrbo bolnikom ter opravljajo dela ki

pozitivno vplivajo na samo institucijo. Ugotovili so da bodo potrebne temeljite spremembe v politiki, ki bodo omogočile napredovanje kariere in podpornih skupin.

V člankih, ki sto jih zapisali Hasan, idr. (2019) in Sakanasi, idr. (2021) je bilo izpostavljeno kot moč opolnomočenja doseči z dodatnim izobraževanjem z najnovejšimi in sodobnimi znanji ter standardi na področjih, ki jih zahteva posamezno delovno mesto. Tako bodo zaposleni opravljali svoje delo opravljali suverenejše in učinkovitejše.

Avtorji Doran idr. (2018) so v svojem članku zapisali, da je za kakovostnejšo in varnejšo obravnavo bolnikov potrebno temeljito in celostno usposabljanje zaposlenih na vseh nivojih zdravstva na začetki njihove kariere.

V članku z naslovom »Opolnomočenje in dobro počutje zaposlenih: študija analize mediacije« sta avtorja Marin - Garcia in Bonavia (2021) zapisala, da sistemsko opolnomočenje zaposlenih vpliva na njihovo psihološko stanje, kar vpliva na zdravje in dobro počutje zaposlenih. Opaženo je bilo večje zadovoljstvo na delovnem mestu, delovna angažiranost in socialno blaginjo. Avtorji so ugotavljali tudi pomen opolnomočenja zaposlenih na raven stresa, ki ga doživljajo zaposleni. Pomembno je, da na delovnem mestu ni previsoke avtonomije in prevelike frustracije zaradi previsokih pričakovanj, ki vodijo v večji ravni stresa. Zapisali so, da optimalna raven stresa izboljša fizično aktivnost.

V članku, ki je bil objavljen leta 2021 so avtorji Chen idr. s študijo ugotovili, da napredna tehnologija zmanjšala stres zdravnikov in izboljšala vse dimenzije opolnomočenje zdravnika na Kitajskem. Ugotovili so, da krepitev vloge zdravnika izboljšala zadovoljstvo z delovnimi mesti in zmanjšala zadovoljstvo z delovnimi mesti.

S trditvijo, da je izredno pomembno motiviranje zaposlenih na delovnem mestu, kot tudi vodstvo in da se le to med seboj neizmerno povezuje, so se strinjali avtorji v treh člankih (Ahmed, itd. 2022; Yin, itd. 2019; Yiang, itd. 2017). Poudarili so, da je krepitev vodstva in uspešnost dela zaposlenih edinstveni koncept za kakovostno in učinkovito sodelovanje in izvajanje vsakodnevnih nalog. Vodilni morajo imeti jasno postavljene cilje katere želijo da jih njihovi zaposleni dosežejo, tako vplivajo na njihovo delovno uspešnost, in obratno oni krepijo vodilne. Vodstvo krepi zaposlene, ravno tako pa tudi visoko motivirani in perspektivni zaposleni motivirajo vodstvo za kvalitetnejše opravljanje dela.

5 Zaključek

Da so lahko zaposleni kakovostni, učinkoviti in konkurenčni morajo izvajati kakovostne zdravstvene storitve po najnovejših smernicah in protokolih, ki se odkrivajo po svetu. Če pa se želi doseči uspeh, je potrebno zaposlene na vseh ravneh organizacije kot tudi vodilne ustrezno opolnomočiti z dodatnimi znanji, zadolžitvami, odgovornostjo, katere jim bodo dale občutek pripadnosti in vrednosti v organizaciji.

LITERATURA

1. Ahmed, T., Chaojun, Y. in Mahmood, S. (2022). The Impact og Empowering Leadership on Job Performanc of Higher Education Institutions Employees: Mediating Role of Goal Clarity and Self-Efficacy. *Psychol Res Behav Manag*, 17 (15), 677–694. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35330960/>.
2. Alagarsamy, S., Mehrolia, S. in Aranha, R. (2020). The meiating Effect of Employee Engagement: How Employee Psychological Empowerment Impacts the Employee Satisfaction? A Study of Maldivian Tourism Sector (str. 1–19). *Global Business Review*.

3. Baird, K., Su, S. in Munir, R. (2018). The Relationship between the Enabling Use of Controls, Employee Empowerment, and Performance. *Personnel Review*, 47(1), 257–274.
4. Chen, Y., Aljafari, R., Xiao, B. idr. (2021). Empowering physicians with health information technology: An emprical investigation in Chinese hospitals. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 915–922. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33712828/>.
5. Das, P., Ramani, S., Newton - Lewis, T. idr. (2021). We are Nurse – What Can we Say?: Power Asymmetries and Auxiliary Nurse Midwives in an Indian state. *Sex Reprod Health Matters*, 29(2), 2031598. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35171082/>.
6. Doran, N. J., Bethune, R., Watson, J. idr. (2018). Empowering Junior Doctors: a Qualitative Study of a QI programme in SouthWest England. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1116), 571–577. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30425133/>.
7. Edelmann, C. M., Boen, F. in Fransen, K. (2022). The Power of Empowerment: Predictors and Benefits of Shared Leadership in Organizations. *Front Psychol*, 19(11), 582894. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33329240/>.
8. Gannle, C. in Ion, R. (2017). Poor Care and the Professional Duty of the Registered Nurse. *Nurs Older People*, 29(4), 20–24. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28452273/>.
9. Gleason, K., Harkless, G., Stanley, J. idr. (2021). The Critical Need for Nursing Education to Address the Diagnostic Process. *Nurse Outlook*, 69(3), 362–369. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33455815/>.
10. Gomzi, K. (2021). Analiza etičnega vodenja in opolnomočenja zaposlenih: multimetodološka raziskava na primeru vrta Lendava – Lendvaiovoda (Magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani.
11. Griffith, D. M., Allen, J. O., Zimmerman, M. A. idr. (2008). Organizational Empowerment in Community Mobilization to Address youth Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(3), S89–S99.
12. Hasan, S. I., Hairi, M. F., Tajuddin, N. A. A. idr. (2019). Empowering Healthcare Providers through Smoking Cessation Training in Malaysia: a Preintervention and Postintervention Evaluation on the Improvement of Knowledge, Anttitude and Self-Efficacy. *BMJ Open*, 9(9), e030670. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31562154/>.
13. Jiang, M., Wang, H. in Li, M. (2019). Linking Empowering Leadership and Oganizational Citizenship Behavior Toward Environment: The Role of Psychological Ownersship and Future Time Perspective. *Front Psychol*, 29(10), 2612. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31849746/>.
14. Lalani, N. S., Duggleby, W. in Olson, J. (2021). I Need Presence and a Listening Ear: Perspectives of Spirituality and Spiritual Care Among Healthcare Providers in Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Region and Health*, 60 (4), 2862–2877. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34028668/>.
15. Lebreht, M. in Penger, S. (2018). Kako opolnomočijo najboljši? *HRM*, 4(15), 36–40.
16. Lee, A., Willis, S. in Tian, A. W. (2018). Empowering Leadership: a Meta-Analytic Examination of Incremental Contribution, Mediation, and Moderation. *Journal of Organizational Behavior*, 39(3), 306–325.
17. Marin - Garcia, J. A. in Bonavia, T. (2021). Empowerment and Employee Well-Being: A Mediation Analysis Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 188(11), 5822. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34071574/>.
18. Ramathuba, D. U. in Makhado, L. (2021). Support Model for Nurses Caring for People Living With HIV and AIDS in the Limpopo Province, South Africa. *Curationis*, 44(1), e1–e8. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342474/>.
19. Sakanashi, S., Fujita, K. in Konno, R. (2021). Components of Empowerment Among Family Caregivers of Community-Dwelling People With Dementia in Japan: A Qualitative Research Study. *Journal of Region and Health*, 29(3), e155. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33840772/>.
20. Verburgh, M., Verdonk, P., Appelman, Y. idr. (2020). Workplace Health Promotion for Female Workers in Low-Paid Jobs during Menopause and Mdlife. *Int J Environ Res Public Health*, 17(18), 6462. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32899848/>.

21. Yin, K., Xina, L., Li, L. idr. (2017). Are Empowered Employees More Proactive? The Contingency of How Thy Evalute Their Leader. *Front Psychol*, 1(8), 1802. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29163249/>.

Ovire pri uvajanju integriranih kliničnih poti: primer medorganizacijskega sodelovanja

UDK 614.21:316.772.4

KLJUČNE BESEDE: integrirana klinična pot, poglobljeni intervjuji, medorganizacijsko sodelovanje, zdravstvene ustanove

POVZETEK – Integrirane klinične poti se uvajajo, da bi zagotovili najboljše in najučinkovitejše zdravljenje. Za izboljšanje integracije zdravstvenih storitev je medorganizacijsko sodelovanje, temelječe na procesih, ki vključujejo zdravstvene delavce v več organizacijah, v zadnjem času postalo vse bolj pomembno, zlasti zaradi omejenih finančnih virov, staranja prebivalstva in komorbidnih kroničnih bolezni. Pomembno je razumeti ovire za razvoj medorganizacijskega sodelovanja, saj lahko to pomaga razložiti počasen napredek ter omejeno učinkovitost in uspešnost nekaterih medorganizacijskih sodelovanj v zdravstvu in tako spodbuditi uspešno izvajanje integrirane oskrbe. Namen prispevka je na primeru predoperativnega zdravljenja pacientov z osteoartritisom kolka ali kolena v Sloveniji proučiti vzroke neuvajanja integrirane klinične poti. Izvedeni so bili poglobljeni intervjuji z zdravstvenimi delavci in pacienti. Rezultati kažejo, da je glavna ovira pomanjkanje kadra, zaupanja, komunikacije, doživljanje pritiskov in neenotna informacijska in komunikacijska tehnologija.

UDC 614.21:316.772.4

KEYWORDS: integrated clinical pathway, in-depth interviews, inter-organizational collaboration, healthcare facilities

ABSTRACT – Integrated clinical pathways are implemented to ensure the best and most effective treatment. To improve the integration of health services, inter-organisational collaboration between health facilities based on processes involving health professionals in multiple organisations has recently become increasingly important, especially due to limited financial resources, ageing populations and comorbid chronic diseases. It is important to understand the barriers to the development of inter-organisational collaboration as this may help to explain the slow progress and limited efficiency and effectiveness of some cases of inter-organisational collaboration in healthcare, thus promoting successful implementation of integrated care. The aim of the article is to reveal the reasons for the non-implementation of an integrated clinical pathway in the case of preoperative treatment of patients with hip or knee osteoarthritis in Slovenia. In-depth interviews were conducted with health professionals and patients. The results show that the main barrier is a lack of staff, trust, communication, experiencing pressure and inconsistent information and communication technology.

1 Uvod

Integrirane klinične poti se uvajajo, da bi zagotovile najboljše in najučinkovitejše zdravljenje pacientov. Znanstveniki in praktiki so soglasni, da integracija v času, prostoru in med disciplinami prinaša prednosti pri zagotavljanju zdravstvenih storitev. Celostna oskrba v raznolikih oblikah ima lahko različne koristi, kot so izboljšanje kakovosti obravnave pacientov, povečana učinkovitost in zmanjšanje stroškov, večje zadovoljstvo pacientov in zdravstvenih delavcev ter boljši dostop do zdravstvene obravnave (Auschra, 2018, st. 1). Tako lahko integrirana klinična pot pomaga pri usklajevanju prej ločenih nalog obravnave pacienta ne samo na strokovni in sektorski ravni, ampak tudi na medorganizacijski ravni. Najpogosteje se integrirana klinična pot sooča z ovirami, ki so posledica kontekstualnih/situacijskih,

institucionalnih in strokovnih dejavnikov na različnih področjih integrirane oskrbe (Auschra, 2018, st. 1).

Za izboljšanje integracije zdravstvenih storitev postaja medorganizacijsko sodelovanje med zdravstvenimi ustanovami, temelječe na procesih, ki vključujejo zdravstvene delavce v več ustanovah, vedno bolj pomembne (Keyton idr., 2008, str. 377), zlasti zaradi omejenih finančnih virov, staranja prebivalstva in komorbidnih kroničnih bolezni (Karam idr., 2018, str. 70). Dobro znana definicija integrirane zdravstvene oskrbe Kodnerja in Spreuwenberja (2002, str. 2), ki je osredinjena na pacienta, poudarja, da integrirana zdravstvena oskrba vključuje koherenten nabor metod in modelov na ravni financiranja, upravljanja, organiziranja in zagotavljanja storitev ter na klinični ravni, katerih cilj je ustvariti povezavo, usklajenost in sodelovanje med sektorji zdravstvenega varstva za izboljšanje kakovosti oskrbe in življenja, zadovoljstva in učinkovitosti sistema za paciente s kompleksnimi, dolgotrajnimi težavami, ki zahtevajo obravnavo z več storitvami, ponudniki in sodelovanjem.

Koristne prakse medorganizacijskega sodelovanja, ki pomagajo integrirati oskrbo, vključujejo na primer medsebojno izmenjavo ter prenos informacij in znanja, okrepljeno zaupanje med ponudniki in ustvarjanje sinergijskih učinkov. Medorganizacijska sodelovanja v zdravstvu se lahko pojavljajo v različnih oblikah, npr. kot odnosi med dvema partnerskima ustanovama ali kot medorganizacijske mreže med vsaj tremi partnerji. Raznolikost tovrstnih sodelovanj v zdravstvu med drugim vključuje povezave različnih zdravstvenih ustanov, digitalne zdravstvene platforme, ki temeljijo na medorganizacijskem sodelovanju, ter regionalna in nacionalna omrežja ponudnikov storitev.

Kljub različnim možnim koristim veliko medorganizacijskih sodelovanj ne uspe zaradi različnih ovir, izvedba sodelovanja pa se izkaže kot velik izziv. Čeprav je »ovira« pogosto uporabljen izraz, je redko opredeljen. Ovire so težave materialne ali nematerialne narave, ki jih morajo posamezniki ali organizacijski akterji premagati, da bi dosegli svoje cilje. Kljub jezikovnim razlikam so izrazi ovira, motnja, šum, bariera, ovira, zapreka in zpora sinonimi. Ovire predstavljajo motnje ali težave, ki se jih lahko premaga, pogosto postopoma oziroma procesno. Ovira se lahko pokaže kot simptom enega ali več osnovnih vzrokov za nastanek ovire. Nekateri avtorji trdijo, da izraza »ovira« in »spodbuda« opisujeta dve plati istega kovanca, npr. spodbuda je odsotnost ovire ali njeno nasprotje (kot dobro proti slabemu upravljanju). Vendar sama odprava dejavnika, ki povzroča oviro, ne zagotavlja, da bo praksa brez ovire tudi dejansko uspešno izvedena. Pogosto so potrebni dodatni spodbujevalni dejavniki za izvajanje npr. uspešne integracije klinične poti (Auschra, 2018, st. 3).

Sistematični pregled literature (Auschra, 2018, st. 1) je identificiral dvajset vrst ovir uvajanja integriranih kliničnih poti, ki so bile razvrščene v šest skupin: 1) ovire, povezane z upravljanjem in regulacijo; 2) ovire v zvezi s financiranjem; 3) ovire, povezane z medorganizacijskim področjem, ki vključujejo pomanjkanje vodenja in usklajevanja, razlike v zasnovi in ciljnih sodelovanja, nezdružljive organizacijske strukture, pomanjkanje akterjev, neravnovesje moči in konflikti; 4) ovire, povezane z organizacijsko domeno, ki vključujejo kulturno distanco, predhodne izkušnje pri sodelovanju, izkušnje in interesi organizacije, ki nasprotujejo kolektivnim interesom; 5) ovire, povezane z zagotavljanjem storitev, ki temeljijo na pomanjkanju medsebojnega razumevanja, pomanjkanju tehničnih standardov, pomanjkanju komunikacije, razlikah v profesiji in odporu do sprememb; in 6) ovire, povezane s klinično prakso, ki vključujejo pomanjkanje izmenjave informacij in vprašanja zaupnosti. Najpogosteje omenjena ovira je bila »različna profesija«, ki ji sledita »pomanjkanje vodenja in usklajevanja« ter »organizacijski vs. kolektivni interesi« (Auschra, 2018, st. 14).

Ovire za razvoj medorganizacijskega sodelovanja je pomembno razumeti, saj lahko to pomaga razložiti počasen napredek ter omejeno učinkovitost in uspešnost nekaterih medorganizacijskih

sodelovanj v zdravstvu in tako spodbuditi uspešno izvajanje integrirano oskrbo (Auschra, 2018, st. 1). Ker se integrirane klinične poti predoperativnega zdravljenja pacientom z osteoartritisom kolka ali kolena v obliki medorganizacijskega sodelovanja v mnogih državah dobro izvajajo (van den Bogaart idr., 2019; Prinsloo in Keller, 2021), v Sloveniji pa ne, je cilj študije na primeru predoperativnega zdravljenja pacientov z osteoartritisom kolka ali kolena v Sloveniji ugotoviti ključne ovire uvajanja te integrirane klinične poti.

2 Metode

Da bi pridobili poglobljen vpogled nad ovirami medorganizacijskega sodelovanja v predoperativnem zdravljenju pacientov z osteoartritisom kolka ali kolena v Sloveniji, smo uporabili kvalitativni pristop, in sicer smo intervjuvali zdravstvene delavce. Zaradi pandemije covid-19 je bila študija izvedena v dveh fazah med junijem in oktobrom 2021 ter aprilom in junijem 2022.

Zbiranje podatkov je potekalo v okviru projekta Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost, ki ga financira Javna agencija za raziskovalno dejavnost RS (št. L7-2631-3824-2020). Raziskava je odobrena s strani Nacionalne komisije za medicinsko etiko RS (št. 0120-189/2021/3).

Intervjuvali smo 22 zdravstvenih delavcev, in sicer 10 zdravnikov specialistov (ortopedi, fizioterapevti), pet družinskih zdravnikov, štiri fizioterapevte in tri druge zdravstvene delavce. Vključitveni kriterij je bil zaposlenost v primarnem zdravstvenem sektorju, sekundarnih javnih in zasebnih zdravstvenih ustanovah ali rehabilitacijskih centrih.

Za zbiranje podatkov je bil razvit tematski vodnik za intervjuje, ki temelji na sistematičnih pregledih literature o ovirah medorganizacijskega sodelovanja (Auschra, 2018) in kontekstualnem znanju. Osrednji temi sta bili ocena uspešnosti medorganizacijskega sodelovanja in ovire za uvedbo integrirane klinične poti predoperativne obravnave pacientov z osteoartritisom kolka ali kolena. Vsi intervjuji so potekali osebno, po telefonu ali po Teams-aplikaciji zaradi ukrepov v zvezi s pandemijo covid-19. Poglobljeni intervjuji, ki so v povprečju trajali približno 60 minut, so bili posneti s predhodnim soglasjem udeležencev; njihove (anonimizirane) izjave so bile prepisane in analizirane s tematsko analizo. Rezultate predstavljamo z naracijskim pristopom.

3 Rezultati

Analiza izjav kaže, da so intervjuvani zdravstveni delavci govorili o ovirah medorganizacijskega sodelovanja na splošno in ne le o ovirah uvedbe obravnavane klinične poti, saj so problemi splošni. Druga skupna ugotovitev je, da so vsi intervjuvanci poudarili, da v slovenskem zdravstvu in v slovenski družbi nasploh obstaja premalo medorganizacijskega sodelovanja. Tipična izjava je bila:

«Tako v zdravstvu kot na splošno ne znamo več sodelovati. Včasih je bilo bolje, zdaj pa je tega vse manj in sodelovanje poteka samo med posamezniki. A se temu reče individualizacija? ... Ja, taki smo. Premalo je sodelovanja tudi drugače, mislim med ljudmi. Takšna je tudi splošna klima ... In zmaguje povprečje. Ne smeš izstopat, ker če izstopaš, dobiš po glavi.» (Nutricistka)

Vsi intervjuvani zdravstveni delavci so se strinjali, da je največja ovira uvajanja ne le samo te integrirane klinične poti, ampak tudi na splošno v zdravstvu, pomanjkanje kadra, še posebej družinskih zdravnikov in medicinskih sester:

»Ključen problem izhaja iz pomanjkanja kadra. To je osnova za več ovir, ali mati vseh ovir, če hočete, povezana seveda s financami in sposobnostjo vodenja zdravstva in zdravstvenih ustanov. To je največji problem celotnega zdravstvenega sistema, ker na tem vse temelji. Kadra primanjkuje povsod, a zelo manjka družinskih zdravnikov in tudi medicinskih sester. Zaradi tega ni sodelovanja, več je tudi konfliktov in vsega nepotrebnega balasta, ki potem kontradiktorno še dodatno zmanjša čas.« (Zdravnik družinske medicine 1).

Pomanjkanje tehnoloških standardov je tudi pomembna ovira za uvajanje integriranih kliničnih poti, saj različne organizacije uporabljajo različne IKT:

»Veste zelo problematično je, da po verigi in horizontalno uporabljamo različne IT-sisteme. Jaz bi lahko sliko kolena, ki so jo naredili na primaru, videl že pred prihodom pacienta in se nanj pripravil. Da ne govorim, koliko bi lahko s tem prihranili, da ne bi mi še enkrat slikali ... mislim v finančnem smislu. Zdaj delamo dvojno ali trojno, vse se tako tudi plačuje.« (Ortoped 1).

Analiza poglobljenih intervjujev je pokazala, da je pomembna ovira tudi razlika v profesiji, ki se kaže kot poklicno rivalstvo med različnimi poklici. Na primer, družinski zdravniki trdijo, da bi morali »ortopedi prevzeti diagnostiko in preiskave« (Družinski zdravnik 2), specialisti ortopedije pa trdijo, da »bi morali splošni zdravniki znati opraviti osnovno diagnostiko in narediti preiskave, zdaj pa po nepotrebem pošiljajo paciente v bolnišnice in znatno prispevajo k čakalnim vrstam« (Ortoped 2).

Pomanjkanje komunikacije je še ena ovira, ki so jo navedli vsi intervjuvanci. Kot vzroke za pomanjkanje ali slabo komunikacijo so navedli pomanjkanja časa, nesposobnost za dobro komunikacijo in osebnih lastnosti:

»Vsi se zavedamo, da se premalo pogovarjamo, konzultiramo in podobno, ker enostavno ni časa. Še posebej medicinske sestre nimamo časa, pa bi se morale, priznam, več pogovarjati tudi s pacienti. Težko pa je gledati zraven, kako zaradi preobremenjenost, utrujenosti, napetosti nekateri komaj komunicirajo ali pa zelo hitro zaradi pomanjkanja časa izbruhne konflikt, ker smo vsi napeti. Res pa je tudi, da se nekateri med nami, tako medicinske sestre, kot zdravniki, kot tudi vodstvo ne znajo pogovarjati ali pa so preveč arogantni in mislijo, da se lahko samo derejo na druge. Še dobro, da je takšnih malo.« (Medicinska sestra 1).

Intervjuvanci zdravstveni delavci so izrazili nezaupanje v delo zdravstvenih ustanov in sistema nasploh, zato sodelujejo z drugimi organizacijami na osebni ravni. Sodelujejo s tistimi, s katerimi imajo dobre izkušnje in menijo, da bodo ohranili njihovo kakovost dela. Tipična izjava je bila:

»Ne zaupam kar vsem fizioterapevtom, ampak tistim, s katerim imam dobre izkušnje v različnih ustanovah. Bistveno je, da res optimalno poskrbijo za pacienta, da se kakovostna obravnava nadaljuje. To mi je zelo pomembno.« (Ortoped 3).

Zdravniki so izpostavili kot oviro uvajanja integriranih kliničnih poti tudi zahteve pacientov po obravnavi le pri določenem specialistu ali fizioterapevtu:

»Pacienti zahtevajo določeno obravnavo, mislim obravnavo pri določenem ortopedu. Ne rečem, da vsi pacienti, ampak dovolj veliko število, da ta izsiljevanja ovirajo delo. Še posebej je to močno izraženo pri kolegih, ki so mlajši in še ne znajo pacientom povedati, da tako ne gre. Poleg tega rabiš za to čas, ki ga je premalo. Zato je tudi več konfliktov.« (Družinski zdravnik 1).

4 Razprava

Študije kažejo, da so v mnogih državah integrirane klinične poti predoperativnega zdravljenja pacientov z osteoartritisom kolka ali kolena v obliki medorganizacijskega sodelovanja dobro organizirane in učinkovite (van den Bogaart idr., 2019; Prinsloo in Keller, 2021). Raziskava je skušala ugotovi, kaj menijo zdravstveni delavci o ključnih ovirah uvedbe takšne integrirane klinične poti v Sloveniji. Študija je pokazala, da so izpostavljene ovire tako velike, da se ne nanašajo samo na obravnavano integrirano klinično pot, temveč v glavnem veljajo za večino težav uvajanja medorganizacijskega sodelovanja v slovenskem zdravstvu. Torej rezultati poglobljenih intervjujev kažejo, da ovire niso povezane samo s posebnostmi artroze kolka in kolena, temveč z zdravstvenim sistemom nasploh.

Primerjava z rezultati sistematičnega pregleda literature o ovirah uvajanja integriranih kliničnih poti v medorganizacijskih okoljih (Auschra, 2018, st. 1) kaže, da je večina ovir, ugotovljenih v drugih študijah na ravni organizacije in klinične prakse, skladnih z našo študijo, vendar druge študije manj eksplicitno omenjajo nekatere ovire, kot je pomanjkanje kadra. Naše ugotovitve kažejo, da je veliko razlogov za počasen napredek ali celo neuspeh integrirane oskrbe prek organizacijskih meja mogoče najti v pomanjkanju kadra. Ugotovljeno je bilo tudi, da tako zdravstveni delavci poročajo o pomanjkanju sodelovanja, za kar je glavni vzrok splošna kadrovska stiska, ki se je v času pandemije covid-19 še poslabšala. Tudi študija Slovenija - Zdravstveni profil države 2021 (2022, str. 9) navaja, da je pomanjkanje zdravnikov in medicinskih sester velik problem v slovenskem zdravstvenem sistemu. Tako naše ugotovitve kot druge študije kažejo, da pomanjkanje zaposlenih povzroči izjemno povečanje dela, a tudi izgorelost pri delu (Maunder idr., 2021, str. 1). Med pandemijo se je stopnja izgorelosti močno povečala (Llop - Gironés idr., 2021, str. 1). Zato je treba nujno zaposliti dodatne zdravstvene delavce in obstoječemu osebju dati finančno nadomestilo. Prav tako je pomembno omogočiti podpirne značilnosti delovnega mesta z dobro komunikacijo in podpornim vodenjem, stalnim strokovnim razvojem, ustrezno avtonomijo in podpornimi odnosi med člani tima.

Čeprav je raziskava razkrila pomembne strukturne ovire, je ključna omejitev študije ta, da je bila izvedena v omejenem obsegu in je zato neposplošljiva. Poleg tega je študija potekala v času pandemije covid-19, kjer sta bila kakovost in sodelovanje drugačna kot pred pandemijo in verjetno tudi po pandemiji.

5 Zaključek

Glavne ovire uvajanja integriranih kliničnih poti je pomanjkanje kadra, zaupanja, komunikacije, doživljanje pritiskov in neenotna informacijska in komunikacijska tehnologija ter razlike v profesiji.

LITERATURA

1. Auschra, C. (2018). Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, 18(1), 1–14.
2. Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. idr. (2018). Comparing Interprofessional and Interorganizational Collaboration in Healthcare. *International Journal of Nursing Studies*, 79(3), 70–83.
3. Keyton, J., Ford, D. J. in Smith, F. I. (2008). A Mesolevel Communicative Model of Collaboration. *Communication Theory*, 18(3), 376–406.
4. Kodner, D. L. in Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), 1–6.

5. Llop - Gironés, A., Vračar, A., Llop - Gironés, G. idr. (2021). Employment and Working Conditions of Nurses: Where and How Health Inequalities have Increased During the covid-19 Pandemic? *Human Resources for Health*, 19(112), 1–12.
6. Maunder, R. G., Heeney, N. D., Strudwick, G. idr. (2021). Burnout in Hospital-Based Healthcare Workers during covid-19. *Science Briefs of the Ontario covid-19. Science Advisory Table*, 2(46), 1–12.
7. Prinsloo, R. M. in Keller, M. M. (2021). Physiotherapy in an Advanced Rehabilitation Pathway for Patients After Hip and Knee Arthroplasty. *South African Journal of Physiotherapy*, 77(1), e1565.
8. Slovenija - Zdravstveni profil države 2021. (2022). OECD.
9. Van den Bogaart, E. H. A., Kroese, M. E. A. L., Spreeuwenberg, M. D. idr. 2019). Does the Implementation of a Care Pathway for Patients With Hip or Knee Osteoarthritis Lead to Fewer Diagnostic Imaging and Referrals By General Practitioners? *BMC Family Practice*, 20(154), 1–12.

Priložnosti na področju delovne terapije v paliativni oskrbi

UDK 615.851.3+616-036.8-083

KLJUČNE BESEDE: delovna terapija, izzivi, paliativna oskrba, paliativni tim, kakovost življenja

POVZETEK – Življenje vsakega posameznika je niz navad, rutin, pravil in ritualov s katerimi se sooča v vseh življenjskih obdobjih. Spreminjanje starostne strukture prebivalstva in starajoča se družba so dejavniki, ki doprinašajo k naraščanju števila neozdravljivih kroničnih obolenj. Tovrstna obolenja pogosto spremljajo moteči simptomi, ki vplivajo na kakovost življenja neozdravljivo bolnega in njegove družine. Priložnosti na področju delovne terapije v paliativni oskrbi smo raziskali s pregledom literature v Digitalni knjižnici Univerze v Ljubljani v treh podatkovnih bazah. Pridobljene vire smo ožili s pomočjo metode PRIZMA in v končni pregled vključili 9 člankov. Na podlagi sinteze virov smo oblikovali tri vsebinske teme. Ker je poslanstvo delovnega terapevta da posamezniku omogoča vključevanje v njemu pomembne vsakodnevne aktivnosti in s svojimi strokovnimi metodami in tehnikami doprinese h kakovosti njegovega življenja in posledično kakovosti življenja njegove družine menimo, da je nepogrešljiv član tima paliativne oskrbe. Ena izmed prioriternih nalog delovnega terapevta je, da se vključuje v pripravo paliativnega načrta in njegove izvedbe. Paliativni načrt je lahko koristen pripomoček že v času zdravljenja in lajšanja simptomov, urejanja družinskih zadev, ob slovesu oz. smrti ter v času žalovanja tako za posameznika kot vse njegove bližnje ter ostale člane paliativnega tima.

UDC 615.851.3+616-036.8-083

KEYWORDS: occupational therapy, challenges, palliative care, palliative team, quality of life

ABSTRACT - Everyone's life consists of a set of habits, routines, rules and rituals that they go through at all stages of their lives. The changing age structure of the population and an ageing society are the factors contributing to an increase in incurable chronic diseases. These diseases are often accompanied by distressing symptoms that affect the quality of life of the terminally ill person and his or her family. The possibilities in the field of occupational therapy in palliative care were investigated by reviewing the literature in the Digital Library of the University of Ljubljana in three databases. We narrowed down the sources found using the PRIZMA method and included 9 articles in the final review. Based on the synthesis of the sources, we created three content themes. Since the occupational therapist's role is to enable the patient to participate in important activities of daily living and to contribute to the patient's quality of life and, consequently, to the quality of life of his or her family with his or her professional methods and techniques, we believe that he or she is an indispensable member of the palliative care team. One of the primary roles of the occupational therapist is to participate in the development of the palliative plan and its implementation. A palliative care plan can already be a useful tool in the treatment and relief of symptoms, in the management of family issues, in the process of farewell or death, and in the grieving process of the individual.

1 Teoretična izhodišča

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je paliativna oskrba opredeljena kot pristop, ki se osredotoča na izboljšanje kakovosti oskrbe neozdravljivo bolnih oseb in njihovih družin. S timskim pristopom lajša in preprečuje trpljenje z zgodnjim odkrivanjem, pravilno oceno ter zdravljenjem bolečine in drugih težav, bodisi duhovne, fizične ali psihosocialne narave (WHO, 2021).

Delovna terapija je zdravstvena stroka, ki spodbuja skrb za zdravje in dobro počutje skozi izvedbo ali s sodelovanjem v okupacijah kot tudi dnevnih aktivnostih (Badger idr., 2016; Martin in Herkt, 2018; Chow in Pickens, 2020). Po postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni se je posameznik prisiljen soočiti s kompleksnimi osebnimi, socialnimi in čustvenimi vprašanji ter spremembami v svojem fizičnem zdravju v obdobju pred smrtjo. Spremembe se lahko sčasoma pojavijo na številnih področjih posameznikovega življenja. Neozdravljiva bolezen namreč ovira posameznikove sposobnosti za izvajanje njegovih najljubših aktivnosti. Ob tem ne smemo pozabiti tudi na težave pri samostojnem izvajanju dnevnih aktivnosti, kjer ovire pri izvajanju aktivnosti predstavljajo nepredvidljivi fizični, psihološki in čustveni simptomi (Hammill idr., 2014; Badger idr., 2016). Zato je potrebno ob koncu življenja ohranjati osredotočenost pri ohranjanju in sodelovanju v odnosih ter aktivnem razmišljanju o življenju (Russell in Bahle - Lampe, 2016). Tovrstna osredotočenost delovnoterapevtske obravnave posamezniku omogoča aktivno sodelovanje v njemu najbolj smiselnih aktivnostih in mu pomaga premagovati izzive ter dosegati željene cilje.

Uspešnost obravnave je med drugim tudi odraz postavljenih terapevtskih ciljev, ki izhajajo iz posameznika in ne delovnega terapevta. Posameznikom je pogosto najpomembnejše, da se še naprej lahko udeležujejo v vlogah in z njimi povezanih okupacijah. Takšni okupacijski vzorci oblikujejo posameznikove navade, vplivajo na njihovo voljo in zmogljivost. Delovni terapevt se mora zavedati poteka neozdravljivih bolezni in njihovega vpliva na preoblikovanje izvajanih okupacij. Razumeti mora interakcijo med že izvajanimi okupacijami in željami po izvajanju novih okupacij. Le močna empatičnost terapevta pri spremljanju posameznika v tem obdobju omogoča vključevanje in sodelovanje posameznika v izbranih vlogah (von Post in Wagman, 2017; Eva in Morgan, 2018; Chow in Pickens, 2020).

Delovnoterapevtska stroka je v širšem pogledu skladna s filozofijo in pristopom paliativne oskrbe, saj se osredotoča na posameznika kot celoto, tako na fizično in psihološko počutje skozi izvajanje ali sodelovanje v okupaciji, kot tudi ohranjanje avtonomije in neodvisnosti v posameznikovem življenju kljub spremembam oziroma omejitvam zaradi neozdravljive bolezni (Eva in Morgan, 2018; Martin in Herkt, 2018; Chow in Pickens, 2020).

Poleg poznavanja ter upoštevanja posameznika, njegovega okolja in okoljskih dejavnikov je ključna osredotočenost na obravnavanje njegovih potreb tudi izven okvirov izvajanja vsakodnevnih aktivnosti. Tako delovni terapevti lažje razumejo, kako neozdravljiva bolezen oziroma umiranje preoblikuje posameznikove okupacije in vloge. Tovrsten način dela omogoči in po potrebi prilagodi posamezno aktivnost, kar posamezniku dopusti uporabo psihosocialnih funkcij, psihomotoričnih funkcij ter funkcij živčevja, mišičja, okostja in z gibanjem povezanih funkcij (Russel in Bahle - Lampe, 2016; Eva in Morgan, 2018; Martin in Herkt, 2018; Chow in Pickens, 2020). Ponovno lahko sodelujejo v starih ali novih aktivnostih, pri čemer ohranjajo samozavest in posledično prispevajo k nenehni udeležbi v vsakdanjem življenju (von Post in Wagman, 2017; Eva in Morgan, 2018).

Ker se s podaljševanjem življenjske dobe veča možnost razvoja kroničnih neozdravljivih bolezni, katere pogosto spremljajo simptomi, ki zmanjšujejo uporabnikovo kakovost življenja je namen prispevka predstaviti priložnosti za razvoj dela delovnega terapevta pri delu s tovrstnimi posamezniki na področju paliativne oskrbe v Sloveniji kakor tudi pri pripravi paliativnega načrta in njegovi implementaciji. Glavno raziskovalno vprašanje vključuje cilj proučiti priložnosti dela delovnega terapevta na paliativnem področju.

2 Metode

2.1 Metode pregleda literature

Uporabili smo raziskovalno metodo kvalitativne vsebinske analize pregleda domače in tuje znanstvene in strokovne literature.

2.2 Strategija pregleda zadetkov

Literaturo smo iskali s podatkovnimi bazami Cinahl, Web of science in Ot seeker. Iskali smo s ključnimi besedami: Delovna terapija (Occupational therapy, Occupational therapist, OT), Paliativna oskrba (Palliative care, End of life care, Terminal care, Hospice care), v kombinaciji z Boolovimi operaterji (AND, OR). Omejitveni kriteriji so bili: obdobje objav od leta 2010 do leta 2022, dostopnost celotnega besedila članka, objava v slovenskem ali angleškem jeziku.

2.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

S pregledom literature smo identificirali 929 člankov. Po upoštevanju omejitvenih kriterijev smo v polnem besedilu pregledali 69 in po vsebinskem pregledu v končno analizo vključili 9 člankov. Pri iskalni strategiji in izboru literature smo uporabili PRISMA diagram (slika 1).

Pri pregledu literature v končno analizo vključenih 9 člankov smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). Po končani tematski analizi smo iz člankov izoblikovali 3 teme.

2.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Dobljene zadetke izbrane literature (članki pregledani v celoti) smo ocenili po relevantnosti. V končno analizo smo vključili članke, ki so pri oceni relevantnosti prejeli oceno 5 (zelo relevantno, kjer je vključevanje delovnega terapevta v paliativno oskrbo glavna tema članka) ali oceno 4 (relevantno, kjer je vključevanje delovnega terapevta v paliativno oskrbo ena od glavnih tem in dopušča vključevanje v paliativno oskrbo tudi ostalih zdravstvenih delavcev). Članke z relevantnostjo ocen od 1 do 3 smo izključili iz končne analize (delovni terapevt ni omenjen, je posredno vključen, ali njegova vključenost ni jasno opredeljena).

3 Rezultati

V Tabeli 1 so predstavljeni rezultati pregleda literature (tema, avtor in leto objave, metodologija in ključne ugotovitve).

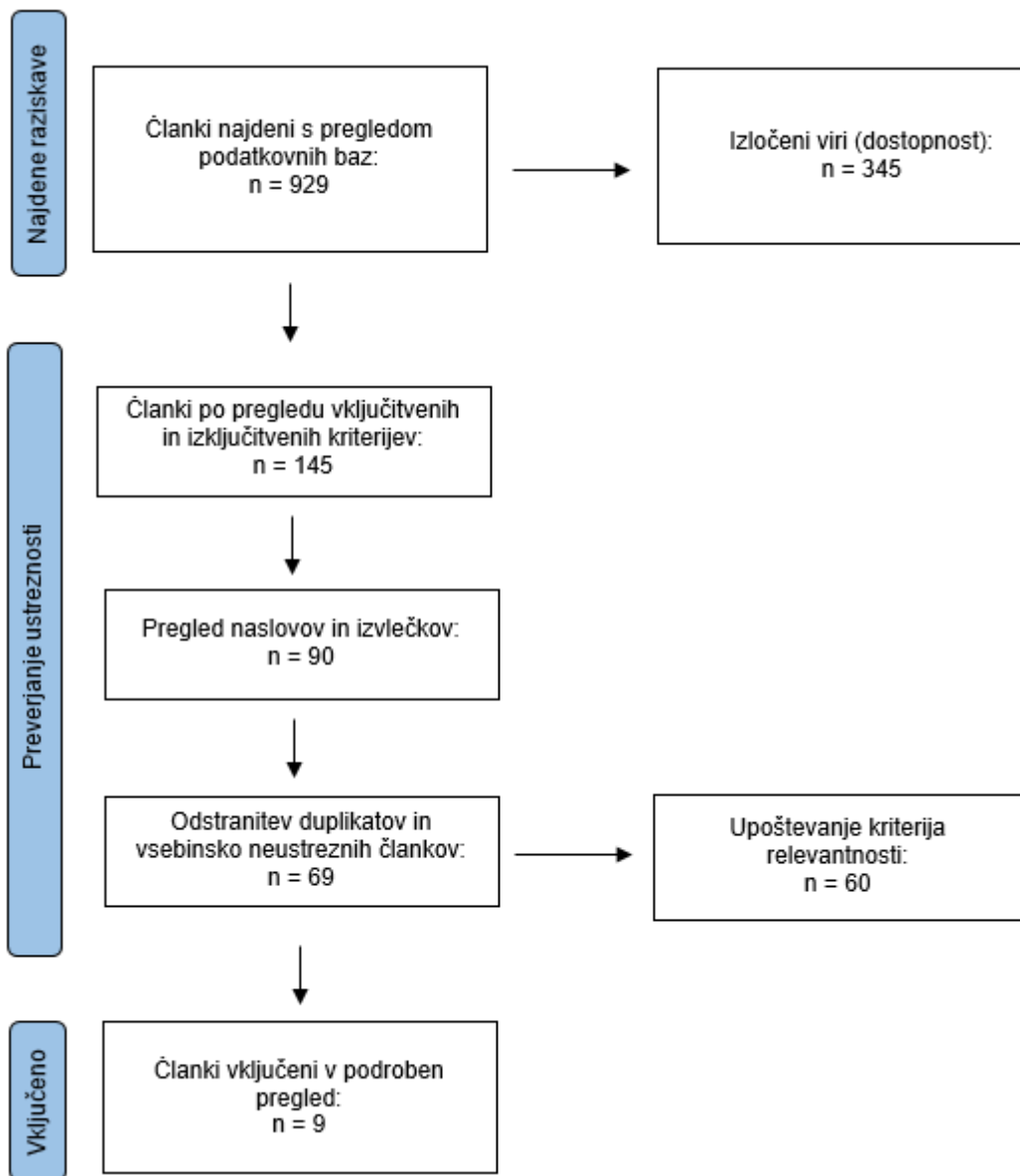


Tabela 1: Tabelarični prikaz tem in avtorjev

Tema	Avtor	Metodologija	Ključne ugotovitve
Delovno terapevtski mediji za omogočanje okupacij	Eva in Morgan (2018) Hammil idr. (2019) Martin in Herkt (2018) Pizzi (2015) Tavemark idr. (2019)	Spletni anketni vprašalnik (2) Fokusne skupine (1) Individualni intervjuji (1) Fokusna skupina + individualni intervju (1)	Okupacije je treba izbrati v skladu z uporabnikovimi potrebami in njegovimi zmožnostmi. Pri tem je potrebno upoštevati okolje v katerem se le te izvajajo oz. se bodo izvajale. Kreativnost delovnega terapevta je njegova sposobnost, da za vsakega uporabnika zna izbrati ustrezen

			terapevtski medij in ustrezno tehniko izvajanja okupacije.
Izpostavljeno st okoljskih dejavnikov	Eva in Morgan (2018) Hammil idr. (2019) Martin in Herkt (2018) Tavemark idr. (2019) Davis idr. (2013) Knecht - Sabres idr. (2019) Talbot - Coulombe idr. (2022) Wallis idr. (2022)	Spletni anketni vprašalnik (5) Fokusne skupine (1) Individualni intervjuji (1) Fokusna skupina + individualni intervju (1)	Okoljski dejavniki omogočajo, ali onemogočajo izvedbo izbranih okupacij in so pomemben element paliativne oskrbe. Med najpogostejšimi intervencijami povezanimi z okoljski dejavniki delovni terapevti predpisujejo pripomočke, prilagajajo okolje, zagotavljajo vire opreme, se soočajo z okoljskimi omejitvami, pomanjkanjem finančnih sredstev in zagotavljanjem tehničnih rešitev.
Izobraževanje na področju paliativne oskrbe	Davis idr. (2013); Eva in Morgan (2018); Hammil idr. (2019); Martin in Herkt (2018); Pizzi (2015); Talbot - Coulombe idr. (2022); Tavemark idr. (2019); Wallis idr. (2022)	Spletni anketni vprašalnik (4) Fokusne skupine (1) Individualni intervjuji (2) Fokusna skupina + individualni intervju (1)	Zadostna količina izobraževanja v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju s področja paliativne oskrbe bo delovnim terapevtom omogočila več vključenosti in delovanja na tem področju. Prav tako bo z izobraževanjem in interdisciplinarnim povezovanjem njihova vloga pri ostalih članih tima, uporabnikih in svojcih bolj prepoznana. Velik doprinos izobraževalnim programom lahko prispevajo delovni terapevti, ki sicer v manjši že delujejo na tem področju.

Vir: Lastni vir, 2022.

Pregledane vsebine člankov so vključevale delovne terapevte, ki delujejo na področju paliativne oskrbe v sledečih državah: v ZDA (Davis idr., 2013; Pizzi, 2015; Knecht - Sabres idr. 2019); članicah Evropskega združenja za paliativno oskrbo (Eva in Morgan, 2018); Avstraliji (Hammil idr. 2019; Wallis idr. 2022), Novi Zelandiji (Martin in Herkt, 2018); Kanadi (Talbot - Coulombe idr. 2022) in na Švedskem (Tavemark idr. 2019).

4 Razprava

Pregled literature je pokazal, da so pri delu delovnega terapevta na področju paliativne oskrbe ključni znanje, podporni okoljski dejavniki in delovnoterapevtski mediji, ki vključujejo iskanje za uporabnika pomembnih okupacij, ki predstavljajo temelj uporabnikovega vključevanja v samo delovnoterapevtsko obravnavo.

Dejstvo je, da je delovna terapija na uporabnika usmerjena zdravstvena stroka, katere poslanstvo je promoviranje zdravja in dobrega počutja preko okupacije. Glavni namen delovnoterapevtske obravnave je uporabnikom omogočiti vključevanje v vsakodnevne aktivnosti. Slednje dosežejo tako, da se pri delu z ljudmi in v skupnosti osredotočajo na povečanje njihovih sposobnosti za vključevanje v okupacije, ki jih želijo izvajati. Pozorni so tudi na uporabnikovo okolje, ki se prilagodi za boljšo podporo doseganju vključenosti v dnevne aktivnosti ter okupacije (WFOT, 2012).

Teme, izoblikovane na podlagi pregleda literature izhajajo iz predstavljene definicije Svetovnega združenja delovnih terapevtov, kjer so pri delu delovnega terapevta prav tako izpostavljeni elementi okupacij, pri katerih za vključevanje in omogočanje uporabnikove izvedbe terapevti uporabljajo različne terapevtske medije, upoštevajoč dejavnike okolja in pridobljena dodatna strokovna znanja vezano na posamezno vrsto patologije in njene zakonitosti.

Delovni terapevt ima ključno vlogo pri vključevanju paliativnih uporabnikov v njemu smiselne okupacije (Hammil idr., 2019), ker so le te lahko tudi odlično sredstvo aktivnega življenja v procesu paliativne oskrbe (Eva in Morgan, 2018). Poznavanje smiselnih okupacij pripomore h dobremu terapevtskemu odnosu in prepoznavanju uporabnikovih prioritet (Martin in Herkt, 2018; Pizzi, 2015; Tavemark idr., 2019). Z vključevanjem v okupacije terapevt ohranja uporabnikove pomembne življenjske vloge (Hammil idr., 2019; Martin in Herkt, 2018) in participacije v lastnih okupacijah (Tavemark idr., 2019), navkljub bolezenskemu stanju oziroma konkretni patologiji. Delovni terapevt analizira, oceni specifične težave ter oblikuje program zdravljenja ali rešitev, ki uporabniku pomaga ohranjati neodvisnost v vsakdanjem življenju. Pri oblikovanju programa je ključno načrtovanje aktivnosti na podlagi uporabnikovih želja, zmožnosti in okoliščin kot tudi pogostosti delovnoterapevtskih obravnav. S tovrstnim načinom obravnave jim delovni terapevt pomaga ohraniti svojo neodvisnost in dostojanstvo tudi v obdobju, ko njihova bolezen napreduje.

Glede na napredovani potek bolezni je pričakovati upad uporabnikove uspešnosti pri izvajanju smiselnih okupacij (Hammil idr., 2019). Z delovnoterapevtskim svetovanjem, izvajanjem delavnic z različnimi metodami za obvladovanje simptomov bolezni, strategij za lajšanje izvajanja aktivnosti (Eva in Morgan, 2018; Martin in Herkt, 2018; Pizzi, 2015; Tavemark idr., 2019), delovni terapevt doseže obvladovanje telesnih in duševnih simptomov, pri čemer pogosto uporablja tehnike mišičnega sproščanja in glasbenih aktivnosti (Tavemark idr., 2019). Pomembna terapevtska tehnika je tudi tehnika poslušanja (Davis idr. 2013). In vse to so različni terapevtski mediji, katerih tehnike in vsebine delovni terapevt vključuje v delovnoterapevtsko obravnavo uporabnika. Res je, da so v začetku razvoja stroke delovne terapije kot medij najpogosteje uporabljali različne kreativne tehnike, medtem ko v izveden pregledu literature poleg ustvarjalnih aktivnosti (izdelava voščilnic, izdelava verižic, izdelava uhanov (Martin in Herkt, 2018)), izdelave foto albumov, kompilacije pesmi in knjige receptov (Davis idr., 2013), tehnik mišičnega sproščanja in glasbenih aktivnosti (Tavemark idr., 2019) med drugim zasledimo tudi predpisovanje in uporabo najrazličnejših pripomočkov z namenom optimizacije neodvisnega funkcioniranja pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti (Eva in Morgan, 2018).

Pomembno je, da delovni terapevt omogoča uporabniku aktivno življenje tudi med procesom umiranja (Eva in Morgan, 2018). Sodelovanje uporabnika v okupacijah, ki so zanj pomembne ob koncu življenja je bistvenega pomena. Delovni terapevt pri tovrstnem omogočanju vključevanja uporabnika v okupacijo uporablja svoje znanje ter različne spretnosti in medije pri prilagajanju samega vključevanja uporabnika v izvedbo okupacije, ki jo prilagodi glede na njegove želje, stadij bolezni ter dejavnike okolja (Martin in Herkt, 2018; Tavemark idr., 2019).

Sami okoljski dejavniki v procesu delovne terapije pri paliativnem uporabniku so povezani s prilagoditvijo bivalnega okolja in uporabo ustreznih pripomočkov, ki uporabniku omogočijo največjo stopnjo samostojnosti v vključevanju in izvajanju vsakodnevnih aktivnosti ali njem pomembnih okupacij (Eva in Morgan, 2018; Talbot - Coulombe idr., 2022). S svetovanjem in predpisovanjem pripomočkov ter prilagajanjem okolja poveča uporabniku stopnjo samostojnosti in varnosti pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti, kot so ožje dnevne aktivnosti (Eva in Morgan, 2018; Hammil idr., 2019; Martin in Herkt, 2018; Talbot - Coulombe idr., 2022). Na ta način omogoča ohranjanje okupacijske neodvisnosti (Eva in Morgan, 2018;

Hammil idr., 2019; Martin in Herkt, 2018; Talbot - Coulombe idr., 2022). Z ohranjanjem okupacijske neodvisnosti uporabnik ponovno pridobi občutek nadzora nad življenjem (Eva in Morgan, 2018; Hammil idr., 2019; Martin in Herkt, 2018; Talbot - Coulombe idr., 2022). Pomemben doprinos uporabe pripomočkov je tudi zmanjšanje socialne izključenosti in stopnje izoliranosti uporabnika v družbi (Hammil idr., 2019), kar je pomemben element socializacije in vključevanja socialnih medijev v delovno terapevtsko obravnavo.

Delovni terapevti so pomemben del interdisciplinarnega tima paliativne oskrbe, kar potrjuje raziskava Knecht - Sabres s sodelavci (2019), kjer se sodelujoči zdravstveni delavci in sodelavci strinjajo o pomembnosti vključenosti, delovnega terapevta v time na področju paliativne oskrbe. In tovrstna podpora je eden pomembnejših podpornih dejavnikov okolja, saj delovni terapevt skozi celoten proces obravnave spremlja uporabnika in njegovo družino, se z njima pogovori o nastalih težavah ter uporabnika spodbudi k pripovedi svoje življenjske zgodbe. Aktivno poslušanje je eden ključnih dejavnikov dela delovnega terapevta, ki se je v raziskavi Davisa in sodelavcev (2013), odrazil kot okoljska ali fizična ovira zaradi ne zagotavljanja ustreznega okolja (premajhen prostor, hrupen prostor, pomanjkanje zasebnosti). V tem primeru okoljski dejavniki niso bili podpora in so negirali pomembnost vloge delovnega terapevta pri nudenju podpore uporabnikom in njihovim družinam pri slišanju in omogočanju doseganja njim pomembnih ciljev v obdobju proti koncu življenja. Pa naj gre le za to, da ostanejo v njihovem domačem okolju za oskrbo ob koncu življenja ali pa se udeležijo družinskega dogodka, ko ne zmorejo ohranjati sedečega položaja dlje od ene ure (Eva in Morgan, 2018). Vpletenost svojcev v proces skrbi za uporabnika v obdobju paliativne oskrbe ima večstranske koristi. Z vpletenostjo družinskih članov in izkazovanjem ljubezni kljub neozdravljivi bolezni uporabnik dobi občutek pripadnosti in občutek, da mu družina stoji ob strani, če je seveda ustrezno podprt z določenim znanjem in informacijami. Delovni terapevti v raziskavi Wallisove in sodelavcev (2022), ugotavljajo, da okoljski dejavniki niso podpora, če primanjkuje ustanov za paliativno oskrbo uporabnikov primernih glede na njihovo starost in imajo vzeli pri zagotavljanju storitev psihosocialne podpore in delovne terapije.

Pomanjkanje finančnih sredstev za omogočanje izvajanja dejavnosti (Tavemark idr., 2019) ali razpoložljivost materialnih (Talbot - Coulombe idr., 2022) in človeških virov (Martin in Herkt, 2018; Talbot - Coulombe idr., 2022) ter vzdrževanje opreme (Martin in Herkt, 2018) ne omogoča razvoja paliativne dejavnosti in delovne terapije na področju paliativne oskrbe.

Kot tretja pomembna tema pregleda izvedene literature je prenos informacij in naučenega, kar predstavlja ključ izvajanja učinkovite paliativne oskrbe, ko gre za ozaveščanje in informiranje skupnosti, izobraževanje uporabnikov, svojcev, njihovih družin, negovalcev in drugih članov tima (Eva in Morgan, 2018; Pizzi, 2015; Talbot - Coulombe idr., 2022). Med vsebinami izobraževanja na področju paliativne oskrbe smo v pregledu literature zasledili delavnice za obvladovanje simptomov, tehnike za varčevanje z energijo in z druga izobraževanja, ki prav tako vključujejo uporabo različnih terapevtskih medijev, kjer se svojci naučijo, kako si olajšati skrb pri ravnanju in negovanju uporabnika v paliativni oskrbi (Eva in Morgan, 2018; Hammil idr., 2019; Talbot - Coulombe idr., 2022). Izobraževanje je lahko tudi del zagovorništva, ko delovni terapevti svoje delo in potrebe poklica ter uporabnikov predstavijo političnim odločevalcem, nevladnim organizacijam in dodeljevalcem finančnih sredstev za tovrstne programe (Martin in Herkt, 2018). Z vidika izobraževanja je smiselno delovne terapevte, ki že delujejo na področju paliativne oskrbe vključiti v programe dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja (Martin in Herkt, 2018). Pomanjkanje znanja in strokovne podpore predstavlja izziv delovnim terapevtom vključenim v raziskavo Wallisove s sodelavci (2022). Vključevanje v fokusne skupine in skupine za svojce skupaj z uporabniki (Tavemark idr., 2019) je prav tako lahko priložnost pridobivanja novega znanja.

5 Zaključek

Dejstvo je, da je izziv za delovne terapevte, da se vključijo v paliativne time ter s svojim znanjem doprinesejo in dvignejo kakovost življenja uporabnikov in vseh ostalih vključenih na področju paliativne oskrbe. Pri tem imajo na voljo strokovno znanje s področja uporabe različnih delnoterapevtskih medijev, prilagajanja okolja in uporabe pripomočkov ter izobraževanja oziroma svetovanja. Pomembnejši izmed pripomočkov, ki v pregledu literature ni bil izpostavljen je pripomoček v obliki paliativnega načrta v obliki vodenja pri celostni oskrbi, oceni potreb, načrtovanju in izvajanju paliativne oskrbe.

Izvedeni pregled literature je dokaz o pomembnosti vključevanja delovnega terapevta v paliativno oskrbo. Žal je v Sloveniji tovrstno vključevanje šele v povojih oziroma bo potrebnega še veliko truda, da se doprinos delnoterapevtskega sodelovanja tudi ustrezno prikaže in ovrednoti v skupnosti. Dodatna izobraževanja in usposabljanja so zainteresiranim delovnim terapevtom za poglobitev znanja na tem področju na voljo kot podiplomska izobraževanja. Predlagamo, da se v bodoče naredi več raziskav na tem področju v katere se vključi tudi delovne terapevte tako v slovenskem kot evropskem prostoru.

LITERATURA

1. Badger, S., Macleod, R. in Honey, A. (2016). »It's Not about Treatment, It's How to Improve Your Life«: The live experience of occupational therapy in palliative care. *Palliat Support Care* 14(3), 225–231.
2. Chow, J. K. & Pickens, N. D. (2020). Measuring the Efficacy of Occupational Therapy in End of Life: A Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033340>
3. Davis, J., Asuncion, M., Rabello, J. idr. (2013). A Qualitative Review of Occupational Therapists' Listening Behaviors and Experiences When Caring for Patients in Palliative or Hospice Care. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 33(1), 12–20. <https://doi.org/10.3928/15394492-20121012-01>
4. Eva, G. in Morgan, D. (2018). Mapping the Scope of Occupational Therapy Practice in Palliative Care: A European Association for Palliative Care Cross-Sectional Survey. *Palliative Medicine*, 32(5), 960–968. <https://doi.org/10.1177/0269216318758928>
5. Hammill, K., Bye, R. in Cook, C. (2014). Occupational Therapy for People Living With a Life-Limiting Illness: A Thematic Review. *Br J Occup Ther*, 77(11), 582–589.
6. Hammill, K., Bye, R. in Cook, C. (2019). Occupational Engagement of People Living With a Life-Limiting Illness: Occupational Therapists' Perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12557>
7. Knecht - Sabres, L. J., Weppner, A., Powers, C. idr. (2019). Do Health-Care Professionals Really Understand the Role of Occupational Therapy in Hospice Care? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 36(5), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1049909118812858>
8. Martin, E. in Herkt, J. (2018). The Reality and Potential of Occupational Therapy Within Hospice Care. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 23–29. <https://doi.org/10.3316/informit/982583863899720>
9. Pizzi, M. A. (2015). Promoting Health and Well-Being at the End of Life Through Client-Centered Care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(6), 442–449. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1025834>
10. Rusell, M. in Bahle - Lampe, A. (2016). The Care for the Dying: A Critical Historical Analysis of Occupational Therapy in Hospice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4(2), 1–7. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1216>
11. Talbot - Coulombe, C., Bravo, G. in Carrier, A. (2022). Occupational Therapy Practice in Palliative and End-of-Life Care in Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(2), 201–211. <https://doi.org/10.1177/00084174221084466>

12. Tavemark, S., Hermansson, L. N. in Blomberg, K. (2019). Enabling Activity in Palliative Care: Focus Groups among Occupational Therapists. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0394-9>
13. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
14. Von Post, H. in Wagman, P. (2017). What is Important to Patients in Palliative Care? A Scoping Review of the Patient's Perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1378715>
15. Wallis, A., Meredith, P. in Stanley, M. (2022). Occupational Therapy in Oncology Palliative Care for Adolescents and Young Adults: Perspectives of Australian Occupational Therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 69(2), 165–176. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12780>
16. WFOT - World Federation of Occupational Therapists. (2012). About Occupational Therapy. Pridobljeno s <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>.
17. WHO - World Health Organization. (4. 10. 2021). Ageing and Health. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Irena Gregorin
Zdravstveni dom Ljubljana

Dr. Eva Cedilnik Gorup
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani
Zdravstveni dom Vrhnika

Validacija slovenske verzije vprašalnika ACDS za merjenje adherence

UDK 303.448:616-039.33

KLJUČNE BESEDE: adherence pri zdravljenju, Lestvica adherence pri kroničnih boleznih (ACDS), validacija

POVZETEK – Adherence pri zdravljenju kroničnih bolezni je pomemben dejavnik za uspešno obravnavo kroničnih bolnikov. V Sloveniji še nimamo prosto dostopnega in validiranega orodja za ocenjevanje adherence pri zdravljenju. Namen raziskave je bil preveriti zanesljivost in veljavnost vprašalnika Lestvica adherence pri kroničnih boleznih (Adherence in Chronic Diseases Scale - ACDS). Vprašalnik smo dvosmerno prevedli in ga vsebinsko ovrednotili. Od julija do septembra 2021 smo v validacijsko raziskavo vključili odrasle (18–80 let) bolnike z arterijsko hipertenzijo na redni terapiji. Notranjo konzistenco smo preverili s Cronbach α koeficientom, veljavnost pa z eksploratorno faktorsko analizo. Vključenih je bilo 119 bolnikov. Cronbach alfa koeficient je bil 0,394 (nezadostna notranja konzistenca). Faktorska analiza je pokazala, da lahko izločimo tri komponente, kar ni skladno z originalno enofaktorsko verzijo. Po izključitvi postavk 4 in 6, ki sta kazali najnižje korelacije z drugimi postavkami, smo validacijo ponovili. Koeficient Cronbach alfa je bil 0,617, faktorska analiza je pokazala dvofaktorsko strukturo. Slovenska verzija ACDS lestvice se ni izkazala kot zanesljiv in veljaven merilni instrument. Za spremljanje adherence pri kroničnih bolnikih bi potrebovali zanesljivo merilno orodje, ki pa ga je potrebno natančno in dosledno validirati.

UDC 303.448:616-039.33

KEYWORDS: adherence, The Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS), validation

ABSTRACT – Adherence in treatment of chronic diseases is an important factor in successful management of chronic patients. In Slovenia, we do not yet have a freely available and validated questionnaire for assessing adherence. Our purpose was to assess the reliability and validity of the Slovenian version of the Adherence in Chronic Diseases Scale (ACDS). A two-way translation and content evaluation was performed on the questionnaire. The validation study included adult patients (18-80 years) with arterial hypertension on regular medication therapy. Cronbach's alpha coefficient was used to assess the scale reliability and exploratory factor analysis to assess validity. The questionnaire was completed by 119 patients. Cronbach's alpha coefficient was 0.394 (insufficient internal consistency). Exploratory factor analysis reported a three-factor solution, which was not consistent with the one-factor solution of the original questionnaire version. Excluding items 4 and 6, which showed the lowest correlations with other items, returned Cronbach's coefficient of 0.617, while factor analysis revealed a two-factor structure. The Slovenian version of the ACDS questionnaire did not prove to be a reliable and valid measuring instrument. We need a reliable instrument to measure adherence in chronic patients, which, however, needs an accurate and consistent validation.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Adherenca pri zdravljenju

Adherenca pomeni stopnjo, s katero pacientovo ravnanje ustreza dogovorjenim zdravniškimi priporočilom glede zdravljenja, jemanja zdravil ali izvajanja nefarmakoloških ukrepov. O nesodelovanju pri zdravljenju govorimo, kadar pacient jemlje manj kot 80 % ali več kot 120 % odmerka predpisanega zdravila (Jing idr., 2008, str. 269–286). Nesodelovanje lahko razdelimo na primarno (pacient prejme recept, vendar zdravila ne prevzame v lekarni) in sekundarno (jemanje neustreznih odmerkov, napačno časovno odmerjanje zdravila, opuščanje posameznih odmerkov zdravil, prehitra prekinitvev jemanja zdravila) ter na namerno (npr. prenehanje jemanja zdravila zaradi boljšega počutja) ali nenamerno (npr. zaradi pozabljivosti) (Petek, 2002, str. 321–327; Vermeire idr., 2001, str. 331–342).

Razlogi za nesodelovanje pri zdravljenju so različni. Jing in sodelavci (2008, str. 269–286) so v svoji raziskavi dejavnike, ki vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju, razdelili na dejavnike, povezane s pacientom, z boleznijo, zdravljenjem, zdravstvenim sistemom ter na socialne in ekonomske dejavnike. Pacientovi faktorji so pri tem najpomembnejši in s poznavanjem le-teh lahko pozitivno vplivamo na sodelovanje pri zdravljenju (Vermeire idr., 2001, str. 331–342; Maningat idr., 2013).

Za načrtovanje intervencij, ki bi učinkovito izboljšale sodelovanje pacientov, je ključno poznavanje in razumevanje vzrokov, ki se skrivajo v ozadju. Posebej pomembni so tisti dejavniki, na podlagi katerih lahko že vnaprej predvidimo slabše sodelovanje pri zdravljenju in samo tako pri vodenju takega pacienta še bolj dosledni. Intervencije je potrebno oblikovati ciljano na več ravneh, poleg tega pa jih v čim večji meri prilagoditi posameznemu pacientu glede na vzroke njegovega neustreznega sodelovanja pri zdravljenju.

1.2 Metode merjenja sodelovanja pri zdravljenju

Obstaja veliko metod za merjenje sodelovanja pri zdravljenju, a nobena od njih ne predstavlja zlatega standarda. Po Ostembergu jih lahko razdelimo na posredne in neposredne (Ostemberg in Blaschke, 2005, str. 487–497). Neposredne metode veljajo za natančnejše, objektivnejše ter zanesljivejše od posrednih, z njimi lahko običajno določimo dokaj natančno stopnjo sodelovanja oz. nesodelovanja pri zdravljenju. Prednost vseh posrednih metod merjenja pa je to, da omogočajo kvantitativno obdelavo podatkov (Spilker, 1992, str. 1–6; van Onzenoort idr., 2012, str. 872–879).

Za namen ocenjevanja adherence pri zdravljenju kroničnih boleznih je bilo razvitih več ocenjevalnih lestvic oz. vprašalnikov (Culig in Leppée, 2014, str. 55–62; Kubica idr., 2017, str. 115–122). Najpogosteje uporabljen je MMAS-8 (Morisly Medication Adherence Scale) vprašalnik, ki pa za uporabo ni prosto dostopen, kar omejuje njegovo uporabo v vsakdanji praksi.

Lestvico adherence pri kroničnih boleznih (ang. The Adherence Scale in Chronic Diseases ACDS) so zasnovali poljski raziskovalci (Buszko idr., 2016, str. 37–42) in omogoča oceno splošne stopnje adherence, ter pripomore k identifikaciji najpomembnejših dejavnikov, ki nanjo vplivajo: sprejemanje načrtovanega zdravljenja ter sodelovanje med pacientom in zdravnikom. Izkazala se je kot praktičen, zanesljiv, dosleden in dobro potrjen inštrument za ugotavljanje adherence pri zdravljenju z zdravili (Kubica idr., 2019, str. 341–349; Kubica idr., 2017, str. 19–26). Vprašalnik je bil poleg angleščine preveden tudi v arabščino, kjer je v validacijskem postopku dosegel odlično mero zanesljivosti s Cronbach α 0,93 (Al-Noumani idr., 2021, str. 426–434).

Ker v Sloveniji trenutno nimamo na voljo validiranega, prosto dostopnega vprašalnika za merjenje adherence, se je vprašalnik Lestvica adherence pri kroničnih boleznih ponudil kot zelo privlačnega za praktično uporabo - je prosto dostopen, kratek za izpolnjevanje ter enostaven za uporabo. Pred uporabo v splošni praksi pa je treba vprašalnik validirati tudi v našem narodnem in kulturnem okolju.

1.3 Validacija vprašalnika

Validacija je postopek, s katerim preverjamo trdnost in ustreznost interpretacije rezultatov glede na njihovo skladnost s teoretičnimi postavkami (Kazi in Khalid, 2012, str. 514–516). Da lahko sprejmemo prave odločitve in zaključke, pridobljene s pomočjo nekega inštrumenta (npr. vprašalnika), moramo najprej oceniti njegove psihometrične lastnosti - vprašalnik mora biti zanesljiv in veljaven (Elkin, 2012, b. s.). Zanesljivost nam pove, kako dosledna je meritev. Merilni instrument je zanesljiv, kadar zagotavlja, da bo isti preiskovanec na enakem ali podobnem testu pri naslednjem testiranju v enakih okoliščinah dosegel enak ali vsaj podoben rezultat (Ferligoj idr., 1995, str. 11–13). Do zmanjšane zanesljivosti lahko pride zaradi razlik med opazovalci, merilnimi instrumenti ali pa nestabilnega merilnega konstrukta (Bolarinwa, 2015, str. 195–201). Lahko trdimo, da je vprašalnik zanesljiv, kadar je skladna njegova struktura; pravimo, da je zanesljiv vprašalnik notranje konsistenten. Za vrednotenje se večinoma uporablja Cronbachov koeficient α , ki predstavlja homogenost postavk znotraj posameznega faktorja. Izračunamo ga iz števila postavk in povprečne medsebojne korelacije. Veljavnost merilnega instrumenta se nanaša na dejstvo, da orodje meri točno to, kar želimo, da izmeri. Veljavnost ni značilnost instrumenta in jo je potrebno določiti glede na populacijo, na kateri uporabimo inštrument, samo funkcijo inštrumenta, glede na same okoliščine in kontekst - to pomeni, da isti inštrument morda ne bo veljal za zanesljivega pod drugačnimi pogoji (Souza, 2017, str. 649–659). Ločimo tri tipe veljavnosti, in sicer vsebinsko veljavnost, konstruktno veljavnost ter kriterijsko veljavnost.

Namen raziskave je bil pripraviti slovenski prevod ter izvesti validacijo angleškega prevoda poljskega vprašalnika za merjenje adherence pri bolnikih s kroničnimi boleznimi The Adherence Scale in Chronic Diseases (ACDS).

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Vprašalnik Lestvica adherence pri kroničnih boleznih (ACDS) smo z dvosmernim prevajanjem prevedli iz angleškega v slovenski jezik ter ga vsebinsko ovrednotili. Vprašalnik so nato v kvantitativni presečni raziskavi izpolnili pacienti z arterijsko hipertenzijo. Raziskava je bila izvedena v Zdravstvenem domu Ljubljana Moste-Polje, PE Fužine od julija do septembra 2021. Izpolnjene vprašalnike smo analizirali tako, da smo določili značilnosti opisne statistike ter zanesljivost in veljavnost vprašalnika.

Raziskava je bila odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko št. 0120-191/2021/3.

2.2 Opis instrumenta

Lestvica ACDS vsebuje sedem vprašanj zaprtega tipa s petimi možnimi odgovori. Štiri vprašanja (št. 1–4) se nanašajo na pravilnost jemanja zdravil v predpisanih odmerkih, vprašanje št. 5 zajema sprejetje terapije, zadnji dve vprašanji (št. 6, 7) pa se nanašata na odnos med pacientom in zdravnikom. Vsako vprašanje je točkovano s točkami od 0 (nakazuje nizko adherenco) do 4 (nakazuje visoko adherenco). Rezultat je vsota vseh pridobljenih točk in znaša

od 0 do 28. S pomočjo zbranih točk vprašalnika lahko določimo tri stopnje adherence: nizka (≤ 20), srednja (21 do 26) ter visoka (27 ali več).

Dodatno je vsak sodelujoči bolnik izpolnil še vprašalnik o demografskih podatkih in nekaterih dejavnikih zdravljenja arterijske hipertenzije.

2.3 Opis vzorca

K sodelovanju smo povabili naključno izbrane paciente, stare od 18-80 let z diagnozo arterijske hipertenzije, ki so se v času raziskave oglasili na pregled pri izbranemu osebnemu zdravniku ali pri diplomirani medicinski sestri v sklopu obravnave v referenčni ambulanti. Poleg starosti je bil vključitveni kriterij še pogoj, da pacienti zdravila jemljejo sami in imajo v redni terapiji predpisano vsaj eno zdravilo za zdravljenje hipertenzije in se zaradi arterijske hipertenzije zdravijo najmanj en mesec. Izključitveni kriterij so bila bolezenska in druga stanja, kjer pacienti terapije ne jemljejo samostojno (demenca, ipd.).

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave so zdravnice in diplomirane medicinske sestre, ki so sodelovale pri izvedbi raziskave, prejele ustna in pisna navodila glede namena, poteka in načina izvedbe raziskave. Udeležencem raziskave so bili razloženi njen pomen, pomembnost, anonimnost in prostovoljnost njihovega sodelovanja ter podana navodila za sodelovanje. Predviden čas izpolnjevanja vprašalnika je bil od 5-10 minut. Udeleženci so podpisali dva izvoda izjave za prostovoljno sodelovanje in izpolnili vprašalnik o adherenci ter sociodemografskih in zdravstvenih dejavnikih.

Dobljene podatke smo obdelali s statističnim programskim paketom IBM SPSS Statistics v. 26. Za merjenje zanesljivosti vprašalnika smo določili Cronbach α koeficient. Strukturo testa smo preverili z eksploratorno faktorsko analizo po metodi glavnih komponent. Za izboljšanje interpretabilnosti faktorjev smo uporabili Quadrimax rotacijo.

3 Rezultati

Od 200 razdeljenih vprašalnikov ga je v predvidenem časovnem obdobju uspelo rešiti 136 pacientov, kar predstavlja 68 % odziv. Izključili smo 17 (12,5 %) vprašalnikov, ki niso bili popolno izpolnjeni. Analiziranih je bilo skupno 119 vprašalnikov.

3.1 Opis populacije

Demografske lastnosti sodelujočih bolnikov prikazujemo v Tabeli 1.

Tabela 1: demografske lastnosti sodelujočih bolnikov.

<i>Spol (N = 119)</i>	<i>Število (delež)</i>
Moški (%)	60 (50,4 %)
Ženske (%)	59 (49,6 %)
<i>Starost (N = 119)</i>	<i>Število (delež)</i>
18–50 let	7 (5,9 %)
51–70 let	79 (66,4 %)
> 71 let	33 (27,7-%)
<i>Izobrazba (N = 119)</i>	<i>Število (delež)</i>
Osnovna šola ali manj	25 (21,0 %)
Poklicna ali srednja šola	77 (64,7 %)
Višja ali visoka izobrazba	17 (13,4 %)

Vir: Lastni vir, 2021.

Večina sodelujočih bolnikov se je zaradi arterijske hipertenzije zdravila že več kot 10 let (57 oz. 47,9 %). V povprečju so prejeli 4,2 zdravil. Le petina bolnikov (24, 20,2 %) se je zdravila samo zaradi arterijske hipertenzije, 95 (79,8 %) pa se je ob tem zdravilo tudi še zaradi pridruženih bolezni.

3.2 Analiza zanesljivosti vprašalnika

Notranjo konzistentnost vprašalnika smo izmerili s koeficientom Cronbach α . Vrednost Cronbach α za vse postavke v naši lestvici je znašala 0,394, kar pomeni slabo zanesljivost.

Tabela 2 prikazuje, kako posamezne postavke korelirajo med seboj ter kakšna je korelacija posamezne postavke s celotno lestvico.

Tabela 2: Korelacijski koeficienti med postavkami vprašalnika

Postavka	1	2	3	4	5	6	7
1	1,000	,357	,427	,015	,151	-,066	,176
2	,357	1,000	,417	,067	,201	-,085	-,013
3	,427	,417	1,000	-,011	,224	,008	,177
4	,015	,067	-,011	1,000	,006	,128	-,038
5	,151	,201	,224	,006	1,000	,319	,382
6	-,066	-,085	,008	,128	,319	1,000	,112
7	,176	-,013	,177	-,038	,382	,112	1,000

Analiza je pokazala, da imata najnižje korelacijske koeficiente z drugimi postavkami postavki 4 in 6. Najnižji korelacijski koeficient za postavko 4 znaša -0,38 (s postavko 7), najnižji korelacijski koeficient za postavko 6 pa znaša -0,85 (s postavko 2). Najvišji vrednosti korelacijskega koeficienta najdemo med postavkama 1 in 3 (0,427) ter med postavkama 1 in 2 (0,417).

V tabeli 3 smo prikazali, kako bi se zanesljivost zvišala, če bi posamezno postavko odstranili iz lestvice.

Tabela 3: Vrednost lestvice, če odstranimo posamezno postavko (SID), korelacijski koeficienti med posamezno postavko ter vsemi postavkami vprašalnika (ITC) in vrednost Cronbach α brez postavke

Postavka	SID (vrednost lestvice brez postavke)	ITC (korelacijski koeficienti med posamezno postavko in vsemi postavkami vprašalnika)	Cronbach α (brez postavke)
1	21,2521	,203	,353
2	21,2605	,189	,356
3	21,2017	,284	,332
4	21,6387	,094	,413
5	21,3445	,402	,256
6	22,4622	,147	,456
7	21,1429	,218	,364

Če je lestvica zanesljiva, morajo postavke dobro korelirati s celoto. Če katera postavka slabše korelira s celoto, to je, če je vrednost njenega korelacijskega koeficienta v tem stolpcu manjša kot 0,2, potem je priporočljivo, da jo izločimo iz vprašalnika. Vidimo, da najvišji korelacijski koeficient med postavko 5 in celotno lestvico znaša 0,402, kar pa je še vedno šibka korelacija. Preostale korelacije, ki naj bi bile še zadovoljive (> 0,2), imajo postavke 1, 3 in 7. Zelo nizke

korelacije pa imata postavka 4 (0,094), in postavka 6 (0,147). Glede na Cronbachove koeficiente α bi zanesljivost vprašalnika narasla, če bi odstranili postavki 4 in 6.

3.3 Analiza veljavnosti vprašalnika

Za preverjanje strukture vprašalnika smo izvedli eksploratorno faktorsko analizo po metodi glavnih komponent (angl. Principal Component Analysis). Za izboljšanje interpretabilnosti faktorjev je bila uporabljena Quadrimax rotacija. Vrednost Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testa je bila 0,602, kar pomeni, da so podatki primerni za uporabo faktorske analize. Bartlettov test sferičnosti je na našem vzorcu pokazal statistično pomembnosti ($p = 0,000$), kar pomeni, da obstajajo korelacije med različnimi spremenljivkami.

V Tabeli 4 so prikazani so rezultati faktorske analize pred rotacijo in po Quadrimax rotaciji. S faktorsko analizo dobimo tri faktorje. V stolpcih »% variance« je prikazano, koliko skupne variance pojasni posamezen faktor. Skupna varianca je v obeh primerih enaka (64,7 odstotka). S tremi faktorji tako skupno pojasnimo 64,7 odstotka celotne variance.

Tabela 4: Rezultati faktorske analize pred rotacijo in po Quadrimax rotaciji.

Faktor	Začetna lastna vrednost			Seštevek kvadrantov			Rotirani
	Skupaj	% variance	Kumulativni %	Skupaj	% variance	Kumulativni %	Skupaj
1	2,039	29,135	29,135	2,039	29,135	29,135	1,868
2	1,410	20,140	49,275	1,410	20,140	49,275	1,566
3	1,080	15,423	64,699	1,080	15,423	64,699	1,095
4	,807	11,532	76,231				
5	,662	9,456	85,687				
6	,553	7,893	93,580				
7	,449	6,420	100,000				

V Tabeli 5 je prikazana rotirana faktorska rešitev. Prikazane so faktorske uteži, spremenljivke pa so razvrščene po velikosti faktorskih uteži. Večja ko je faktorska utež (kovariance med faktorji in spremenljivkami), bolj je posamezna spremenljivka povezana s faktorjem. Spremenljivka se uvrsti v tisti faktor, kjer je utež večja, saj s faktorsko analizo težimo k temu, da ima posamezna spremenljivka močno faktorsko utež le pri enem faktorju. Vrednost pod 0,4 nakazuje na nizko utež določenega faktorja. Za prvo komponento imajo faktorsko utež nad 0,4 in torej dobro korelirajo med seboj postavke 1,2,3 za drugo komponento postavke 5,6,7 za tretjo pa postavka 4.

Tabela 5: Porazdelitev spremenljivk v faktorje

Postavka	Faktor		
Ali se vedno spomnite vzeti vsa vaša zdravila v skladu s priporočili vašega zdravnika?	,749	,083	-,075
Ali kdaj spremenite odmere svojih zdravil brez predhodnega posvetovanja s svojim zdravnikom?	,778	-,062	,156
Ali prilagajate odmerjanje svojim zdravil glede na to, kako se počutite?	,764	,180	-,042
Če se pojavijo neželeni učinki ob jemanju zdravil (npr. bolečina v želodcu, bolečina v trebuhu, izpuščaji, pomanjkanje apetita, otekanje):	,068	-,041	,879
Ali menite, da so vsa vaša zdravila potrebna za vaše zdravje?	,229	,785	,056
Ali vas vaš zdravnik kdaj povpraša po morebitnih težavah, povezanih z jemanjem zdravil?	-,210	,631	,453
Ali zdravniku poveste resnico, ko vas vpraša o težavah, ki jih imate z zdravili?	,124	,712	-,287

V faktorjski analizi je torej vprašalnik pokazal trifaktorsko strukturo, kar ni skladno z izvorno raziskavo, kjer je vprašalnik 1-faktorski.

3.4 Ponovitev validacijskega postopka po redukciji postavk vprašalnika

Preizkusili smo še krajšo verzijo vprašalnika, kjer smo odstranili postavki 4 in 6, ki sta pokazali najnižje vrednosti korelacij s celotno lestvico. Poleg tega postavka 4 v faktorjski analizi samostojna predstavlja faktor 3, kar je še dodaten razlog za izbris postavke.

Validacijski postopek za vprašalnik smo ponovili s postavkami 1,2,3,5 in 7. Izračunana vrednost Cronbach α je bila tokrat nekoliko višja - 0,617, a še vedno pod željeno vrednostjo 0,70, ki označuje dobro zanesljivost vprašalnika. V izračunu pogojev za faktorjsko analizo je bila vrednost testa KMO 0,631, Bartlettov test pa je bil statistično značilen ($p = 0,000$), kar pomeni, da so bili izpolnjeni pogoji za faktorjsko analizo. V faktorjski analizi smo spet dobili 2 komponenti, s katerima lahko pojasnimo 64,214 odstotka celotne variance, kar nakazuje, da veljavnost vprašalnika ni ustrezna, saj ne meri adherence kot samostojnega konstrukta.

4 Razprava

Naš cilj je bil prevesti Vprašalnik za ocenjevanje stopnje adherence pri bolnikih s kroničnimi boleznimi ACDS (Buszko idr., 2016, str. 37–42) za slovensko populacijo ter preveriti veljavnost in zanesljivost tega vprašalnika.

Prevedeni vprašalnik se ni izkazal kot zanesljiva mera adherence. Vrednost Cronbach α za slovenski prevod vprašalnika znaša 0,394, kar pomeni slabo zanesljivost. Notranja skladnost vprašalnika ACDS je tako precej pod priporočili dobrega testa in precej nižje od vrednosti, ki jo navajajo avtorji, ki so oblikovali originalno verzijo vprašalnika, kjer Cronbach α znaša 0,752 (34) (Buszko idr., 2016, str. 37–42). Nižja vrednost koeficienta Cronbach α bi bila lahko posledica razlik v značilnostih obeh študij in manjše velikosti našega vzorca (119 pacientov) v primerjavi s 413 pacienti v prvotni psihometrični oceni vprašalnika ACDS, saj velikost vzorca lahko vpliva na notranjo skladnost (Yan idr., 2014, str. 311–317). V arabski verziji vprašalnika je prav tako raziskava zajemala večji vzorec preiskovancev - 800 pacientov (Al-Noumani idr., 2021, str. 426–434). Referenčna poljska študija je potekala v bolnišničnem in ambulantnem okolju, vključevala je paciente s srčno-žilnimi boleznimi, kar pomeni širši vključitveni kriterij kot v našem primeru, ko smo se omejili le na paciente z arterijsko hipertenzijo iz ožjega geografskega področja (prebivalci Ljubljane). Tudi arabska študija je zajemala geografsko mnogo širše področje - potekala je v 35 medicinskih centrih primarnega, sekundarnega in terciarnega nivoja, vključeni so bili pacienti z različnimi kroničnimi boleznimi. Razloge za nizko vrednost koeficienta pa na splošno lahko iščemo v povezavi z majhnim številom trditev, njihovo slabo medsebojno povezanostjo ali večdimenzionalnostjo merjenega konstrukta.

Z analizo se je tudi pokazala trifaktorska struktura vprašalnika, kar se ne sklada z ugotovitvami avtorjev izvorne verzije vprašalnika (Buszko idr., 2016, str. 37–42). Slovenska verzija vprašalnika tako ne izkazuje zadovoljive veljavnosti, saj večfaktorska struktura nakazuje, da vprašalnik meri večdimenzionalni koncept in ne adherence kot samostojnega konstrukta. Vzrok temu je najverjetneje drugačno kulturno okolje, del pa je najverjetneje tudi posledica pomanjkljivega začetnega dela validacijskega postopka.

Z odstranitvijo nekaterih postavk smo preverili, ali bi se s tem izboljšale psihometrične lastnosti vprašalnika, a tudi skrajšana verzija ni prinesla zadovoljivih rezultatov.

Slovenski prevod angleške verzije vprašalnika ACDS se tako ni pokazal za zanesljivega in veljavnega. Sama validacijska raziskava tako razkriva kar nekaj pomanjkljivosti, ki bi jih lahko

pokušali upoštevati in odpraviti v naslednjih raziskavah. Smiselno bi bil poskus prevoda in lokalizacije vprašalnika iz izvirnega, poljskega jezika, saj se pomeni besed in besednih zvez med zaporednimi prevajanji v različne jezike lahko tudi izgubijo oziroma zabrišejo. Za prihodnje raziskave bi bilo smiselno opraviti še preverjanje vsebinske veljavnosti, rezultati katere bi nam dali vpogled v morebitne problematične postavke in podali idejo o vsebinskih modifikacijah. Koristne bi bile tudi informacije o validacijskih študijah in pridobljenih psihometričnih lastnostih vprašalnika v drugih kulturnih in jezikovnih okoljih, saj je trenutno za primerjavo na voljo le nekaj raziskav in tako težko zaključimo, da omenjeni vprašalnik v splošnem izkazuje dobre psihometrične lastnosti in gre razloge za slabe izide pri naši raziskavi iskati le v pomanjkljivo zastavljeni validacijski študiji in razlikah v jezikovno-kulturnem okolju.

LITERATURA

1. Al-Noumani, H., Al-Harrasi, M., Jose, J. idr. (2022). Medication Adherence and Patients' Characteristics in Chronic Diseases: A National Multi-Center Study. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 426–434.
2. Bolarinwa, O. A. (2015). Principles and Methods of Validity and Reliability Testing of Questionnaires Used in Social and Health Science Researches. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22(4), 195–201.
3. Buszko, K., Obońska, K., Michalski, P. idr. (2016). The Adherence Scale in Chronic Diseases (ASCD). The Power of Knowledge: the Key to Successful Patient - Health Care Provider Cooperation. *Medical Research Journal*, 1, 37–42.
4. Culig, J. in Leppée, M. (2014). From Morisky to Hill-Bone; Self-Reports Scales for Measuring Adherence to Medication. *Collegium Antropologicum*, 38(1), 55–62.
5. Elkin, E. (2012). Are You in Need of Validation? Psychometric Evaluation of Questionnaires Using SAS. Pridobljeno s <http://support.sas.com/resources/papers/proceedings12/426-2012.pdf>.
6. Ferligoj, A., Leskošek, K. in Kogovšek, T. (1995). Zanesljivost in veljavnost merjenja. Ljubljana: FDV.
7. Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V. idr. (2008). Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review from the Patient's Perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
8. Kazi, A. M. in Khalid, W. (2012). Questionnaire Designing and Validation. *J.P.M.A. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(5), 514–516.
9. Kosobucka, A., Michalski, P., Pietrzykowski, Ł. idr. (2018). Adherence to Treatment Assessed With the Adherence in Chronic Diseases Scale in Patients after Myocardial Infarction. *Patient Preference and Adherence*, 12, 333–340.
10. Kubica, A., Kosobucka, A., Fabiszak, T., Gorog, D. A. idr. (2019). Assessment of Adherence to Medication in Patients after Myocardial Infarction Treated With Percutaneous Coronary Intervention. Is There a Place for Newsself-Reported Questionnaires?. *Current Medical Research and Opinion*, 35(2), 341–349.
11. Kubica, A., Kosobucka, A., Michalski, P. idr. (2017). The Adherence in Chronic Diseases Scale-a New Tool to Monitor Implementation of a Treatment Plan. *Folia Cardiologica*, 12(1), 19–26.
12. Maningat, P., Gordon, B. R. in Breslow, J. L. (2013). How Do We Improve Patient Compliance and Adherence to Long-Term Statin Therapy?. *Current Atherosclerosis Reports*, 15(1), 291.
13. Osterberg, L. in Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497.
14. Petek, D. (2002). Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju. *Medicinski razgledi*, 41(4), 321–327.
15. Souza, A. C., Alexandre, N. M. C. in Guirardello, E. B. (2017). Psychometric Properties in Instruments Evaluation of Reliability and Validity. *Epidemiologia e Servicos De Saude: Revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659.
16. Spilker, B. (1992). Methods of Assessing and Improving Patient Compliance in Clinical Trials. *IRB: Ethics & Human Research*, 14(3), 1–6.

17. van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L. idr. (2007). Patient Adherence to Medical Treatment: A Review of Reviews. *BMC Health Services Research*, 7, 55.
18. van Onzenoort, H. A., Neef, C., Verberk, W. W. idr. (2012). Determining the Feasibility of Objective Adherence Measurement With Blister Packaging Smart Technology. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 69(10), 872–879.
19. Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. idr. (2001). Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–342.
20. Yan, J., You, L. M., Yang, Q. idr. (2014). Translation and Validation of a Chinese Version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale in Myocardial Infarction Patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 311–317.

Dr. Malči Grivec
Fakulteta za ekonomijo in informatiko Univerze v Novem mestu

Luka Oblak
Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

Sodobni potrošnik in zdravila v času epidemije covid-19

UDK 616-085-052:615

KLJUČNE BESEDE: zdravila brez recepta, covid-19, viri informacij, samozdravljenje, Slovenija

POVZETEK – Sodobni potrošnik želi biti vedno bolj aktivno vključen v skrb za lastno zdravje. Tako se ob pojavu različnih bolezenskih simptomih in znakih pogosto poslužujejo različnih virov informacij, od strokovnih (zdravniki, farmacevti, strokovne in znanstvene revije ...) do laičnih (družina, prijatelji in znanci, ljudje z istimi boleznimi, oglasi ...). Ob tem se pogosto odloči za samozdravljenje s pomočjo katerega želi sam razrešiti in pozdraviti trenutno bolezensko stanje, še preden obišče izbranega osebnega zdravnika ali urgentni center. To pa vključuje tudi nakup zdravil brez recepta. K temu je dodatno pripomogla tudi epidemija covid-19, saj je potrošnik/pacient v tem obdobju imel otežkočen dostop do osebnega zdravnika in drugih specialistov, kar ga je prisililo k iskanju različnih virov informacij predvsem preko spleta in družbenih omrežij ter obiskov lekarn. V prispevku predstavimo rezultate raziskave med prebivalci Slovenije, kjer smo ugotavljali razloge za odločitve o samozdravljenju, čas trajanja le-tega ter razloge za njegovo opustitev in posledično obseg izdatkov za zdravila brez recepta v času epidemije covid-19. Obenem smo proučevali tudi spremembe v zaupanju v različne vire informacij povezane z zdravili brez recepta.

UDC 616-085-052:615

KEYWORDS: over-the-counter medicines, Covid-19, information sources, self-medication, Slovenia

ABSTRACT – Modern consumers increasingly want to actively take care of their own health. Thus, when various symptoms and signs of illness appear, they often turn to various sources of information, ranging from professionals (doctors, pharmacists, professional and scientific journals, etc.) to lay people (family, friends and acquaintances, people with the same diseases, advertising, etc.). In this context, patients often choose to self-medicate to address and cure their current condition before visiting their primary care physician or an emergency room. This includes purchasing over-the-counter medications. The Covid-19 epidemic further contributed to this, as the consumer/patient had difficulty accessing a personal physician and other specialists during this time, forcing them to seek out various sources of information, primarily through the Internet and social media, as well as visits to pharmacies. In this paper, we present the results of a survey including the Slovenian population, in which we investigated the reasons for the decision to self-medicate, the duration of self-medication, the reasons for not self-medicating, and, consequently, the level of spending on OTC medicines in the context of the Covid-19 epidemic. At the same time, we also examined changes in reliance on various sources of information related to OTC medicines.

1 Uvod

Skrb za zdravje postaja v 21. stoletju ena izmed glavnih dejavnosti posameznika in družbe kot celote. Posamezniki tako želijo biti vedno bolj aktivno vključeni v skrb za lastno zdravje, zato se poslužujejo različnih virov informacij. Ob tem se pogosto odločajo tudi za samozdravljenje,

ki vključuje tudi nakup zdravil brez recepta. Obseg in pogostost samozdravljenja pa je odvisna od individualnih okoliščin posameznika ter nedvomno tudi družbenih razmer, v katerem posameznik sprejema odločitve. Posebno obdobje je bilo tudi obdobje epidemije covid-19, ki je predmet tega prispevka.

2 Slovenski potrošnik zdravil v času epidemije covid-19

Svetovno gospodarstvo danes pretresajo posledice zdravstvene krize zaradi epidemije covid-19, ki je dodobra prizadela praktično vse gospodarske dejavnosti in se dotaknila skoraj vseh posameznikov širom sveta. Posamezniki pa smo se ne glede na naše zdravstveno stanje začeli zavedati pomena zdravja in skrbi zanj, saj je bil dostop do zdravstvenih storitev več kot dve leti precej omejen. V tem času pa smo ob boleznih pogosto posegali po zdravilih za samozdravljenje. Hkrati ali pa prav zato se je zanimanje javnosti za zdravje in proizvode, povezane z zdravjem, povečalo in potrošniki so postali bolj aktivni v skrbi za lastno zdravje. Raziskave namreč kažejo, da je področje zdravja že nekaj časa eno najbolj pogostih tematik, iskanih po spletu (Diehl idr., 2008, str. 101). Razlog za to je tudi v dejstvu, da v kriznih časih ljudje vedno pogosteje posegamo po zdravilih, saj negotove razmere na trgu dela in nasploh v gospodarstvu puščajo posledice tudi na zdravju ljudi (Grivec, 2012, str. 217). Perri in Nelson (1987, str. 9) sta tako že zelo zgodaj napovedala, da bo to vodilo v potrošništvo na področju medicine in tržno orientiranost farmacevtskih podjetij. Tako lahko za farmacevtska podjetja rečemo, da jih je kriza zgolj oplazila. Pregled poslovanja teh podjetij namreč pokaže, da prihodki vseh rastejo, odločajo pa se tudi za investicije (Grivec, 2012, str. 217). Podjetja so namreč predvidela, da ima aktivna vključenost potrošnikov v proces zdravljenja lahko pomembno vlogo tudi na trgu zdravil.

Glede na navedeno ni presenetljivo, da farmacevtska podjetja vedno več sredstev vlagajo v tržno komuniciranje, tudi v oglaševanje. Slednje je eden glavnih virov komunikacije med proizvajalcem in uporabnikom izdelka, tako da organizacija ne more pričakovati prepoznavnosti, če ne vlaga v promocijske aktivnosti (Abideen in Saleem, 2014, str. 555–556). Živimo v svetu, ki je preplavljen z množičnimi mediji, kot so televizija, plakati, revije, filmi, časopisi in splet (Latif in Abideen, 2011, v: Abideen in Saleem, 2014, str. 55), ki so pomembni komunikacijski kanali tudi na področju zdravja. Angellova (2008, str. 12, 28, 147–174) ob tem celo trdi, da na ceno zdravil najbolj vplivajo stroški trženja in dobički, ki si jih odmerjajo lastniki. Zaradi tega naj bi postali celo preveč zdravljen družba, saj farmacevtska podjetja tako zdravnike kot paciente prepričujejo, naj posežejo po receptu oz. zdravilih. Vse to pa se odraža v izdatkih za zdravstveno varstvo.

Analiza izdatkov za zdravstvo pokaže, da je že nekaj let okoli tri četrtine tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo porabljenih za financiranje storitev kurativnega zdravljenja ter za zdravila in drugo medicinsko blago. V letu 2014 je bilo teh izdatkov 74,7 % (Jacović, 2016), v letu 2019 pa že 77,1 % (Černič, 2021). Avtorica tudi poudarja, da so izdatki za storitve kurativnega zdravljenja bili za 7,7 % višji kot v letu 2018, izdatki za zdravila in drugo medicinsko opremo pa za 4,3 %. Tako smo v letu 2019 za zdravila in drugo medicinsko opremo namenili 874,53 milijona evrov (Černič, 2021), kar je 150 milijonov evrov več kot leta 2014, ko so izdatki znašali 723,88 milijona evrov (Jacović, 2016).

Ne glede na vse pa bo trg zdravil, ki je razdeljen na trg zdravil na recept in na trg zdravil brez recepta (Ladeira idr., 2011, str. 263), v svetovnem merilu še naprej rasel. Pri tem ne smemo zanemariti vedno pomembnejše vloge zdravil brez recepta, saj se je zaupanje v njih povečalo (Rebernik, 2011). To dejstvo lahko pripišemo tudi intenzivnemu trženjskemu komuniciranju, še posebej oglaševanju. Trženje in oglaševanje imata namreč pomembno vlogo v tržni ekonomiji (Trzaskowski, 2011, str. 377), tudi na področju oglaševanja zdravil. Zanimanje za

oglaševanje zdravil je zaradi vedno večjega zanimanja potrošnikov za lastno zdravje in želje po večji vključenosti v skrb za lastno zdravje vedno večje (Diehl in sod., 2008, str. 100). Ob tem pa je pomembno, da imajo farmacevtska podjetja oblikovane ustrezne trženjske strategije, s katerimi se oblikujejo odgovori na vprašanja o ciljih, usmeritvah in načinih vodenja podjetja. Na ta način namreč lahko podjetje uresničuje določene vrednote, tj. koristi za potrošnike in namenske koristi za podjetja, njegove partnerje, pa tudi družbo kot celoto (Haleus in Faganel, 2022, str. 2). Vse to pa morajo imeti v mislih tudi farmacevtska podjetja.

3 Metode

3.1 Namen in cilji raziskave

Namen prispevka je proučiti razloge prebivalcev Slovenije za samozdravljenje. Pri tem nas zanimajo tudi viri informacij, ki se jih potrošniki poslužujejo pred sprejemanjem odločitev, ter stopnje zaupanja v posamezne vire.

Cilji raziskave so tako:

- ugotoviti, kako pogosto se potrošniki/pacienti odločajo za samozdravljenje in zakaj,
- proučiti, kako pogosto potrošniki/pacienti posegajo po zdravilih brez recepta,
- ugotoviti obseg izdatkov, ki jih imajo potrošniki/pacienti za zdravila brez recepta v času epidemije covid-19, ter
- proučiti spremembe v zaupanju v različne vire informacij povezane z zdravili brez recepta.

3.2 Izbor anketirancev in opis poteka raziskave ter obdelave podatkov

Za doseg namena in ciljev raziskave smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer tehniko anketiranja. Anketiranje je postopek, s katerim na podlagi ankete raziskujemo in zbiramo podatke, informacije, stališča in mišljenja o raziskovalnem predmetu (Ivanko, 2007, str. 19; Zelenika, 1990, str. 203).

Anketa je ena najbolj poznanih in pogosto uporabljenih tehnik zbiranja podatkov. S pomočjo ankete hitro in preprosto zbiramo podatke od ljudi na osnovi njihovih odgovorov na vprašanja o problemu, ki ga proučujemo (Cencič, 2009, str. 58). Avtorji ob tem poudarjajo, da anketiranje predstavlja eno osrednjih komponent družboslovne metodologije. Primerna je zlasti takrat, kadar želimo z raziskavo zajeti velik krog ljudi (Cencič, 2009, str. 58), a hkrati pridobiti čim bolj kakovostne podatke hitro in ob čim manjših stroških ter čim manjši porabi drugih virov (Grivec, 2017, str. 151). To zlasti velja, ko gre za spletno anketiranje.

Kot instrument raziskovanja smo uporabili strukturiran vprašalnik. In sicer je šlo za spletno anketo, ki smo jo izvedli s pomočjo portala www.1ka.si. Pri sestavljanju vprašalnika smo upoštevali načela za postavljanje dobrih vprašanj in dejstvo, da odprta vprašanja od anketirancev zahtevajo več truda in tako pogosto ostajajo neodgovorjena (Bregar idr., 2005, str. 97). Zato so bila vprašanja v glavnem zaprtega tipa (angl. closed questions), so pa imeli anketiranci pri posameznih vprašanjih možnost tudi dopisati pogled na posamezno tematiko, kar pomeni, da smo uporabili tudi polodprti tip vprašanj (angl. semi-open questions). Sama vprašanja so bila oblikovana na osnovi pregledane literature in virov ter aktualnega stanja v Sloveniji.

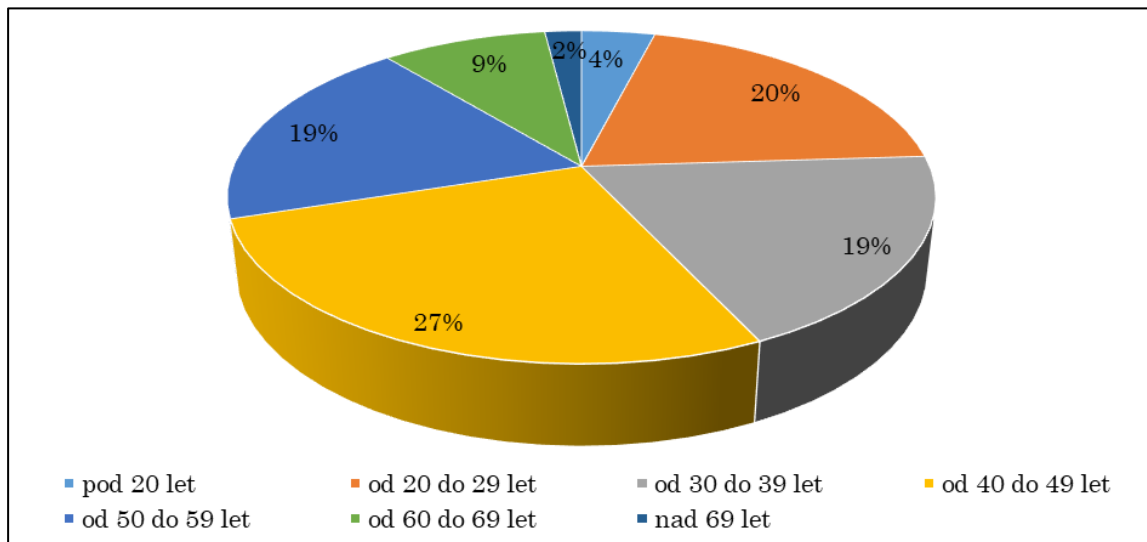
Raziskava je potekala od sredine aprila do začetka maja 2022 (je pa zaradi širše vsebine raziskovanja še nismo zaprli). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem anketirancem pa je bila zagotovljena anonimnost.

Podatke smo prikazali grafično in tabelarično, pri čemer smo si pomagali z računalniškim programom Microsoft Excel. Smo pa podatke tekoče raziskave primerjali z ugotovitvami raziskave iz leta 2014.

3.3 Predstavitev vzorca

V raziskavi je sodelovalo 541 (v letu 2014 995) prebivalcev Slovenije, med katerimi je bilo 76 % žensk oz. 409 oseb ženskega spola (leta 2014 76 % žensk). Starostna struktura vzorca je prikazana na spodnjem grafu.

Graf 1: Starostna struktura vzorca



Vir:

Anketa, 2022.

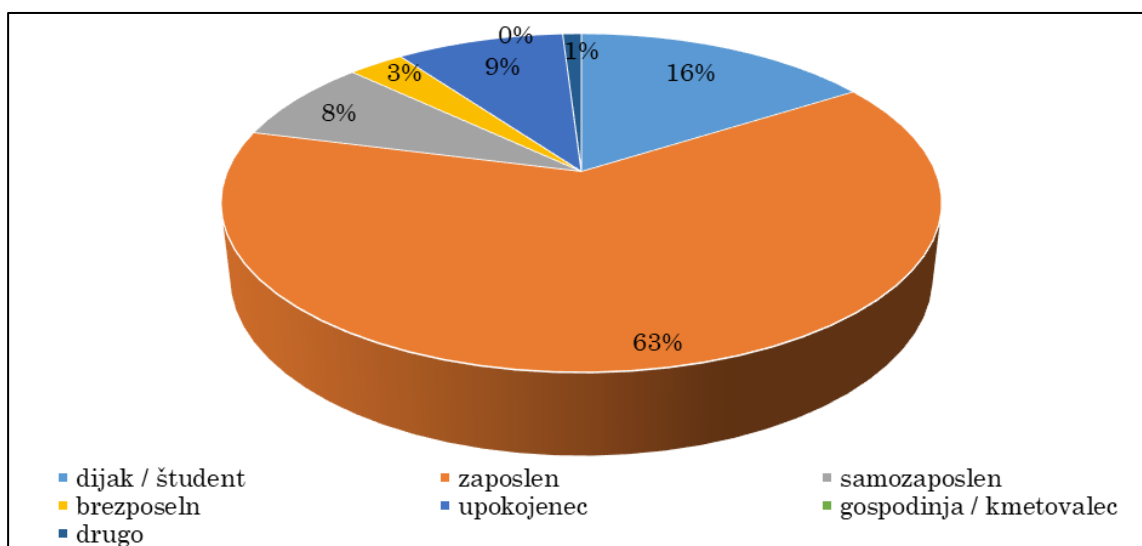
Kot vidimo, je največ, 27 % anketirancev, starih med 40 in 49 let. Temu sledijo stari od 20 do 29 let (20 % anketirancev) ter od 30 do 39 let (19 % anketirancev). Več kot 60 let pa je bilo starih 11 % anketirancev.

Osebe v vzorcu so prihajale iz vseh delov Slovenije, pri čemer jih je največ, in sicer 35 %, bilo iz Jugovzhodne Slovenije, 18 % anketirancev je bilo iz Osrednjeslovenske regije, 13 % iz Spodnjeposavske regije in 9 % iz Podravske regije. Ostale regije pa so bile zastopane s 5 % anketirancev ali manj. Je pa večina anketirancev, torej kar 62 %, živila na podeželju.

Anketiranci so se med seboj razlikovali tudi po izobrazbeni strukturi. In sicer je 34 % anketirancev imelo zaključeno štiriletno srednjo šolo, sledili so anketiranci z zaključenim univerzitetnim študijem oz. drugo bolonjsko stopnjo (24 % anketirancev), visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo je imelo dokončano 18 % anketirancev. 9 % anketirancev je imelo zaključeno višjo šolo, sledili pa so anketiranci z zaključeno srednjo šolo (8 % anketirancev) in z znanstvenim magisterijem in doktoratom (4 % anketirancev). Le 2 % anketirancev sta imela dokončano samo osnovno šolo ali manj.

Za kakovostno predstavitev vzorca anketirancev sta nas v nadaljevanju zanimala tudi zaposlitveni status anketirancev (graf 2) ter njihovo premoženjsko stanje.

Graf 2: Zaposlitveni status



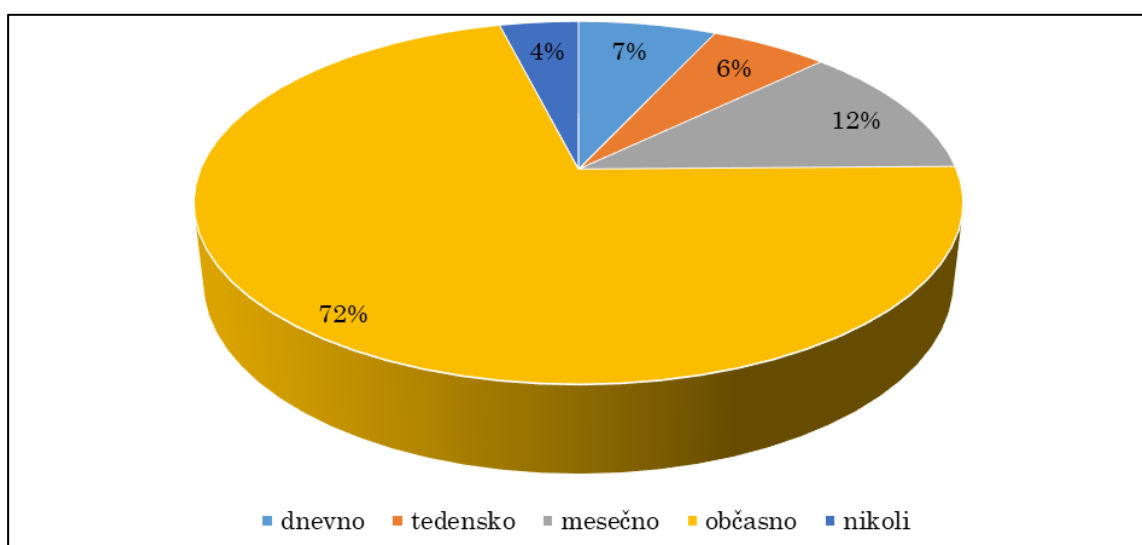
Vir: Anketa, 2022.

Kot vidimo iz grafa 2, je največ anketirancev (63 %) zaposlenih. S 16 % sledijo dijaki in študenti ter z 9 % upokojeneci. Delež brezposelnih predstavlja 3 %.

4 Rezultati in diskusija

Najprej nas je zanimalo, ali so se potrošniki že kdaj odločili za samozdravljenje in ali so ob tem kdaj kupili zdravilo brez recepta. Iz analize podatkov raziskave je razvidno, da je 97 % anketirancev že kupilo zdravilo brez recepta. Med anketiranci je 49 % tudi takih, ki raje posežejo po zdravilih brez recepta, kot pa da bi obiskali zdravnika. Istočasno pa so potrošniki z relativno visoko povprečno stopnjo strinjanja 3,6 (leta 2014: $(\bar{x}) = 3,3$) prepričani, da so zdravila brez recepta učinkovita. Prav tako so zadovoljni, da se lahko zdravijo sami. Zanimalo nas je tudi, kako pogosto posamezniki uporabljajo zdravila brez recepta.

Graf 3: Pogostost uporabe zdravil brez recepta



Vir: Anketa, 2022.

Iz grafa 3 vidimo, da 72 % anketirancev po zdravilih poseže občasno, 12 % pa mesečno. Kot vidimo iz grafa, pa nekateri po zdravilih brez recepta posegajo celo dnevno (7 % anketirancev). Obstajajo pa celo taki, ki zdravil brez recepta ne uporabljajo (4 % anketirancev).

Zdravila brez recepta so povezana tudi z izdatki, in sicer 40 % anketirancev v povprečju na leto za zdravila brez recepta porabi do 50 €, 26 % pa od 51 do 100 €. V raziskavo pa smo zajeli tudi anketirance, ki na leto v povprečju za zdravila brez recepta porabijo tudi nad 200 €, in sicer je bilo takih anketirancev 14 %. V letu 2014 pa je 96 % anketirancev v povprečju na mesec za zdravila brez recepta porabilo do 30 € oz. do 360 € na letni ravni (Grivec, 2017, str. 169).

Vidimo tudi, da kar 61 % anketirancev meni, da so zdravila brez recepta učinkovita. To se sklada z dejstvom, da je 33 % anketirancev uspešnih s samozdravljenjem v več kot 81 %, še dodatnih 32 % anketirancev pa je s samozdravljenjem uspešnih med 61 in 80 % primerov. Tako ne preseneča, da je 65 % anketirancev zadovoljnih oz. zelo zadovoljnih, da se lahko zdravijo sami. Kar 25 % anketirancev pa si želi oz. zelo želi več zdravil brez recepta.

V nadaljevanju smo anketirance povprašali, katerim virom informacij glede zdravil brez recepta najbolj zaupajo. Kot vidimo iz spodnje tabele, anketiranci v obeh proučevanih letih najbolj zaupajo zdravnikom in farmacevtom v lekarni ($\bar{x} = 4,0$).

Tabela 1: Zaupanje virom informacij glede zdravil brez recepta

<i>Vir informacij</i>	<i>2022</i>		<i>2014</i>	
	\bar{x}	<i>SD</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
zdravnik	4,0	0,8	4,0	0,68
farmacevt v lekarni	4,0	0,8	4,0	0,64
znanstvene in strokovne knjige	3,8	0,8	3,9	0,69
ljudje z enako boleznijo oz. podobnimi težavami	3,6	0,7	3,8	0,74
sorodnik	3,4	0,9	3,4	0,76
prijatelj/znanec	3,3	0,8	3,3	0,73
splet	2,9	0,9	3,2	0,79
revije, časopisi	2,7	0,9	2,9	0,78
oglas	2,5	0,9	2,6	0,84

Vir: Anketa, 2022, in anketa, 2014.

Kot vidimo iz tabele, je zaupanje v informacije v oglasih pri zdravilih brez recepta najmanjše med vsemi naštetimi možnostmi, s tem da je od leta 2014 do danes še malenkost upadlo. Enako velja tudi za zaupanje informacijam v revijah in časopisih ter informacijam na spletu. Prav v slednje je zaupanje v letu 2022, torej letu zaznamovano z epidemijo covid-19, najbolj zmanjšalo. Glede na različne teorije zarot, ki so se pojavljale to niti ni presenetljivo. Na drugi strani pa so potrošniki/pacienti še vedno najbolj zaupali zdravnikom in farmacevtom v lekarni. To lahko pojasnimo z dejstvom, da je stopnja dostopa do osnovnega zdravstva, tj. do osebnega zdravnika, v Sloveniji med najvišjimi v svetu, kar prav gotovo vpliva na to, da se potrošniki manj poslužujejo drugih virov informacij o zdravju in načinov zdravljenja posameznih bolezni, kot so na primer splet, revije in časopisi ter oglasi (Grivec, 2017, str. 238). Do podobnih ugotovitev je prišlo tudi Slovensko farmacevtsko društvo (2011), ki je ugotovilo, da Slovenci informacije o samozdravljenju najpogosteje iščejo pri zdravnikih (73 %) in lekarniških farmacevtih (72 %). Sledijo farmacevtski tehniki v lekarni ter medicinske sestre in osebje v specializiranih trgovinah. Tokratna raziskava in raziskava iz leta 2014 (Grivec, 2017, str. 173) sta tudi pokazali, da Slovenci večji pomen pripisujejo nasvetu prijateljev in znancev kot spletu. Tudi Leejeva (2010, str. 642) je v anketi iz leta 2002 ugotovila, da 71,1 % anketirancev v ZDA išče informacije pri zdravnikih, jih pa bistveno manj kot pri nas to počne pri farmacevtih v lekarni (16,5 %) ali po spletu (12,4 %). Delež anketirancev, ki so iskali informacije v časopisih

in revijah, pa je podoben (21,5 %). Razloge za odstopanje v deležu posameznikov, ki iščejo informacije po spletu, lahko pojasnimo z vplivom časa, saj leta 2002 splet še ni bil toliko v uporabi. Še vedno pa velja, da se potrošniki, ne glede na čas, v zvezi z zdravstvenimi vprašanji, vključno z vprašanji, povezanimi z zdravili, bolj poslužujejo interpersonalne komunikacije kot informacij, posredovanih preko množičnih medijev. Že Katz (1957, v: Lee, 2010, str. 651) je kot razlog navedel kompetence zdravnikov ter njihov položaj v družbi. Zdravnike in farmacevte v lekarnah kot pomemben vir informacij tako za zdravila na recept kot zdravila brez recepta navajajo tudi DeLorme in sod. (2010b, str. 219). Pri tem izpostavljajo, da sta ta dva kanala informacij še posebej pomembna za zdravila na recept, medtem ko so bili oglasi, časopisi in revije bolj pomembni za zdravila brez recepta. Zaupanje v oglaševanje zdravil pa naj bi bilo odvisno tudi od medija, preko katerega je sporočilo posredovano (Atkin in Beltramini, 2007, str. 177).

5 Zaključek

Življenje v 21. stoletju je prežeto z vsemi vrstami podatkov, ki pa niso vedno kakovostni, zato tudi odločitve posameznikov na različnih področjih življenja niso enostavne. Če so na nekaterih področjih napake dovoljene, pa zdravje teh napak prav gotovo ne dovoljuje. Zato je toliko pomembnejše, da posameznik razpolaga z ustreznimi informacijami, ko sprejema odločitve. Tega se zaveda tudi slovenski potrošnik, saj je raziskava pokazala, da potrošniki še vedno najbolj zaupajo informacijam zdravnikov in farmacevtov v lekarni. Kljub temu dejstvu pa je treba še vedno namenjati pozornost kakovosti informacij o zdravilih v drugih medijih, saj smo istočasno ugotovili, da se posamezniki radi odločajo za samozdravljenje.

LITERATURA

1. Abideen, Z. U. in Saleem, S. (2014). Effective advertising and its influence on consumer buying behavior. *European Journal of Business and Management*, 3(3), 55–65.
2. Angell, M. (2008). Resnica o farmacevtskih podjetjih. Ljubljana: Krtina.
3. Bregar, L. idr. (2005). Metode raziskovalnega dela za ekonomiste: izbrane teme. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
4. Cencič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
5. Černič, I. (2021). Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo v 2019 za 8,6 % višji kot v prejšnjem letu. Pridobljeno s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/9634>.
6. Diehl, S. idr. (2008). Consumer Responses Towards Non-prescription and Prescription Drug Advertising in the US and Germany They Don't Really Like It, but They do Believe it. *International Journal of Advertising*, 27(1), 99–131.
7. Grivec, M. (2012). Trženje zdravil v luči gospodarske krize. V J. Starc (ur.), *Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU* (str. 200–210). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede in Visoka šola za upravljanje in poslovanje.
8. Grivec, M. (2017). Vpliv oglaševanja zdravil na potrošnike in zdravnike (Doktorska disertacija). Novo mesto: Fakulteta za poslovne in upravne vede.
9. Haleus, J. in Faganel, A. (2022). Pomembne marketinške strategije za doseganje učinkovitosti podjetja. *Revija za univerzalno odličnost: RUO*, letn. 11(1), 1–24.
10. Ivanko, Š. (2007). Raziskovanje in pisanje del. Metodologija raziskovanja in pisanja strokovnih in znanstvenih del. Kamnik: Cubus image d.o.o.
11. Jacović, A. (2016). Tekoči izdatki za zdravstveno varstvo so bili v 2014 višji kot v 2013, znašali so 3.188 milijonov EUR. Pridobljeno s <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/5700>.
12. Ladeira, W. J. idr. (2011). Drug prescription practices in Brazil: a structural equation model. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 5(4), 262–278.

13. Perri, M. in Nelson, A. A. (1987). An Exploratory Analysis of Consumer Recognition of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Medications. *Journal of Health Care Marketing*, 7(1), 9–17.
14. Rebernik, A. (2011). Za zdravila na recept smo porabili 474,3 milijona evrov. Pridobljeno s <http://www.siol.nwt/novice/zdravje/2011/09/uporabazdravil.aspx>.
15. Trzaskowski, J. (2011). Behavioural Economics, Neuroscience, and the Unfair Commercial Practises Directive. *J Consum Policy*, 34(377–392).
16. Zelenika, R. (1990). Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela. Ljubljana: Partizanska knjiga.

Znanje opće populacije o ginekološkim karcinomima i mjere prevencije

UDK 616-006:618.1+616-07

KLJUČNE RIJEČI: ginekološki karcinomi, PAPA test, prevencija, medicinska sestra

POVZETEK – U skupinu ginekoloških karcinoma ubrajaju se karcinom vrata maternice, karcinom jajnika, jajovoda endometrija, rodnice i stidnice. Karcinom vrata maternice, drugi je prema učestalosti kod žena, odmah iza karcinom dojke. Cilj istraživanja bio je utvrditi razinu informiranosti žena o skupini ginekoloških karcinoma i mjerama prevencije. Istraživanje je provedeno u periodu od 20.-30. travnja 2022. godine te je u njemu sudjelovalo 149 osoba ženskog spola. Dobiveni rezultati pokazuju kako je većina sudionica informirana o vrstama ginekoloških karcinoma, simptomima i rizičnim čimbenicima, no isto tako smatraju ženka populacija nije dovoljno informirana o istima. Također, veliki udio njih (69,2 %) redovito odlazi na ginekološke preglede i radi PAPA test. Temeljem dobivenih rezultata, može se zaključiti kako je ženska populacija u Republici Hrvatskoj dobro informirana o ginekološkim karcinomima te redovito odlazi na preventivne preglede. Nadalje, postoji potreba za kontinuiranom edukacijom i informiranjem o navedenoj tematici te motivacijom žena za odlazak na redovite preventivne preglede kako bi se bolest mogla otkriti u ranom stadiju i započeti njeno liječenje.

UDC 616-006:618.1+616-07

KEYWORDS: gynecological cancers, PAPA test, prevention, nurse

ABSTRACT – The group of gynecological cancers includes cancer of the cervix, ovary, fallopian tube, endometrium, labia and pubis. Cervical cancer is the second most common cancer in women, right after breast cancer. The aim of the research was to determine the level of information among women about the group of gynecological cancers and prevention measures. The research was conducted in the period of 20-30 April 2022 and included 149 women. The results show that most of the participants are informed about the types of gynecological cancers, symptoms and risk factors, but they also believe that the female population is not sufficiently informed about them. Also, a large proportion of them (69.2%) regularly go for gynecological examinations and do a PAPA test. Based on the obtained results, it can be concluded that the female population in the Republic of Croatia is well informed about gynecological cancers and regularly goes for preventive examinations. Furthermore, there is a need for continuous education and information on the mentioned topic, and for motivating women to go for regular preventive examinations so that the disease can be detected at an early stage and its treatment can be started.

1 Uvod

Ginekološki karcinomi su karcinomi koji su vezani za ženski spolni sustav. Pod nazivom ginekološki karcinomi spadaju: karcinom vrata maternice, karcinom jajnika i jajovoda, karcinom endometrija, karcinom rodnice i karcinom stidnice. Od svih karcinoma, prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZJZ, 2022), ginekološki karcinomi čine 18 do 20 % u žena. Karcinom endometrija najčešći je ginekološki zloćudni tumor u razvijenim zemljama, te četvrti najčešći karcinom u žena (Morice idr., 2016). Najčešći ginekološki karcinom koji se javlja je karcinom vrata maternice koji se nalazi na drugom mjestu karcinoma nakon karcinoma dojke u žena (Čorušić i Škratić, 2006). Od karcinoma vrata maternice godišnje u svijetu oboli 500.000 žena, a 270.000 njih premine (Habek, 2017). Karcinom vrata maternice najčešće se javlja u mlađoj dobnoj skupini, a najučestaliji rizični čimbenik je infekcija humanim papiloma

virusom (HPV). Zahvaljujući probiru, PAPA testu i prevenciji, incidencija karcinoma vrata maternice se smanjila za 30 %. Jedna od preventivnih mjera je cijepljenje protiv HPV-a, koje je dostupno u Hrvatskoj od 2007. godine, a od 2016. godine je i u redovitom programu cijepljenja za učenike i učenice osmih razreda. Karcinom jajnika i jajovoda nalazi se na šestom mjestu prema učestalosti u žena. Najčešće se javlja između 50-te i 70-te godine života, a rizični čimbenici su nerotkinje i neplodnost, a smanjeni rizik je kod žena koje upotrebljavaju oralne kontracepcije, koje su rodile i kod dojilja. Karcinom endometrija je karcinom tijela maternice, najčešće se javlja kod žena u menopauzi, no može se javiti i u premenopauzi i nešto manje kod žena mlađih od 40 godina. Rizični čimbenici koji mogu dovesti do karcinoma endometrija su pretilost, diabetes mellitus, hipertenzija, menopauza, nerađanje, genetika i dr. Karcinom rodnice javlja se puno rjeđe od ostalih ginekoloških karcinoma, svega 1–2 % i kad se pojavi, većinom su to presadnice karcinoma vrata maternice, endometrija i stidnice. Karcinom rodnice javlja se u starijoj životnoj dobi ali i mlađoj životnoj dobi, ovisno o vrsti karcinoma. Karcinom stidnice također se javlja češće i čini 4 % ginekoloških karcinoma. Karcinom stidnice i karcinom rodnice povezan je s infekcijom HPV tipovima 16 i 18 (Đukić idr., 2020). Svaki ginekološki karcinom podijeljen je na četiri stadija putem FIGO-klasifikacije. Preživljavanje oboljelih kod svih najčešćih karcinoma se povećalo, osim karcinoma tijela i vrata maternice (Jemal idr., 2017). Nacionalni program za rano otkrivanje raka vrata maternice je program koji se bavi javnozdravstvenim problemom tj. pojavnost karcinoma vrata maternice. Program je uveden u Hrvatsku 2012. godine kao treći program probira raka u odraslih osoba. Nacionalnim programom ranog otkrivanja raka vrata maternice obuhvaćene su sve žene u RH u dobi od 25 do 64 godine koje u okviru programa trebaju obaviti PAPA test svake tri godine. Žene na kućnu adresu dobivaju poziv za preventivni ginekološki pregled koji uključuje PAPA test. Intencija nacionalnih programa je zdravstvenom edukacijom i odgojem smanjiti prevalenciju rizičnih čimbenika te smanjiti smrtnost na način da se poveća rano otkrivanje karcinoma kod žena i poveća uspješnost liječenja (Ebling idr., 2007, str. 19). Probir Papa testom u Hrvatskoj se uspješno provodi od pedesetih godina prošlog stoljeća kod svih žena u dobi od 25 do 64 godina (Šamija idr., 2006). Nacionalni dan borbe protiv raka vrata maternice u Republici Hrvatskoj obilježava se 15. siječnja, a obilježava se kao »Dan mimoza«.

Ciljevi istraživanja su prikazati informiranost ženske populacije o ginekološkim karcinomima i Nacionalnom programu za rano otkrivanje raka te prikazati koliko žena je učinilo PAPA test u posljednjih godinu dana i koji je najčešći razlog zašto ga ne rade. Postavljena su sljedeća istraživačka pitanja: Postoje li razlike u informiranosti žena o ginekološkim karcinomima s obzirom na dob i razinu obrazovanja? Kada su žene posljednjih put učinile PAPA test? Koji je najčešći razlog zašto žene ne rade PAPA test? Na koji način žene u Republici Hrvatskoj percipiraju informiranost žena o karcinomu vrata maternice?

2 Metode rada

U istraživanju je korišten kvantitativni istraživački pristup, a kao tehnika prikupljanja podataka korištena je anketa. Anketa se distribuirala online na društvenim mrežama putem Google obrasca u periodu od 20. travnja do 30. travnja 2022. godine. Sudjelovanje u istraživanju bilo je anonimno i dobrovoljno. Za potrebe istraživanja samostalno se izradio upitnik koji se sastojao od dvadeset pitanja. U prvom dijelu upitnika, pet pitanja odnosilo se na sociodemografske podatke, a u ostalom dijelu upitnika bila su pitanja sa višestrukim odgovorima koja su se odnosila na informiranost žena o ginekološkim karcinoma i njihovim simptomima, PAPA testu te koliko često rade PAPA test i zašto ga ne rade. U istraživanju je sudjelovalo 149 sudionica. Kriterij za uključivanje u istraživanje bio je ženski spol i dob starija od 18 godina. Kriterij za

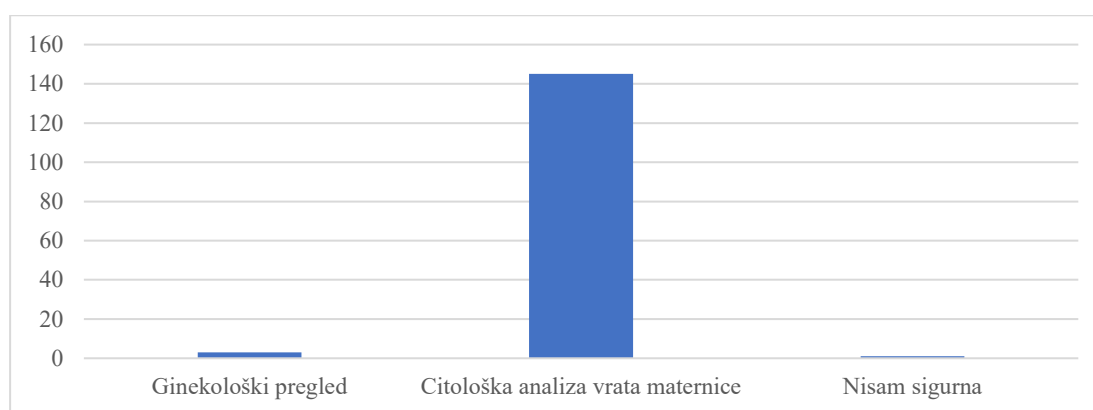
isključivanje bile su osobe muškog spola i žene mlađe od 18 godina. U radu je korištena deskriptivna statistika, a rezultati su prikazani grafički u frekvencijama i postocima.

3 Rezultati istraživanja

U istraživanju sudjelovalo je ukupno 149 sudionika ženskog spola, od čega je najviše bilo u dobi između 18 i 25 godina, njih 57 (38,3 %), dok je najmanje sudionica u istraživanju imalo 65 i više godina, njih 2 (1,3 %). Najveći broj sudionica ima završen srednji stupanj obrazovanja njih 104 (69,8 %), a završenu osnovnu školu ima 3 sudionice (2 %).

Na pitanje Što je papa test najveći broj sudionica njih 145 (97,3 %) odgovorio je točno, odnosno da je to citološka analiza obriska vrata maternice, a samo 1 (0,7 %) nije bila sigurna u odgovor (Graf 1).

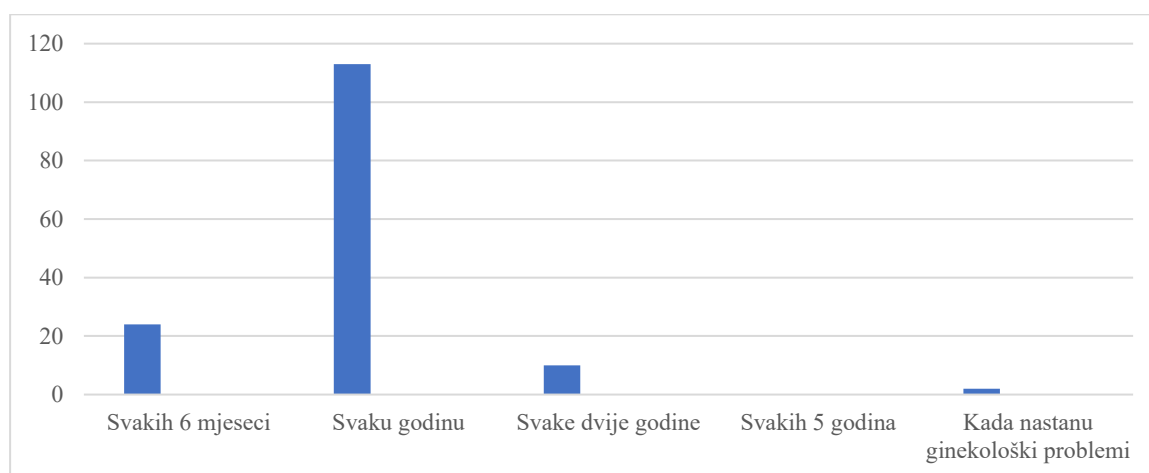
Graf 1: Prikaz odgovora na tvrdnju »Što je PAPA test?«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Najveći broj sudionica, njih 113 (75,8 %) na pitanje, koliko često je važno raditi PAPA test, odgovorila je svaku godinu. 24 (16,1%) sudionice odgovorile su svakih 6 mjeseci, a nešto manje, 10 (6,7 %) sudionica odgovorilo je svake dvije godine. 2 (1,3 %) sudionice odgovorile su da je važno raditi PAPA test kada nastanu ginekološki problemi (Graf 2).

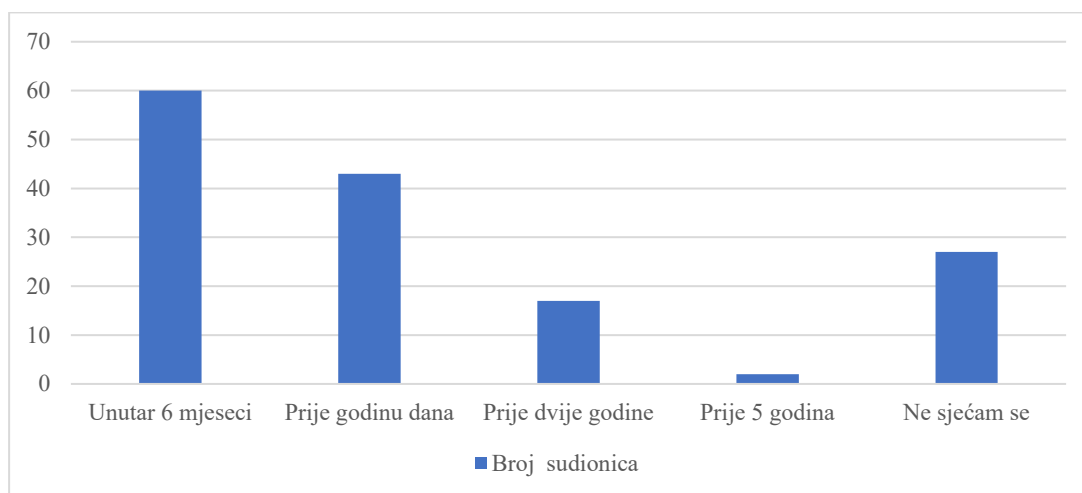
Graf 2: Prikaz odgovora na tvrdnju »Koliko često je važno raditi PAPA test?«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na pitanje Kada ste zadnji put radili PAPA test, najviše sudionica njih 60 (40,3 %) odgovorilo je unazad 6 mjeseci, njih 43 (28,9 %) odgovorilo je prije godinu dana, a najmanje sudionica napravilo je PAPA test prije pet godina, njih 2 (1,3 %) (Graf 3).

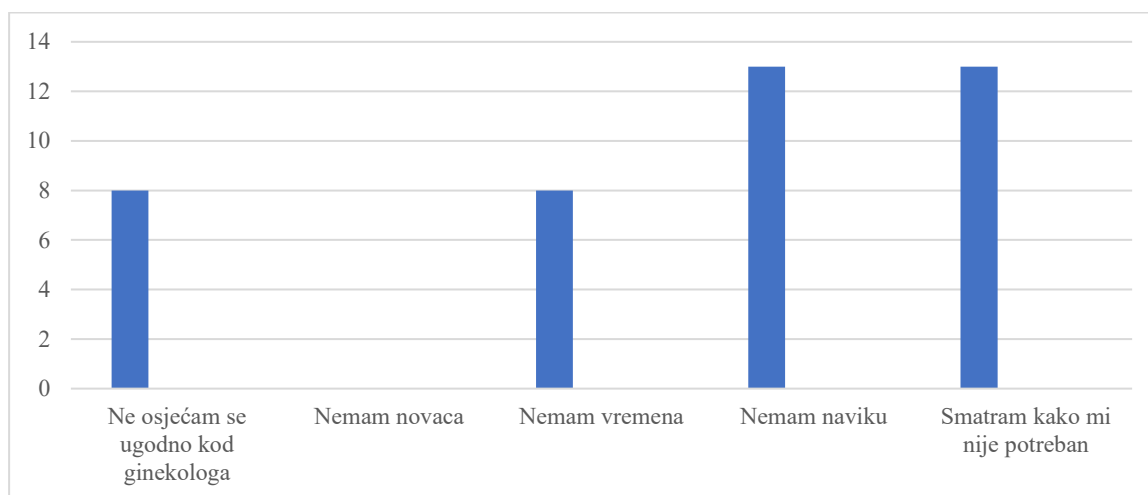
Graf 3: Prikaz odgovora na tvrdnju »Kada ste zadnji put radili PAPA test?«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na pitanje »Zašto ne radite PAPA test,« 13 (31 %) sudionica odgovorilo je da nema naviku i 13 (31 %) sudionica smatraju kako im PAPA test nije potreban. 8 (19 %) sudionica je odgovorilo da se ne osjeća ugodno kod ginekologa i da nema vremena. Ni jedna sudionica nije odgovorila da je razlog da nema novaca za pregled (Graf 4).

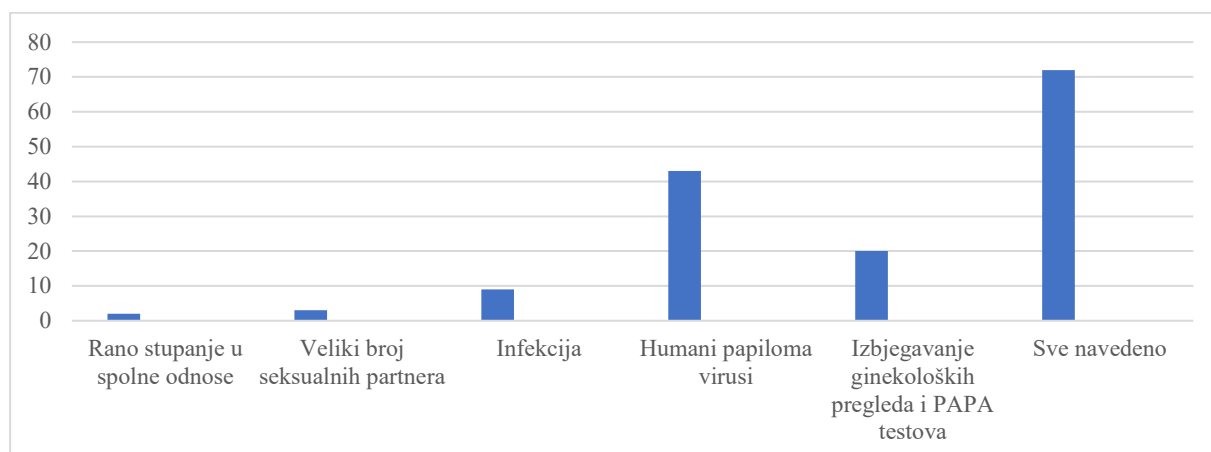
Graf 4: Prikaz odgovora na tvrdnju »Ako ne radite PAPA test, zašto ne radite?«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na pitanje »Što sve utječe kao rizični čimbenik za razvoj karcinoma vrata maternice?«, 72 (48,3 %) sudionice odgovorilo je sve navedeno, 43 (28,9 %) sudionica odgovorilo je humani papiloma virus, 20 (13,4 %) sudionica odgovorilo je izbjegavanje ginekoloških pregleda i PAPA testova, 9 (6 %) njih odgovorilo je infekcija, 3 (2 %) njih odgovorilo je veliki broj seksualnih partnera, a 2 (1,3 %) ispitanice su odgovorile rano stupanje u spolne odnose (Graf 5).

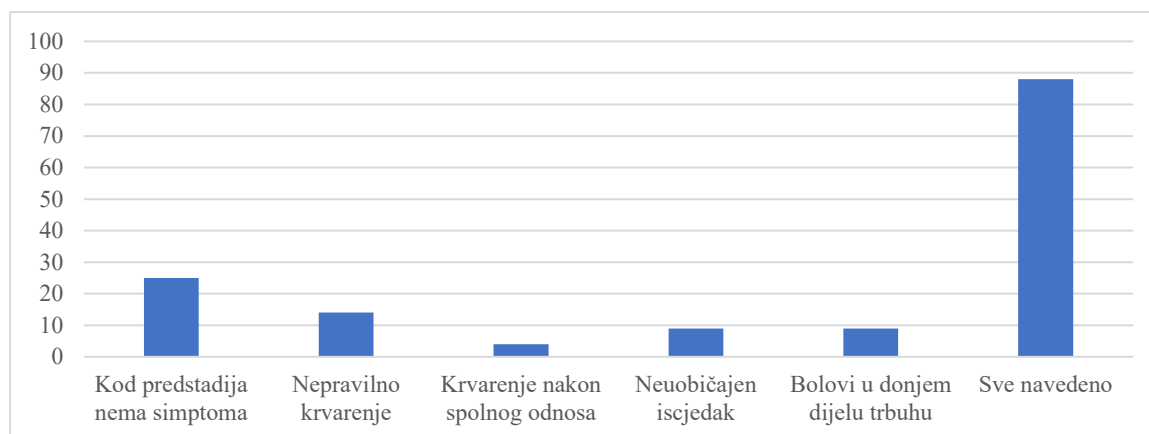
Graf 5: Prikaz odgovora na tvrdnju »Što sve utječe kao rizični čimbenik za razvoj karcinoma vrata maternice«?



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na pitanje »Koji su simptomi vrata maternice?« 88 (59,1 %) sudionica odgovorilo je sve naveden, 25 (16,8 %) sudionica odgovorilo je da kod predstadija nema simptoma, a samo 4 sudionice (2,7 %) odgovorilo je krvarenje nakon spolnog odnosa (Graf 6).

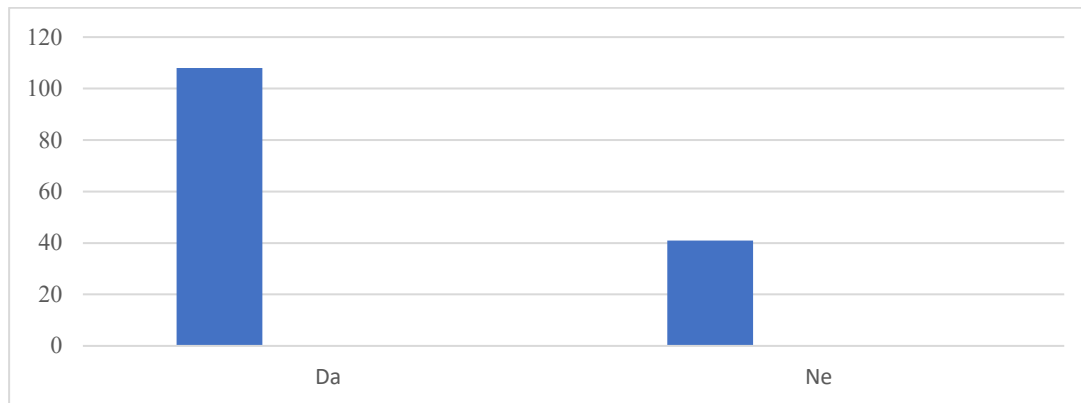
Graf 6: Prikaz odgovora na tvrdnju »Koji su simptomi karcinoma vrata maternice?«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

Na pitanje »Jeste li znali za Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice«, 108 (72,5 %) sudionica odgovorilo jesa, da dok ih je 41 (27,5 %) odgovorilo da nije znalo za navedeni program (Graf 7).

Graf 7: Prikaz odgovora na tvrdnju »Jeste li znali za Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice«



Izvor: Anketni upitnik, 2022.

4 Rasprava

Provedenim istraživanjem može se zaključiti da je većina žena upućena o ginekološkim karcinomima. Većina sudionica pripadala je dobnim skupinama od 18 do 25 godina, njih 38,3 %. Najviše sudionica ima završenu srednju školu, njih 69,8 %. Na pitanje kad su zadnji put napravile PAPA test, 40,3 % sudionica odgovorilo da su unazad 6 mjeseci radile PAPA test, dok ih se 18,1 % ne sjeća kad su zadnji put napravile PAPA test. Kao razlog ne rađenja PAPA testa 31 % sudionica smatra kako im nije potreban i da nemaju naviku rađenja PAPA testa, a 19 % sudionica se ne osjeća ugodno kod ginekologa te nema vremena za obaviti pregled što nažalost nije dobar pokazatelj jer u Republici Hrvatskoj u jednoj godini oboli više od 300 žena od raka vrata maternice (Šekerija idr., 2020, str. 49). Rezultati istraživanja provedenog u Vijetnamu pokazuju da od 30 žena, 15,5 % ih je barem jednom u životu radilo PAPA test, a rezultati istraživanja u Turskoj u kojem je sudjelovala 321 žena, 49,5 % sudionica radi PAPA test redovito dok preostalih 50,5 % ne radi PAPA test (Tekereci idr., 2022). Većina sudionica njih 75,8 % smatra kako je važno raditi PAPA test svaku godinu, dok 16,1 % sudionica smatra da je PAPA test potrebno raditi svakih 6 mjeseci. Istraživanja pokazuju da se postotak preživljenja raka vrata maternice može značajno poboljšati preventivnim mjerama kao što je rano postavljanje dijagnoze i pravodobno liječenje (Pitner idr., 2017, str. 192). 97,3 % sudionica smatra da je najučestalija vrsta karcinoma karcinom vrata maternice. U Američkom istraživanju u kojem je sudjelovalo 132 žena također je najčešći odgovor bio karcinom vrata maternice, jajnika i maternice, dok sudionicima druge vrste karcinoma rodnice i stidnice nisu bile poznate (Cooper Purvis idr., 2011). Većina sudionica, njih 70,5 %, smatra, da je dob od 36–50 godina pod najvećim rizikom za razvoj karcinoma vrata maternice. 83,9 % sudionica smatra da je glavni uzrok za nastanak karcinoma vrata maternice Humani papiloma virus (HPV) što se slaže provedenim istraživanjem čiji su rezultati pokazali da su HPV i podtipovi 16 i 18 usko vezani s pojavom karcinoma vrata maternice (Vrdoljak idr., 2013). 48,3 % sudionica smatra da sve navedeno (rano stupanje u spolne odnose, veliki broj seksualnih partnera, infekcija, HPV, izbjegavanje ginekoloških pregleda i PAPA testova) utječe na razvoj karcinoma vrata maternice. 72,5 % sudionica zna za »Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice«, a 27,5 % ne. Najveća problematika incidencije karcinoma vrata maternice upravo je ne provođenje probira. Prema istraživanjima u Sjedinjenim američkim državama 60 % žena s potvrđenim rakom vrata maternice nikada nije napravilo PAPA test ili ga nije napravilo u posljednjih pet godina (Petrosky idr., 2017, str. 303).

5 Zaključak

Na temelju istraživanja može se zaključiti da je većina sudionica dovoljno informirana o ginekološkim karcinomima. Također sudionice smatraju da žene u Republici Hrvatskoj općenito nisu dovoljno informirane o ginekološkim karcinomima te bi se to moglo poboljšati time da se u škole uvedu predavanja o ginekološkim karcinomima, ali između ostalog i o ostalim karcinomima. Važno je spomenuti, da više od 15 % sudionica nije znalo za »Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice« kao važan program o prevenciji, sprječavanju i ranom otkrivanju karcinoma vrata maternice. Svrha i cilj Nacionalnog programa za rano otkrivanje raka vrata maternice je poboljšati rezultate uključivanja žena u probir, smanjiti rizik za oboljevanje, što ranije otkriti rak vrata maternice te smanjiti incidenciju smrtnosti od raka vrata maternice, no to se može postići samo ako se dovoljno žena informira o karcinomu vrata maternice i uključi u program (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022).

LITERATURA

1. Cooper Purvis, C., Polonec, L. in Gelb, C. A. (2011). Women's Knowledge and Awareness of Gynecologic Cancer: A Multisite Qualitative Study in the United States.
2. Ćorušić, A. in Škratić, L. (2006). Infekcija humanim papilomavirusom i karcinom vrata maternice. *Medicus*, 15(2). Pridobljeno s <https://hrcak.srce.hr/clanak/28287>.
3. Đukić, A., Lulić, L., Thomas, M. idr. (2020). HPV Oncoproteins and the Ubiquitin Proteasome System: A Signature of Malignancy? *Pathogens*, 9(2), 133.
4. Ebling, Z., Strnad, M. in Šamija, M. (2007). Nacionalni program prevencije i ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. *Medicinski Vjesnik*, 39(1–4), 19–29
5. Habek, D. (2017). *Ginekologija i porodništvo*. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). Pridobljeno s <https://necurak.hzjz.hr/o-programu/nacionalni-preventivni-program-npp-ranog-otkrivanja-raka-vrata-maternice/>.
7. Jemal, A., Ward, E. M., Johnson, C. J. idr. (2017). Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst.*, 109(9).
8. Morice, P., Leary, A., Creutzberg, C. idr. (2016). Endometrial Cancer. *The Lancet.*, 387(10023), 1094–1108.
9. Petrosky, E., Bocchini, J. A., Hariri, S. idr. (2015). Use of 9-Valent Human Papillomavirus (HPV) Vaccine: Updated HPV Vaccination Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 64, 300–304.
10. Pitner, I., Djuric Orsag, N., Škratić, B. idr. (2017). Colposcopy Significance in Cervical Premalignant Lesions during Pregnancy. *J Gynecol Surg.*, 33, 189–192. <https://doi.org/10.1089/gyn.2017.0023>
11. Šamija, M., Strnad, M., Ebling, Z. idr. (2006). Prijedlog Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj. *Med Vjesn.*, 39(1–4), 19–29.
12. Šekerija, M., Bubanović, Lj., Novak, P. idr. (2020). Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2017. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Bilten 42(42).
13. Tekereci, G., Arslan, Ü. Ö. in Öncel, S. (2022). The Awareness Levels of Women for Gynecologic Cancer in Turkey: A Cross-sectional Study. *Int J Gynaecol Obstet*, 156(3), 539–545. doi: 10.1002/ijgo.13745
14. Vrdoljak, E., Šamija, Z., Kusić, Z. idr. (2013). *Klinička onkologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Učinkovitost udarnih globinskih valov pri kalcinirajoči tendinozi mišice supraspinatus

UDK 615.8:616.727.2

KLJUČNE BESEDE: udarni globinski valovi, kalcinirajoča tendinoza, bolečina, gibljivost, resorpcija kalcinata

POVZETEK – Kot alternativa, ko konzervativno zdravljenje kalcinirajoče tendinoze mišice supraspinatus ni uspešno, in pred kirurškimi posegi, predstavljajo udarni globinski valovi (UGV) zelo uporabno fizioterapevtsko orodje. Namen raziskave je bil ugotoviti, kako starost vpliva na učinke terapije z UGV, kakšno je izboljšanje aktivne gibljivosti ramenskega sklepa po terapiji z UGV ter kako terapija z UGV vpliva na subjektivno oceno bolečine. V retrospektivno raziskavo je bilo vključenih 60 pacientov v starosti od 34 do 64 let, ki so bili v novomeškem območju v obdobju od decembra 2015 do julija 2018 ambulantno zdravljeni z UGV. Kot merilni inštrument smo uporabili fizioterapevtska poročila, meritve aktivne gibljivosti ramenskega obroča in 11-stopenjsko številčno lestvico. Subjektivna ocena bolečine je pokazala, da se je bolečina po terapijah z UGV v povprečju zmanjšala za 3,83 stopnje s SO 2,48, pri 5 pacientih je bolečina ostala nespremenjena. Po terapijah z UGV je prišlo do izboljšanja aktivne gibljivosti abdukcije pri 36 pacientih (60 %), medtem ko se pri 24 pacientih (40 %) aktivna gibljivost abdukcije ni izboljšala. UGV so učinkoviti pri zdravljenju kalcinirajoče tendinoze mišice supraspinatus, kar potrjuje hipoteza, s katero smo predvidevali statistično značilno povečanje aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa pri 50 % obravnavanih. Učinek terapije z UGV se kaže v zmanjšanju bolečine. Potrdili smo hipotezo, ki govori, da terapija z UGV statistično značilno ($p = 0,000$) spreminja subjektivno oceno bolečine.

UDC 615.8:616.727.2

KEYWORDS: extracorporeal shock waves, calcifying tendinosis, pain, flexibility, resorption of calcification

ABSTRACT – As an alternative to unsuccessful conservative treatment of calcifying tendinosis of supraspinatus and before surgery, extracorporeal shock wave therapy (ESWT) has proven to be a useful tool in physiotherapy. The aim of the study was to examine the influence of age on the results with ESWT, the improvements in active flexibility of shoulder joint after the therapy and the effects of the therapy on subjective assessment of pain. The retrospective survey included 60 patients (32 female and 28 male), aged 34 to 64, from the Novo mesto area who, in the period between December 2015 and July 2018, underwent treatment with ESWT as outpatients. Reports from physiotherapists, measurements of active abduction flexibility of the shoulder joint and 11-point numerical scale were used as measuring instruments. The subjective pain assessment showed the relief of pain after treatments with ESWT for most patients, on average for 3.38 degrees with SO 2.48; five patients reported no change in pain levels. After ESWT, an improved active abduction flexibility was detected in 36 patients (60%), while in 24 patients (40%), there was no noticeable improvement in active abduction flexibility. ESWT is effective in the treatment of calcifying tendinosis of the supraspinatus muscle, which confirmed the hypothesis assuming statistically significant increase of active abduction flexibility of the shoulder joint in 50% of the patients. The effects of the ESWT therapy can also be seen in pain relief. This confirmed our hypothesis that the ESWT changes the subjective assessment of pain with statistical significance ($p = 0,000$).

1 Teoretična izhodišča

Kalcinirajoča tendinoza (KT) rotatorne manšete je boleče stanje zaradi prisotnosti kalcinatnih depozitov oziroma kristalov kalcijevega hidroksiapatita znotraj ali okoli tetiv mišic rotatorne manšete. Kot alternativa, ko klasično konzervativno zdravljenje KT rotatorne manšete ni uspešno, in pred kirurškimi posegi, predstavljajo udarni globinski valovi (UGV) zelo uporabno fizioterapevtsko orodje.

Namen raziskave je bil ugotoviti učinkovitost UGV pri KT mišice supraspinatus. Cilji raziskave so bili:

- raziskati vpliv starosti na učinke terapije z UGV,
- ugotoviti, kakšno je izboljšanje aktivne gibljivosti ramenskega sklepa po terapiji z UGV,
- ugotoviti, kako terapija z UGV vpliva na subjektivno oceno bolečine.

Na podlagi opredeljenega raziskovalnega problema in ciljev raziskave smo postavili naslednje hipoteze:

- *H1*: Predvidevamo, da obstaja povezava med starostjo in učinki terapije z UGV.
- *H2*: Predvidevamo statistično značilno povečanje aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa pri 50 % obravnavanih.
- *H3*: Terapija z UGV statistično značilno spreminja subjektivno oceno bolečine.
- *H4*: Predvidevamo, da ne bo statistično značilne razlike aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa med spoloma.

1.1 Kalcinirajoča tendinoza rotatorne manšete

Kalcinatni depoziti so v 80 % prisotni v tetivi mišice supraspinatus, v 15 % v tetivi mišice infraspinatus in v 5 % v tetivi mišice subscapularis (Diehl idr., 2011; Verstraelen idr., 2014; Moya idr., 2015). Najpogosteje prizadeto področje v tetivi mišice supraspinatus je 1,5–2 cm proksimalno od prijemališča na velikem tuberklu (Diehl idr., 2011; Verstraelen idr., 2014), v tako imenovani kritični coni, ki je posledica slabe vaskularizacije (Sansone idr., 2018). Je pogosto obolenje, ki se praviloma pojavi v drugi polovici življenja, najpogosteje med 30 in 50 letom starosti (Diehl idr., 2011; Umamahesvaran idr., 2018) oziroma med 40 in 60 letom starosti (De Carli idr., 2014). Pojavnost pri različnih avtorjih variira med 2,7 % in 22 % (Umamahesvaran idr., 2018), pogosteje se pojavi pri ženskah (De Carli idr., 2014), medtem ko nekateri avtorji navajajo enako pojavnost pri ženskah in moških (Diehl idr., 2011; Verstraelen idr., 2014), bilateralna pojavnost je v 10–20 % primerov (Umamahesvaran idr., 2018). Znano je, da KT prizadene ljudi, katerih poklic zahteva položaj roke v notranji rotaciji z rahlo abdukcijo, kot so delavci v proizvodnji, blagajničarji, krojači (Sansone idr., 2018) oziroma sedeči delavci in gospodinje (Merolla idr., 2016).

Vzrok nastanka kalcinacij do danes še ni popolnoma znan. Opisane so različne hipoteze patološkega procesa: degeneracija, ponavljajoče se travme, nekroza tenocitov, endohodralna osifikacija. KT je lahko posledica celično posredovanega procesa, v katerem po fazi odlaganja kalcija sledi spontana resorpcija kalcinativ. V nekaterih primerih je ta naravni proces samozdravljenja moten, tako ostaja pomembno število simptomatskih bolnikov brez radiografskih dokazov o izboljšanju (Sansone idr., 2018). Druge teorije predvidevajo vključitev drugih dejavnikov, kot so: kemični dejavniki, ki povzročajo odlaganje kalcija, proliferacija celic, tvorba protivnetnih sredstev, nenormalna aktivnost ščitnice, presnovne bolezni (diabetes) in genetska predispozicija za tvorbo kalcinatnih depozitov (De Carli idr., 2014).

Glavni klinični znak je bolečina, ki je lahko ali pa ni povezana z akutnim ali postopnim zmanjševanjem aktivne gibljivosti ramenskega sklepa. Akutna bolečina je pogosto povezana z

začetkom bolezni, vendar so lahko kalcinatni depoziti v 20 % asimptomatski. Mišični spazem, vnetje subakromialne burze (burzitis) in vnetje dolge glave bicepsa določajo simptomatske dejavnike. Bolečina je v večini primerov povezana z akutno fazo bolezni (Merolla idr., 2016).

Diagnoza se postavlja z anamnezo, kliničnim pregledom, radiografijo, ultrasonografijo ali magnetno resonanco (Diehl idr., 2011; De Carli idr., 2014; Umamahesvaren idr., 2018; Sansone idr., 2018).

Čeprav je bilo predlaganih več načinov zdravljenja, so si klinični rezultati nasprotujoči in pogosto indikacija za dano zdravljenje ostaja stvar izbire zdravnika (Merolla idr., 2016). Zdravljenje je v začetku konzervativno, simptomatsko usmerjeno, neinvazivno in vključuje počitek (razbremenitev zgornjega uda), analgetike, nesteroidna protivnetna zdravila, fizikalno terapijo (krioterapija, ultrazvok), manualno terapijo ter subakromialno infiltracijo kortikosteroidov. Konzervativno zdravljenje je učinkovito v 90–99 % primerov, kirurško zdravljenje (artroskopski debridement ali subakromialna dekompresija) je indicirano v redkih primerih (Bannuru idr., 2014; Moya idr., 2015). Kot novejši način zdravljenja avtorji navajajo udarne globinske valove (UGV), iglanje in terapijo s trombocitno plazmo (Sansone idr., 2018).

1.2 Udarni globinski valovi

Že pred 20 leti so bili v literaturi kot možen način zdravljenja pri tendinopatijah rame omenjeni UGV (Uhthoff in Loehr, 1997). Učinki delovanja UGV so posledica mehanotransdukcije, ki spremeni mehanski dražljaj v biokemične signale v celici, kar povzroči različne reakcije v tarčnem tkivu. V terapevtske namene se uporablja fokusirane udarne globinske valove (FUGV) in radialne udarne globinske valove (RUGV). Pri FUGV se enkratno akustični pulz generira z elektrohidravličnim, elektromagnetnim in piezoelektričnim principom. Reflektorji določene oblike nato usmerijo in spremenijo akustične pulze v fokusirane akustične udarne valove, ki imajo točko najvišjega tlaka znotraj ciljnega tkiva. RUGV delujejo na balističnem principu, ki pošlje projektil po cevi znotraj aparata do kovinskega aplikatorja na koži, ki prenese udarne valove v tkivo, točka najvišjega tlaka je tik ob aplikatorju (Schmitz idr., 2015). Znano je, da terapija z UGV zmanjša bolečino, pozitivno uravnava vnetni proces, povzroči neoangiogenezo in spodbudi aktivnost matičnih celic. Vse to izboljša regeneracijo celic in tkiv (d'Agostino idr., 2015). Moya in sodelavci (2015) so v preglednem članku podali z dokazi podprta dosedanja vedenja UGV pri kalcinirajoči tendinopatiji tetiv mišic rotatorne manšete. Kljub temu da mehanizem resorpcije kalcinotov še ni v celoti pojasnjen, različni avtorji dajejo prednost uporabi UGV zaradi učinkovitosti glede zmanjšanja bolečine, izboljšanja funkcije zgornjega uda, resorpcije kalcinotov, zmanjšanja časa okrevanja in zmanjšanja stroškov zdravljenja. Tornese in sodelavci (2011) so ugotovili, da je bila resorpcija kalcinotov večja pri pacientih, pri katerih so UGV izvajali v položaju zgornjega uda v retrofleksiji in notranji rotaciji (66,6 %), v primerjavi s pacienti, ki so imeli zgornji ud v nevtralnem položaju. Če je ramenski sklep v nevtralnem položaju, je večina tetiv mišic rotatorne manšete prekrita z nad njimi ležečim akromionom. Pri položaju ramenskega sklepa v retrofleksiji in notranji rotaciji pa se tetive rotatorne manšete obrnejo anteriorno in so tako bolj izpostavljene.

Nekateri avtorji navajajo, da so rezultati UGV boljši pri nehomogenih kalcinatih, medtem ko drugi avtorji pričakujejo boljše rezultate glede homogenih kalcinotov z operacijo (Moya idr., 2015). Avancini Dobrović in sodelavci (2012) so z retrospektivno študijo, v katero je bilo vključenih 60 bolnikov s kalcinirajočim tendinitisom rame, ki so bili zdravljeni s FUGV ali RUGV, dokazali statistično značilno kratkoročno in dolgoročno izboljšanje glede zmanjšanja bolečine in povečanja obsega aktivne gibljivosti ramenskega obroča. Radiološke preiskave pred zdravljenjem z UGV in 6 mesecev po zdravljenju z UGV so pokazale statistično značilno zmanjšanje velikosti kalcinata. Do statistično značilnega zmanjšanja gostote kalcinata je prišlo pri zdravljenju s FUGV, pri določenem številu bolnikov pa je prišlo do popolne resorpcije

kalcinata. Chou in sodelavci (2017) so objavili študijo o prognostičnih dejavnikih za izid UGV pri kalcinirajočem tendinitisu rame. Rezultati so pokazali, da se je od 241 simptomatskih ram popolna resorpcija kalcinacije pojavila pri 134, pri ostalih 107 je prišlo do nepopolne resorpcije. Kalcinacija tipa I po Gärtnerju je bila najpogostejša (64,5 %) v skupini nepopolne resorpcije, povprečno trajanje simptomov pred UGV je bilo v skupini nepopolne resorpcije bistveno daljše. Na splošno je bilo brez simptomov 81 % skupine s popolno resorpcijo in 23,4 % skupine z nepopolno resorpcijo. Trajanje simptomov, tip kalcinacije in velikost kalcinacije so pomembni prognostični dejavniki.

UGV so postali sprejemljiva in priljubljena neinvazivna možnost obravnave tetiv in ostalih patologij mišično-skeletnega sistema. Predhodne študije o tendinopatijah kažejo, da so lahko UGV enako ali še bolj učinkoviti kot ostale oblike zdravljenja, vključno z ekscentrično vadbo, injekcijami steroidov, injekcijami plazme bogate s trombociti ali operacijo. UGV so dokazano učinkovita, varna, neinvazivna metoda zdravljenja pri KT (Schmitz idr., 2015). Čeprav natančen mehanizem delovanja UGV ni popolnoma pojasnjen, se zaradi dobre klinične prakse povečuje povpraševanje pacientov po tej obliki terapije (Visco idr., 2014).

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na deskriptivni in kavzalno-eksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja. Pacienti so opravili 5 terapij s FUGV in RUGV v razmiku 1 do 2 tednov. Vsako terapijo so prejeli 2000 udarcev FUGV pri najvišji gostoti energijskega toka, ki so jo lahko prenesli, oziroma gostota energijskega toka ni presegala $0,25\text{mJ/mm}^2$ in 4000 udarcev RUGV pri frekvenci 15 Hz in najvišjemu tlaku, ki so ga lahko prenesli. Položaj ramenskega sklepa med aplikacijo UGV je bil v retrofleksiji in notranji rotaciji ramenskega sklepa (polsedeči položaj, z roko pod zadnjico in z dlanjo, obrnjeno proti mizi). Pred začetkom in na koncu obravnave so imeli narejene meritve aktivne gibljivosti ramenskega obroča in subjektivno oceno stopnje bolečine z uporabo številčne lestvice.

2.2 Opis instrumenta

V raziskavi smo uporabili naslednje inštrumente: fizioterapevtska poročila, meritve aktivne gibljivosti ramenskega obroča in numerično oziroma 11-stopenjsko številčno lestvico za subjektivno oceno bolečine, kjer 0 predstavlja stanje brez bolečine in 10 najhujšo možno bolečino. Fizioterapevtska poročila so vsebovala demografske podatke, kratko anamnezo pacienta, število opravljenih terapij s FUGV in RUGV in uporabljene parametre pri aplikaciji UGV. Aktivna gibljivost ramenskega sklepa je bila merjena s plastičnim goniometrom stoje pri izvedbi istočasnega obojestranskega giba elevacije skozi abdukcijo v skapularni ravnini.

2.3 Opis vzorca

Vzorec je bil namensko in ciljno izbran. V raziskavo je bilo vključenih 60 pacientov (32 žensk, 28 moških) v starosti od 34 do 64 let, ki so bili v obdobju od decembra 2015 do julija 2018 v Ambulanti Genus zdravljeni z UGV (aparatus DUOLITH SD 1 Tower, STORZ MEDICAL AG, Tägerwilen, Švica). Pacienti so imeli s pomočjo ultrazvoka ali rentgenskega slikanja diagnosticiran kalcinat na tetivi mišice supraspinatus. Izključitveni kriteriji so bili sledeči: pridružene patologije vratne hrbtenice in rame (cervikobrahialgije, degenerativne spremembe in poškodbe rotatorne manšete), konzervativno zdravljenje v obdobju 6 tednov pred terapijo z UGV.

Vzorec smo glede na starost razdelili v 3 skupine, in sicer: v prvo skupino je bilo vključenih 15 pacientov v starosti 34–46 let, v drugo skupino je bilo vključenih 23 pacientov v starosti 47–55 let, v tretjo skupino pa je bilo vključenih 22 pacientov v starosti 56–64 let.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Pri zbiranju in urejanju podatkov je bila izbrana metoda dela retrospektivni pregled medicinske dokumentacije (fizioterapevtskih poročil in ultrazvočnih izvidov) ter analiza medicinske dokumentacije pacientov, ki so bili v obdobju od decembra 2015 do julija 2018 ambulantno obravnavani v Ambulanti Genus. Podatke smo obdelali v programu SPSS 22.0 in jih predstavili v obliki tabel.

3 Rezultati

3.1 Opisna statistika bolečina

Povprečna ocena bolečine pred prvo terapijo je bila 7,95 s SO 2,15. Najnižja zabeležena bolečina je bila 4, najvišja pa 11. Povprečna ocena bolečine po zadnji terapiji je bila manjša, in sicer 4,11 s SO 2,29. Najnižja zabeležena bolečina je bila 1, najvišja pa 10. V povprečju se je pacientom bolečina zmanjšala za 3,83 stopenj s SO 2,48. Pri 5 pacientih je bolečina ostala nespremenjena, medtem ko se je enemu pacientu bolečina zmanjšala za 10 stopenj.

3.2 Opisna statistika gibljivost

Povprečna gibljivost abdukcije pred prvo terapijo je bila 125,83° s SO 41,4°, kar pomeni, da je bila najnižja gibljivost abdukcije 30°, največja pa 170°. Po zadnji terapiji je bila povprečna gibljivost abdukcije 149,42° s SO 35,7°. To pomeni, da je bila najnižja gibljivost abdukcije prav tako 30°, največja pa prav tako 170°, ampak se je po podatkih struktura oseb, ki so imele pred tem slabšo ali boljšo gibljivost, spremenila. Povprečna sprememba gibljivosti abdukcije je bila 23,58° s SO 34,79°, kar pomeni, da je bil minimum –95°, maksimum pa 110°. To pomeni, da se je nekemu gibljivost abdukcije po zadnji terapiji celo zmanjšala. Ista gibljivost abdukcije je bila zabeležena pri 23 pacientih.

3.3 Analiza hipotez

H1: Predvidevamo, da obstaja povezava med starostjo in učinki terapije z UGV.

Hipotezo smo preverjali s statističnim testom linearna regresija, s katerim smo iskali povezavo med odvisno spremenljivko bolečina razlika in neodvisno spremenljivko starost ter med odvisno spremenljivko gibljivost razlika in neodvisno spremenljivko starost.

Tabela 1: Povzetek modela bolečina razlika, starost

Model	R	R kvadrat	Prilagojen R kvadrat	Stand. napaka cenilke	Statistike				
					Spr. R kvadrata	F sprememba	df1	df2	Stat. značilnost F
1	0,058 ^a	0,003	-0,014	2,495	0,003	0,197	1	58	0,658

a. Prediktor (Konstanta): Starost

Vir: Lasten vir, 2019.

Regresijski koeficient je 0,058, kar pomeni, da med spremenljivko starost in bolečina razlika, ni nobene povezave, ne negativne ne pozitivne. To nakazuje tudi statistična značilnost $p = 0,658$. Iz teh podatkov lahko povzamemo, da bolečina ni odvisna od starosti.

Tabela 2: Povzetek modela gibljivost razlika, starost

Model	R	R kvadrat	Prilagojen R kvadrat	Stand. napaka cenilke	Statistike				
					Spr. R kvadrata	F sprememba	df1	df2	Stat. značilnost F spremembe
1	0,072 ^a	0,005	-0,012	34,996	0,005	0,300	1	58	0,586

a. Prediktor (Konstanta): Starost

Vir: Lasten vir, 2019.

Regresijski koeficient je 0,072, kar pomeni, da ni ne negativne ne pozitivne povezave med spremenljivko starost in gibljivost razlika. To nakazuje tudi statistična značilnost $p = 0,586$. Iz teh podatkov lahko povzamemo, da izboljšanje gibljivosti po terapijah ni odvisno od starosti. Zaključimo lahko, da ne obstaja povezava med starostjo in učinkom terapije, ker je $p > 0,05$.

H2: Predvidevamo statistično značilno povečanje aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa pri 50 % obravnavanih.

Za preverjanje te hipoteze smo uporabili neparametrični binomski test. S testom smo preverjali, ali se deleža tistih, ki so po terapiji zabeležili večjo gibljivost, in tistih, ki niso, statistično razlikujeta.

Tabela 3: Binomski test

		Kategorija	N	Opazovan delež	Test deleža	Stat. značilnost (1-tailed)
Skupina	1	Se je povečala	36	0,60	0,25	0,0
	2	Ostala enaka ali zmanjšala	24	0,40		
	Skupaj		60	1,00		

Vir: Lasten vir, 2019.

Iz tabele vidimo, da se je gibljivost abdukcije povečala 36 pacientom oziroma 60 %, gibljivost abdukcije je ostala enaka ali se je zmanjšala 24 pacientom oziroma 40 %. Obojestranska statistična značilnost $p = 0,000$. To pomeni, da obstajajo statistične razlike med deleži, ker je $p < 0,05$. S statistično gotovostjo lahko trdimo, da se je pri več kot 50 % pacientov gibljivost abdukcije po terapiji povečala.

H3: Terapija z UGV statistično značilno spreminja subjektivno oceno bolečine.

Hipotezo smo preverjali s statističnim testom parni t-test, s katerim smo preverjali, ali obstajajo razlike med ocenami bolečine pred prvo terapijo in po zadnji terapiji.

Tabela 4: Parna statistika

	Aritmetična sredina	N	Stand. odkl.	Stand. napaka aritmetične sredine
Bolečina PRED	7,950	60	2,1505	0,2776
Bolečina PO	4,117	60	2,2855	0,2951

Vir: Lasten vir, 2019.

Tabela 5: Parni t-test

	Parne spremembe					t	df	Stat. značilnost (2-tailed)
	Aritmetična sredina	Stand. odkl.	Stand. napaka aritmetične sredine	95% interval zaupanja				
				Spodnja meja	Zgornja meja			
Bolečina PRED - Bolečina PO	3,8333	2,4782	0,3199	3,1932	4,4735	11,982	59	0,0

Vir: Lasten vir, 2019.

Iz tabele 4 vidimo, da je bila povprečna ocena bolečine pred prvo terapijo 7,950, po zadnji terapiji pa 4,117. Ali so te razlike statistično značilno različne, vidimo v tabeli 5, kjer je $p = 0,000$. S statistično gotovostjo lahko trdimo, da obstajajo statistično značilne razlike pri subjektivni oceni bolečine pred terapijami in po njih, saj je $p < 0,05$.

H4: Predvidevamo, da ne bo statistično značilne razlike aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa med spoloma.

Ker nista zadoščeni normalnost porazdelitve in homogenost varianc, smo za preverjanje te hipoteze uporabili neparametrični test Kruskal Wallis.

Slika 1: Test Kruskal Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Gibljivost_razlika are the same across categories of Spol.	Independent-Samples Median Test	,567	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Gibljivost_razlika is the same across categories of Spol.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,218	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Vir: Lasten vir, 2019.

Statistična značilnost $p = 0,21$. Ker je $p > 0,05$, ne moremo trditi, da so med spoloma statistično značilne razlike. Hipotezo, s katero predvidevamo, da ne bo statistično značilne razlike aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa med spoloma, sprejmemo.

4 Razprava in zaključek

Namen raziskave je bil ugotoviti učinkovitost UGV pri KT mišice supraspinatus. Z retrospektivno študijo smo raziskali, kako terapija z UGV vpliva na subjektivno oceno bolečine, kakšno je izboljšanje aktivne gibljivosti ramenskega obroča po terapijah z UGV ter kako starost vpliva na učinke terapije z UGV. Subjektivna ocena bolečine je pokazala, da se je bolečina po terapijah z UGV zmanjšala pri večini pacientov. Od 60 pacientov, ki so bili vključeni v raziskavo, je bolečina ostala nespremenjena pri 5 pacientih. Po terapijah z UGV je prišlo do izboljšanja aktivne gibljivosti abdukcije pri 36 pacientih (60 %), medtem ko se pri 24 pacientih (40 %) aktivna gibljivost abdukcije ni izboljšala. Do podobnih ugotovitev, da zdravljenje z UGV vpliva na zmanjšanje bolečine in izboljšanje aktivne gibljivosti ramenskega obroča, je prišla tudi Avancini Dobrović s sodelavci (2012).

Pri hipotezi 1 smo predvidevali, da obstaja povezava med starostjo in učinki terapije. Zanimalo nas je, kakšno je bilo povprečno zmanjšanje bolečine in povprečno izboljšanje aktivne gibljivosti abdukcije znotraj oblikovanih starostnih podskupin. Zaradi majhne velikosti vzorca izvedba primerjave ni bila mogoča znotraj starostnih podskupin, saj zaradi premajhnega števila pacientov v posameznem podvzorcu testa ni bilo mogoče izvesti. Odgovor na hipotezo 1 je, da povezava med spremenljivkama starost in bolečina razlika ne obstaja, saj je statistična značilnost $p = 0,658$, kar pomeni, da bolečina ni odvisna od starosti. Prav tako ne obstaja povezava med spremenljivkama starost in gibljivost razlika, saj je statistična značilnost $p = 0,586$. Ugotovitve raziskave kažejo, da se aktivna gibljivost rame lahko poveča tako starejšim kot tudi mlajšim pacientom. To nakazuje, da so UGV primeren način zdravljenja tako pri starejših kot pri mlajših. S tem lahko ovržemo prvo hipotezo, ki pravi, da obstaja povezava med starostjo in učinki terapije z UGV. V primeru večjega vzorca bi statistični testi morda lahko pokazali povezanost med starostjo in učinki terapije.

Ugotovili smo, da so UGV učinkoviti pri zdravljenju KT, saj smo potrdili drugo hipotezo, s katero smo predvidevali statistično značilno povečanje aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa pri 50 % obravnavanih. Izboljšanje aktivne gibljivosti ramenskega sklepa je posledica analgezije (Saggini idr., 2015).

Učinek terapije z UGV se kaže v zmanjšanju bolečine, saj je bila povprečna ocena bolečine pred prvo terapijo 7,950, po zadnji terapiji pa 4,117. Potrdili smo tretjo hipotezo, ki govori, da terapija z UGV statistično značilno ($p = 0,000$) spreminja subjektivno oceno bolečine. Analgetski učinek UGV avtorji razlagajo s pomočjo teorije nadzora vrat (angl. gate control theory). UGV povzročijo hiperstimulacijo živčnih vlaken, kar blokira naraščanje bolečinskega stimulusa, kar ima za posledico analgetični učinek (Saggini idr., 2015). Avancini Dobrović in sodelavci (2012) navajajo, da UGV povzročijo zmanjšanje kalcinata, posledično se zmanjša iritacija okoliških tkiv, kar privede do zmanjšanja bolečine. Študija Ioppolo idr. (2012) je pokazala, da klinično izboljšanje v smislu zmanjšanja bolečine ni povezano z resorpcijo ali zmanjšanjem velikosti kalcinatnih depozitov, saj so bili ti po 6 mesecih še vedno vidni pri približno 50 % posameznikov.

Potrdili smo tudi četrto hipotezo, s katero smo predvidevali, da ne bo statistično značilne razlike aktivne gibljivosti abdukcije ramenskega sklepa med spoloma ($p = 0,218$). To pomeni, da terapija deluje na oba spola.

Pri obravnavi pacientov, ki so bili vključeni v našo raziskavo, ni bilo resnih zapletov med terapijo ali po njej, kar nakazuje, da je uporaba UGV varna metoda. Subjektivna opažanja so nakazovala, da je bila terapija s FUGV bistveno bolj boleča kot terapija z RUGV, vendar je bila bolečina kratkotrajna, prisotna med samo aplikacijo FUGV in sprejemljiva za vse posameznike. Pri večini se je po terapiji oziroma že med samo aplikacijo RUGV pojavila lokalna rdečina. Pri nekaterih pacientih je prvi ali drugi dan po terapiji prišlo do reakcije v smislu povečanja bolečine, vendar se je v večini primerov po nekaj dneh bolečina začela umirjati. V prihodnjih študijah bi bilo smiselno raziskati zgoraj navedene stranske učinke terapije. Začetno povečanje in pozneje dolgo zmanjšanje sproščanja nevrohormona, snovi P iz zdravljenega območja bi lahko pojasnilo začetno bolečino med terapijo in kmalu po njej z UGV in kasnejše trajno lajšanje bolečine (Notarnicola idr., 2012). Kot možne stranske učinke pri terapiji z UGV avtorji navajajo poleg lokalne akutne bolečine med samo aplikacijo in lokalnega eritema še petehije in manjše hematome (Moya idr., 2015). Do ugotovitve, da so UGV učinkoviti in varni, je prišel tudi Schmitz s sodelavci (2015).

Kot glavno omejitev raziskave bi izpostavili majhno velikost vzorca. Pri večjem vzorcu bi statistični testi morda lahko pokazali drugačne povezave med opazovanimi spremenljivkami, na primer povezanost med starostjo in povprečnim izboljšanjem aktivne gibljivosti abdukcije.

Za pomanjkljivost raziskave šteje dejstvo, da ni bilo vključene skupine placebo, da bi lahko razlikovali med učinki UGV in spontanimi spremembami.

Ocena stanja je bila narejena pred začetkom prve terapije in po končani peti terapiji oziroma po zaključenem zdravljenju. Smiselno bi bilo, da bi imeli daljše časovno obdobje spremljanja učinkov terapije (po treh, šestih, dvanajstih mesecih), tako bi lahko ovrednotili dolgoročni učinek terapije z UGV. Kratek čas spremljanja omejuje možnost dokumentiranja ponovitve bolečine oziroma drugih simptomov ali pojava kasnejših zapletov. Pri daljšem spremljanju bi lahko prišlo do še večjega izboljšanja rezultatov v smislu zmanjšanja bolečine in izboljšanja aktivne gibljivosti rame, za katere sicer ne bi mogli trditi, ali so posledica terapije z UGV ali spontanih sprememb.

Kot merilno orodje za merjenje učinkovitosti UGV smo uporabili številčno lestvico za subjektivno oceno bolečine, ki je bila uporabljena tudi v raziskavi Ioppolo idr. (2011). Pri samoocenjevalni lestvici bolečine je potrebno opozoriti na možnost pristranskosti preiskovanca.

Smiselno bi bilo narediti še kontrolne ultrazvočne preiskave po 6, 12 mesecih, vendar zaradi samoplačniške storitve ultrazvočne preiskave to ni bilo izvedljivo. Z ultrazvočno preiskavo bi prišli do ugotovitev glede gostote in velikosti kalcinata in bi lahko ovrednotili dolgoročen učinek zdravljenja. Lahko bi ugotavljali, ali obstaja povezava med kliničnim izboljšanjem in zmanjšanjem oziroma izginitvijo kalcinatom. Rezultati nekaterih študij so pokazali, da uničenje kalcinacij ni potrebno za zmanjšanje bolečine in izboljšanje funkcije rame (Ioppolo idr., 2012).

Še vedno ne obstaja zlati standard glede primerne vrednosti za gostoto energijskega toka. V raziskavi smo delno upoštevali priporočljiv protokol (Schmitz idr., 2015), ki ni bil predhodno preizkušen za klinične namene. Naša raziskava je ena izmed redkih, v kateri smo pri vseh pacientih uporabili isto število impulzov FUGV in isto število terapij, vendar je bilo število izvedenih terapij višje od optimalnega.

V prihodnje bi bilo smiselno izvesti perspektivne študije, ki bi definirale standardni protokol zdravljenja, zlasti glede vrednosti gostote energijskega toka in števila terapij, da se dosežejo najboljši rezultati. Zanimivo bi bilo izvesti študijo, v kateri bi v eni skupini preiskovanci prejeli manj terapij in visoko energetske UGV, v drugi skupini pa več terapij in nizko energetske UGV. Tako bi lahko ugotovili, če je število terapij bolj pomembno od vrednosti gostote energijskega toka.

Ključni dejavnik, ki vpliva na izid zdravljenja, je lokacija aplikacije FUGV, ki mora biti osredotočena točno na kalcinat in ne na narastišče okvarjene tetive (Tornese idr., 2019). Mesto aplikacije smo izbrali glede na ultrazvočni izvid in povratno informacijo pacienta glede največje točkovne bolečine med samo aplikacijo FUGV. V večini primerov smo pred terapijo s pomočjo ultrazvoka zaznamovali točno lokacijo kalcinata.

Na podlagi pregledane literature in rezultatov naše raziskave lahko trdimo, da so UGV primerni za klinično prakso za zdravljenje KT rame. Glavni kratkoročni učinki se kažejo v zmanjšanju bolečine in povečanju aktivne gibljivosti ramenskega obroča.

Za natančnejše ugotovitve o učinkovitosti UGV pri zdravljenju KT so potrebne dodatne metodološko kakovostne raziskave, ki bi vključevale kontrolno skupino, zadostno število preiskovancev in daljše časovno obdobje spremljanja učinkov.

Pozitivni vidik uporabe UGV za zdravljenje KT rame je varnost in neinvazivnost terapije. Negativni vidik je nepoznavanje mehanizmov delovanja UGV in vivo, nepoznavanje dolgoročnih učinkov na tarčno tkivo in nepoznavanje optimalnih parametrov za doziranje UGV. Kljub rezultatom v korist visoko energetskih UGV obstaja v literaturi premalo dokazov,

da bi lahko trdili, da so visoko energetski UGV najbolj učinkoviti za resorpcijo kalcinotov, zmanjšanje bolečine in izboljšanje funkcije rame.

Zaradi klinične učinkovitosti glede zmanjšanja bolečine, izboljšanja funkcije rame, moči, aktivne gibljivosti ramenskega obroča in kvalitete življenja pacienta ter pospešitve resorpcije kalcijevih depozitov se povečuje povpraševanje pacientov po tej obliki terapije. Zaradi samoplačniške storitve terapija z UGV ni dostopna vsem pacientom in se v fizioterapevtski praksi premalo uporablja za obravnavo različnih mišično-skeletnih okvar.

LITERATURA

1. Avancini Dobrović, V., Pavlović, I. idr. (2012). Klinička primjena ekstrakorporalnog udarnog vala u liječenju kalcificirajućeg tendinitisa ramena: fokusirani vs. radijalni udarni val. *Medicina Fluminensis*, 48(4), 480–487. Pridobljeno s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:631622>.
2. Bannuru, R. R., Flavin, N. E., Vaysbrot, E. idr. (2014). High-Energy Extracorporeal Shock-Wave Therapy for Treating Chronic Calcific Tendinitis of the Shoulder: a Systematic Review. *Ann Intern Med.*, 160(8), 542–549. doi: 10.7326/M13-1982
3. Chou, W. Y., Wang, C. J., Wu, K. T. idr. (2017). Prognostic Factors for the Outcome of Extracorporeal Shockwave Therapy for Calcific Tendinitis of the Shoulder. *Bone Joint J.*, 99-B(12), 1643–1650. doi: 10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2016-1178.R1
4. d'Agostino, M. C., Craigb, K., Tibalta, E. idr. (2015). Shock Wave as Biological Therapeutic Tool: from Mechanical stimulation to Recovery and Healing, Through Mechanotransduction. *International Journal of Surgery*, 24 (B), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.11.030>
5. DE Carli, A., Pulcinelli, F., Rose, G. D. idr. (2014). Calcific Tendinitis of the Shoulder. *Joints*, 2(3), 130–136. doi: 10.11138/jts/2014.2.3.130
6. Diehl, P., Gerdesmeyer, L., Gollwitzer, H. idr. (2011). Die Kalkschulter – Tendinosis Calcarea. *Der Orthopäde*, 40(8), 733–746.
7. Ioppolo, F., Tattoli, M., Di Sante, L. idr. (2015). Extracorporeal Shock-Wave Therapy for Supraspinatus Calcifying Tendinitis: A Randomized Clinical Trial Comparing Two Different Energy Levels. *Physical Therapy*, 92(11), 1376–1385. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110252>
8. Merolla, G., Singh, S., Paladini, P. idr. (2016). Calcific Tendinitis of the Rotator Cuff: State of the Art in Diagnosis and Treatment. *J Orthop Traumatol*, 17(1), 7–14. doi: 10.1007/s10195-015-0367-6.
9. Moya, D., Ramón, S., Guiloff, L. idr. (2015). Current Knowledge on Evidence-Based Shockwave Treatments for Shoulder Pathology. *International Journal of Surgery*, 24(B), 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.08.079>
10. Notarnicola, A. in Moretti, B. (2012). The Biological Effects of Extracorporeal Shock Wave Therapy (Eswt) on Tendon Tissue. *Muscles Ligaments Tendons J.*, 2(1), 33–37. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666498/>.
11. Saggini, R., Di Stefano, A., Saggini, A. idr. (2015). Clinical Application of Shock Wave Therapy in Musculoskeletal Disorders: Part I. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*, 29(3), 533–545. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26753637/>.
12. Sansone, V., Maiorano, E., Galluzzo, A. idr. (2018). Calcific Tendinopathy of the Shoulder: Clinical Perspectives Into the Mechanisms, Pathogenesis, and Treatment. *Orthopedic Research and Reviews*, 10, 63–72. <https://doi.org/10.2147/ORR.S138225>
13. Schmitz, C., Császár, N. B., Milz, S. idr. (2015). Efficacy and Safety of Extracorporeal Shock Wave Therapy for Orthopedic Conditions: a Systematic Review on Studies Listed in the Pedro Database. *British Medical Bulletin*, 116(1), 115–38. doi: 10.1093/bmb/ldv047
14. Tornese, D., Mattei, E., Bandi, M. idr. (2011). Arm Position During Extracorporeal Shock Wave Therapy for Calcifying Tendinitis of the Shoulder: a Randomized Study. *Clinical Rehabilitation*, 25(8), 731–739. doi: 10.1177/0269215510396740
15. Uhthoff, H. K. in Loehr, J. W. (1997). Calcific Tendinopathy of the Rotator Cuff: Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *J Am Acad Orthop Surg.*, 5(4), 183–191. doi: 10.5435/00124635-199707000-00001

16. Umamahesvaran, B., Sambandam, S. N., Mounasamy, V. idr. (2018). Calcifying Tendinitis of Shoulder: A Concise Review. *Journal of Orthopaedics*, 15(3), 776–782. doi: 10.1016/j.jor.2018.05.040
17. Verstraelen, F. U., In den Kleef, N. J., Jansen, L. idr. (2014). High-Energy Versus Low-Energy Extracorporeal Shock Wave Therapy for Calcifying Tendinitis of the Shoulder: Which is Superior? A Meta-Analysis. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(9), 2816–2825. doi: 10.1007/s11999-014-3680-0
18. Visco, V., Vulpiani, M. C., Torrisi, M. R. idr. (2014). Experimental Studies on the Biological Effects of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Tendon Models. A Review of the Literature. *Muscles Ligaments Tendons J.*, 4(3), 357–361. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241428/>.

Ocenjevanje dinamičnega ravnotežja

UDK 615.8+796.012.266

KLJUČNE BESEDE: aktivno ravnotežje, nadzor jedra, test ravnotežja z zvezdno ekskurzijo, test ravnotežja y, dinamično ravnotežje

POVZETEK – Ravnotežje je sposobnost človeškega telesa, da ohrani položaj težišča znotraj baze podpore na podlagi vidnih, vestibularnih informacij in somatskih čutil. Ravnotežje je bistveno za ohranjanje stabilnosti pri prehodu iz statične v dinamično držo, kjer imajo pomembno vlogo tudi mišice spodnjih okončin. Namen študije je na podlagi pregleda literature predstaviti učinkovitost testa ravnotežja Y (YBT). Iskanje literature je potekalo v podatkovnih zbirkah PubMed, Science Direct, Google scholar in CINAHL s ključnimi besedami v angleškem jeziku (active balance [Title/Abstract]) AND (core control [Title/Abstract]) AND (star excursion balance test [Title/Abstract]) OR (y balance test [Title/Abstract]) AND (dynamic balance [Title/Abstract]). Analizirali smo deset raziskav, v katerih so proučevali izboljšanje dinamičnega ravnotežja pri preiskovancih z različno simptomatiko. Rezultati so pokazali pozitivno korelacijo med mišicami spodnjih okončin in izvedbo testa Y, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti pri oceni dinamičnega ravnotežja.

UDC 615.8+796.012.266

KEYWORDS: active balance, core control, star excursion balance test, y balance test, dynamic balance

ABSTRACT – Balance is the ability of the human body to maintain the position of the center of gravity within a base of support based on visual, vestibular information and somatic senses. Balance is essential for maintaining stability when transitioning from a static to a dynamic posture, where the muscles of the lower limbs also play an important role. The purpose of the study is to present the effectiveness of the Y Balance Test (YBT) based on literature review. The literature search was carried out in the PubMed, Science Direct, Google scholar and CINAHL databases using the keywords in the English language (active balance [Title/Abstract]) AND (core control [Title/Abstract]) AND (star excursion balance test [Title/Abstract]) OR (y balance test [Title/Abstract]) AND (dynamic balance [Title/Abstract]). We analyzed ten studies, in which the improvement of dynamic balance was studied in subjects with various symptoms. The results showed a positive correlation between the muscles of the lower limbs and the performance of the Y test, which indicates a high degree of reliability in the assessment of dynamic balance.

1 Uvod

Ravnotežje je sposobnost ohranjanja drže skozi interakcije med mišično-skeletnim sistemom in živčnim sistemom ter ohranjanje stanja ravnotežja ob ohranjanju težišča znotraj podpore (Lee in Ahn, 2018, str. 939). Sposobnost vzdrževanja podpore telesa, ko stojmo (statično ravnotežje) in med gibanjem (dinamično ravnotežje), je opredeljena kot ravnotežje, medtem ko dinamično ravnotežje vključuje nekatere ravni pričakovanega gibanja okoli projekcije težišča (Alikhani idr., 2019, str. 145) oz. je opredeljeno kot sposobnost posameznika, da ohranja stabilnost celotnega telesa v središču mase med gibanjem (Butler idr., 2016, str. 997).

Zaznavanje, izvajanje in regulacija mišično-skeletnega nadzora in gibanja posreduje predvsem centralni živčni sistem in vključuje integracijo treh glavnih podsistemov: somatosenzoričnega, vestibularnega in vizualnega. Ti podsistemi vplivajo na ravnotežje (Johnston idr., 2018, str. 107; Alikhani idr., 2019, str. 145, 146). Poleg tega je za vzdrževanje ravnotežja pomemben še primeren mišični tonus; dovolj visok, da podpira telo proti gravitaciji in dovolj nizek, da omogoča selektivno gibanje, intaktni živčno-mišični in mišično-skeletni sistem, ki zagotavlja moč in vzdržljivost mišic in gibljivost sklepov (Rugelj, 2014, str. 38).

Ko je ravnotežje porušeno, je za zagotovitev ustreznega motoričnega odziva potreben dobro delujoč živčno-mišični sistem v povezavi z ustrezno mišično močjo. Podobno je izvedba ravnotežnih reakcij kompleksna interakcija aferentnega prenašalca čutnih dražljajev in eferentnega, ki se pošlje iz centralnega živčnega sistema v nedotaknjen mišično-skeletni sistem. Motnja katerega koli sistema - senzoričnega, motoričnega ali centralnega živčnega sistema ima lahko neželen učinek na celotno delovanje posturalnega sistema. Poleg somatosenzoričnih, vestibularnih in vizualnih vnosov je bistvena komponenta posturalnega nadzora njegova zmožnost preklopa senzoričnih vnosov glede na notranjo predstavitev trenutne drže, da bi se izognili neželenim reakcijam, ki jih sprožijo notranje ali zunanje motnje (Desar idr., 2021, str. 151).

Nenazadnje je pomembna vadba jedra, ki je priljubljen izraz v atletiki in na področju rehabilitacije. Priljubljenost vaj jedra je posledica rezultatov določenih študij, ki kažejo, da zmanjšujejo stopnjo poškodb, izboljšajo zmogljivost vrhunskih športnikov in pomagajo pri zdravljenju posameznikov s težavami mišično-skeletnega sistema. Anatomsko jedro lahko opišemo kot mišičasto škatlo s trebušnimi mišicami spredaj, paraspinali in gluteusi zadaj, diafragmo kot streho ter medeničnim dnom in muskulaturo kolčnega pasu kot dno (Örgün idr., 2020, str. 271). Örgün idr. (2020, str. 271) navajajo, da sta že Pope in Panjabi leta 1976 opisala stabilnost jedra kot sposobnost ledveno-medenično-kolčnega kompleksa, da prepreči upogibanje hrbtenice in ga vrne v ravnovesje po motnjah. Moč jedra je bila opisana kot mišični nadzor, potreben okoli ledvene hrbtenice za ohranjanje funkcionalne stabilnosti.

Test ravnotežja z zvezdno ekskurzijo (SEBT) je veljavno in zanesljivo merilo izida dinamičnega ravnotežja, ki ga je razvil Gray in je široko sprejeta metoda ocenjevanja dinamične posturalne stabilnosti. Naloge SEBT so zasnovane tako, da izzivajo posturalni nadzor, moč, obseg gibanja in proprioceptivne sposobnosti (Coughlan idr., 2012, str. 366). Gribble, Hertel in Plisky (2012, str. 355) so v svoji raziskavi povzeli, da se je SEBT izkazal za obetavnega za odkrivanje pomanjkljivosti v dinamični posturalni kontroli med skupinami z boleznimi spodnjih okončin in kot dober napovednik vrnitvi k športu zaradi njegove zmožnosti prepoznavanja pomanjkljivosti motoričnega nadzora, ki ostanejo po poškodbi pri ljudeh s kronično nestabilnostjo gležnja in pomanjkljivostjo sprednje križne vezi. Ker test zahteva, da oseba vzdržuje ravnotežje na svojih mejah stabilnosti, se SEBT lahko uporablja za razlikovanje sposobnosti nevromuskularnega nadzora na zahtevnejših ravneh, ki so potrebne za športnike, poklicne delavce in aktivne posameznike. Je orodje za ocenjevanje dinamičnega ravnotežja zdravih ljudi in športnikov. Za ocenjevanje uporablja vaje zaprte kinetične verige, zlasti vaje za počepe z eno nogo, ki zahtevajo ustrezen obseg gibanja v kolčnih sklepih, kolenih in gležnjih; in mišično moč; ter proprioceptivne in živčno-mišične prilagoditve. Dinamično ravnotežje se meri iz osmih smeri, ki so zelo povezane: anteriorna, anteriorno-medialna, medialna, posteriorno-medialna, posteriorna, posteriorno-lateralna, lateralna in anteriorno-lateralna smer (Hyong in Kim, 2014, str. 1139).

Klinična uporaba SEBT je pripeljala do razvoja testa ravnotežja Y (YBT). Plisky je s sodelavci med izvajanjem SEBT uporabil Y Balance Test Kit TM (Functional Movement Systems, Danville, VA, ZDA) za merjenje dinamičnega ravnotežja iz treh smeri, da bi olajšal merjenje

dinamičnega ravnotežja iz osmih smeri SEBT. YBT je bil tako zasnovan in poenostavljen za merjenje dinamičnega ravnotežja v anteriorni, posteromedialni in posterolateralni smeri (Butler idr., 2016, str. 997; Hyong in Kim, 2014, str. 1140; Plisky idr., 2021, str. 1191) in je komercialno dostopna naprava za merjenje in ocenjevanje dinamičnega ravnotežja (Coughlan idr., 2012, str. 366). Uporabili so Y ali »znak za mir«, ki je vključeval tri smeri pri pregledu srednješolskih košarkarjev, kar je posledično pripeljalo do razvoja YBT (Coughlan idr., 2012, str. 367). Gribble idr. (2012, str. 355) navajajo, da je bil YBT razvit za odpravo nekaterih omejitev tradicionalnih metod testiranja SEBT, kot so standardna višina dosega od tal, referenčna točka začetne točke in sposobnost dosega. Johnston idr. (2018, str. 107) v svoji raziskavi navajajo, da sta SEBT in YBT najpogosteje uporabljeni klinični dinamični oceni ravnotežja. Od posameznika zahtevajo, da preide iz položaja dvostranske v enostransko držo in ohrani nadzorovano ravnotežje, medtem ko izvaja ekskurzijo največjega dosega z udom brez položaja v številnih standardiziranih smereh.

YBT uporabljajo strokovnjaki za merjenje dinamičnega ravnotežja športnika in za spremljanje okrevanja med rehabilitacijo, oceno športnikove pripravljenosti za vrnitev v šport po poškodbi in za identifikacijo športnikov, pri katerih obstaja tveganje za poškodbo (Brumitt, 2019, str. 415; Desai idr., 2021, str. 151; Powden idr., 2019, str. 684). Prav tako Schwiertz idr. (2020, str. 148) navajajo, da je YBT izvedljivo in široko uporabljeno orodje, Alshehre idr. (2021, str. 628) pa, da je funkcionalen in poceni test, ki se uporablja pri različnih populacijah in predstavlja veljaven in zanesljiv test za ocenjevanje zmogljivosti dinamičnega ravnotežja. Johnston in sodelavci (2018, str. 106) so v svoji študiji navedli YBT kot enega najpogosteje uporabljenih kliničnih dinamičnih ocen ravnotežja.

2 Metode

2.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je predstaviti učinkovitost testa ravnotežja Y (YBT) na podlagi pregleda literature.

Cilji raziskave so bili:

- proučiti znanstvene objave o dinamičnem ravnotežju,
- s pregledom znanstvenih objav preveriti izvedbo testa ravnotežja pri različnih populacijah in različnih patologijah,
- s pregledom znanstvenih objav oceniti uspešnost uporabe YBT.

2.2 Raziskovalna vprašanja

Postavili smo raziskovalni vprašanji:

1. Kako tehnike vadbe moči vplivajo na pozitivno korelacijo med mišicami spodnjih okončin kot preventiva pred poškodbami?
2. Kako je visoka stopnja zanesljivosti YBT za oceno dinamičnega ravnotežja?

2.3 Metode pregleda literature

Uporabili smo sistematičen pregled znanstvene literature. Iskanje literature je potekalo v podatkovnih zbirkah PubMed, Science Direct, Google Scholar in CINAHL s ključnimi besedami v angleškem jeziku (active balance [Title/Abstract]) AND (core control [Title/Abstract])) AND (star excursion balance test [Title/Abstract]) OR (y balance test[Title/Abstract]) AND (dynamic balance[Title/Abstract]). Vključitveni kriteriji so bile raziskave objavljene v polnem besedilu, v katerih so bili preiskovanci razvrščeni v dve skupini.

Raziskavo smo omejili na obdobje od leta 2012 do 2022. Kot kriterij omejitve smo določili tudi prosto dostopnost celotnega besedila in raziskave. Vsi izvlečki izbranih zadetkov so bili pregledani z namenom izločitve potencialno primernih prispevkov in z namenom izbora ustreznih za nadaljnji pregled. Za prikaz pregleda podatkovnih bibliografskih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih enot virov smo uporabili metodo PRIZMA (slika 2).

2.4 Strategija pregleda zadetkov

Strategija iskanja v izbranih podatkovnih zbirkah je ponudila 338 enot. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 48 potencialno ustreznih enot, od tega 5 duplikatov, katere smo izločili. Grobo so bili pregledani naslovi in izvlečki 46 zadetkov, 30 jih je bilo z razlogom izključenih. Vključitvene in izključitvene kriterije je izpopolnjevalo deset raziskav, ki so bile vključene v vsebinsko kvalitativno analizo po naslednjih značilnostih: vzorec preiskovancev, uporaba YBT ter izidi meritev.

Z vključitvijo omejitvenih kriterijev kontrolnih raziskav, v katerih so bili preiskovanci razvrščeni v kontrolno in eksperimentalno skupino in časovnega obdobja je ponudila 10 zadetkov. Nacionalna medicinska knjižnica PubMed nam je na podlagi omejitvenih kriterijev ob vpisu ključnih besed prikazala 97 zadetkov. V bibliografski bazi podatkov Science Direct smo ob vpisu omejitvenih kriterijev dobili 84 zadetkov. Ko smo pri iskanju kot kriterij omejitve določili tudi prosto dostopnost, zadetkov ni bilo. Iskanje literature v bazi podatkov Google Scholar nam je ob vpisu omejitvenih kriterijev ponudilo 149 rezultatov. Ko smo pri iskanju kot kriterij omejitve določili tudi prosto dostopnost, zadetkov ni bilo. V mednarodni bibliografski bazi podatkov CINAHL smo ob vpisu ključnih besed (active balance [Title/Abstract]) AND (core control [Title/Abstract]) AND (star excursion balance test [Title/Abstract]) OR (y balance test[Title/Abstract]) AND (dynamic balance[Title/Abstract]) dobili 8 zadetkov (Tabela 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	active balance, core control, star excursion balance test, y balance test, dynamic balance	97,34	10
Science Direct	active balance, core control, star excursion balance test, y balance test, dynamic balance	84,7	0
Google Scholar	active balance, core control, star excursion balance test, y balance test, dynamic balance	149,4	0
CINAHL	active balance, core control, star excursion balance test, y balance test, dynamic balance	8,1	1

Vir: Lastni vir, 2022.

2.5 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Ob upoštevanju kriterija, da iščemo le v celoti dostopno besedilo z odprtim dostopom, objavljeno v znanstvenih revijah, da upoštevamo časovno obdobje, izbrano za raziskovanje, in da uporabimo za iskanje določene ključne besede, smo v bibliografskih bazah našli 64 enot. Po pregledu vseh 64 enot smo najprej izbrali 26 prispevkov, ob ugotovitvi, da se nekateri prispevki pojavljajo v več bibliografskih bazah hkrati, pa smo za končno analizo izbrali 10 prispevkov.

2.6 Ocena kakovosti pregleda literature

Literaturo, ki smo jo uporabili za končni pregled v celoti in za analizo, smo izbrali na podlagi dostopnosti, časovne omejitve in glede na uporabo za različne protokole za ugotavljanje izboljšanja dinamičnega ravnotežja. Rezultate smo prikazali v tabeli 2.

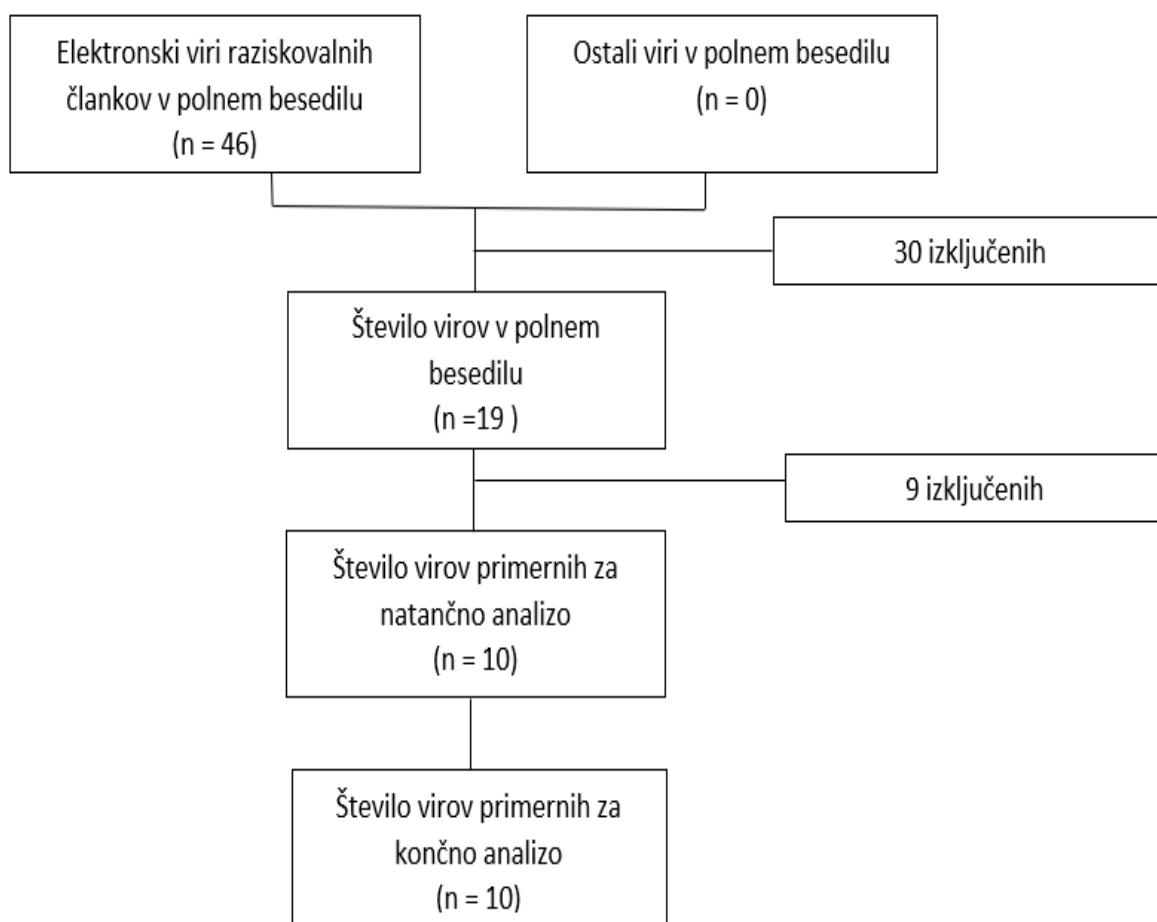
3 Rezultati

3.1 PRIZMA diagram

Končno število pregledanih člankov v polnem besedilu, ki smo jih uvrstili v obdelavo podatkov je 10. Pri tem smo upoštevali vse vključitvene kriterije. Elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu je bilo 46, od tega 5 duplikatov, katere smo izločili. Grobo so bili pregledani naslovi in izvlečki 46 zadetkov, 30 jih je bilo z razlogom izključenih.

Celotni potek, kako smo prišli do tega števila je prikazan v PRIZMA diagramu (shema 1).

Shema 1: PRIZMA diagram poteka raziskave



Vir: Lastni vir, 2022.

3.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V našo kvalitativno raziskavo smo na koncu vključili 10 izbranih enot, pri čemer smo upoštevali vse izključitvene kriterije in podvojene zadetke iz različnih bibliografskih baz. V tabeli 2 je prikazana analiza teh enot.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Zap. št.	Avtor	Leto objave	Raziskovalna metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
1.	Butler idr.	2013	primerjalna študija	Dve skupini: 26 mladoletnih moških nogometašev iz Ruande in 26 mladoletnih moških nogometašev iz ZDA.	Primerjali so dinamično ravnovesje pri obeh skupinah. Rezultati študije kažejo, da so v vseh dinamičnih ravnotežnih ukrepih največjega dosega nogometaši iz Ruande pokazali boljše rezultate kot njihovi kolegi iz ZDA. Kot glavno razliko so navedli razpoložljivo tehnologijo za športnike. Razlog takšnih rezultatov je, da so športniki iz Ruande imeli manj sedentarnega življenjskega sloga in več atletske udeležbe.
2.	Lee idr.	2015	presečna študija	Dve skupini: 40 zdravih, neodvisno aktivnih žensk; razdeljene v 2 skupini: starejše in srednjih let. Namen študije je bil raziskati zmožnost YBT in moči spodnjih okončin za razlikovanje med ženskami v 2 starostnih skupinah, razmerje med YBT razdaljo in Bergovo lestvico ravnotežja ter stopnjo s katerim je uspešnost na razdalji YBT povezana z močjo spodnjih okončin pri ženskah srednjih let in starejših.	Starejše ženske imajo manj dinamične posturalne kontrole in mišične moči kot ženske srednjih let. S staranjem povezane izgube moči lahko omejijo zmogljivost ravnotežja. Raziskava je pokazala, da je pri starejših ženskah razdalja YBT povezana (pozitivno) z močjo fleksorja kolenskega sklepa in z abduktorjem kolka, v skupini srednjih let pa z močjo fleksorja kolenskega sklepa in ekstenzorjem kolka. Rezultati so pokazali tudi, da sta bili razdalja YBT in moč spodnjih okončin v vsaki mišici znatno nižji pri starejših odraslih kot pri ženskah srednjih let.
3.	Lee idr.	2018	randomizirana študija	Dve skupini: 32 zdravih moških odraslih (v 20ih letih), ki so bili randomizirani v dve skupini, YBT in dinamični test ravnotežja (DBT).	Merili so sposobnost ravnotežja z obstoječim kliničnim testnim orodjem, Y-balance testom (YBT) in avtomatizirano različico YBT, imenovano dinamični test ravnotežja (DBT). Rezultati niso pokazali pomembnih razlik med obema skupinama v levi in desni nogi v smereh AT, PM in PL

4.	Alikhan idr.	2019	poleksperimentalna študija	Dve skupini: 22 zdravih igralcev badmintona začetnic je bilo naključno razporejenih v kontrolno in eksperimentalno skupino, starih od 15 do 25 let.	Igralci badmintona potrebujejo pomembno dinamično ravnotežje in propriocepcijo kolena za zadovoljivo delovanje in preprečevanje mišično-skeletnih poškodb, zlasti brezkontaktnih poškodb ACL. Rezultati te študije so pokazali, da je šesttedenski program pliometričnega treninga izboljšal dinamično ravnotežje in propriocepcijo kolena pri igralcih badmintona začetnicah.
5.	Örgün idr.	2020	prospektivna, randomizirana študija	Dve skupini: 34 žensk, razdeljenih v dve skupini, v vsaki kot statični in dinamični osrednji skupini, ki so šest tednov izvajale vadbo po 20 do 30 minut dvakrat na teden. Vsi udeleženci so test opravili s sezutimi čevlji. Preden so zabeležili dejanske meritve svoje dominantne noge, so jim omogočili dva vadbena preizkusa. Dolžina noge je bila izmerjena od spodnjega vrha anteriorne zgornje iliakalne hrbtenice do distalnega konca medialnega maleolusa.	Namen študije je bil primerjati učinek statičnih in dinamičnih vaj za jedro v smislu dinamičnega ravnotežja, stabilnosti hrbtenice in mobilnosti kolkov pri pisarniških delavkah. Obema skupinama so pred in po šestih tednih vadbe testirali dinamično ravnotežje (YBT), stabilnost hrbtenice (test funkcionalnega dosega) in gibljivost kolkov (aktivna fleksija in ekstenzija). Statistično značilno izboljšanje je bilo ugotovljeno v obeh skupinah med rezultati pred in po testiranju glede stabilnosti hrbtenice, gibljivosti kolka in dinamičnega ravnotežja. Ugotovili so, da so dinamične vaje za jedro učinkovitejše od statičnih vaj za jedro pri izboljšanju sprednjega ravnotežja desne in leve noge. Obe vrsti vaj sta učinkoviti pri izboljšanju dinamičnega ravnotežja, stabilnosti hrbtenice in gibljivosti kolkov pri pisarniških delavkah.
6.	DeJong idr.	2020	presečna študija	Dve skupini: 20 odraslih s kronično nestabilnostjo gležnja (10 moških, 10 žensk) in 20 odraslih brez kronične nestabilnosti gležnja (10 moških, 10	Ugotavljali so kinematiko sagitalne ravnine kolka, kolena in gležnja s pomočjo enostranske statične ultrazvočne slike glutealnih mišic v mirovanju in do smeri največjega dosega YBT, pridobljene v 3 poskusih. Skupina s kronično nestabilnostjo gležnja je pokazala primanjkljaje dosega YBT v smeri anteriorno in spremembo v aktivaciji velike

				žensk), starih od 18 do 35 let	glutealne mišice v primerjavi s kontrolno skupino. Večja odvisnost od aktivacije velike glutealne mišice med dinamičnimi pogoji (obremenitvami) lahko prispeva k disfunkciji kinetične verige pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja.
7.	Alshehre idr.	2021	presečna študija zanesljivosti in veljavnosti	Dve skupini: 6 moških in 9 žensk, starih od 21 do 38 let	YBT je bil uporabljen za merjenje dinamičnega ravnovesja v sprednji (ANT), posteromedialni (PM) in posterolateralni (PL) smeri dosega. Rezultate za vsakega udeleženca sta neodvisno določila in zabeležila do centimetra natančno dva ocenjevalca. Tako razdalje dosega YBT kot sestavljeni rezultati so bili zbrani na dominantni nogi asimptomatskih posameznikov in prizadeti strani udeležencev s kronično bolečino v križu ter uporabljeni za statistično analizo. Rezultati so pokazali odlično zanesljivost med ocenjevalci in veljavnost YBT za ocenjevanje dinamičnega ravnotežja v populaciji s kronično bolečino v križu. YBT je lahko uporabno orodje za raziskovalce za ocenjevanje dinamičnega ravnotežnega primanjkljaja pri bolnikih s kronično bolečino v križu.
8.	Lee idr.	2022	randomizirana študija	Dve skupini: vzorec 39 ljudi, ki so prostovoljno sodelovali v tej študiji, je bil naključno razdeljen v dve skupini (eksperimentano in kontrolno skupino)	Rezultati študije kažejo, da so lahko intervencije, ki temeljijo na razširjeni resničnosti (AR), tako učinkovite kot fizioterapevti (PT) glede ravnotežja, občutka za položaj in prožnosti. To jim omogoča, da izberejo zeleno zdravljenje v posameznih okoljih. Izvajali so vadbo ravnotežja z uporabo nestabilnih orodij za vadbo, kot so deske za ravnotežje, in ta so bila učinkovita pri spodbujanju propriocepcije. Štiritedenska vadba je pokazala izboljšave v delovanju in ravnotežju spodnjih okončin, kar je zmanjšalo poročano tveganje za padce. Ta študija je potrdila, da med obema skupinama ni pomembne razlike. Pri običajnih ljudeh je

					težko ugotoviti razliko v učinkih brez zunanjega dražljaja, vendar zaradi sprememb v okolju, kot je blokiranje vidljivosti in zagotavljanje nestabilne podpore, se odvisnost od edinstvenega zaznavanja še poveča.
9.	Werasiri rat idr.	2022	randomizirana študija	Dve skupini: v študiji je sodelovalo skupno 16 univerzitetnih športnikov s kronično nestabilnostjo gležnja. Izvajali so vadbo z odpornostjo na omejevanje krvnega pretoka (OKP). Naključno so bili dodeljeni skupini OKP (n = 8) ali brez OKP (R) (n = 8). Obe skupini sta bili podvrženi nadzorovani rehabilitaciji 3-krat na teden 4 zaporedne tedne.	Raziskava je pokazala, da je dodajanje omejitve pretoka krvi tradicionalnemu rehabilitacijskemu programu v 4-tedenskem obdobju bolj učinkovito pri izboljšanju pridobivanja moči, hipertrofije in funkcionalne zmogljivosti pri športnikih s kronično nestabilnostjo gležnja kot samo tradicionalna rehabilitacija.
10.	Salas - Gómez idr.	2022	longitudinalna prospektivna študija	Dve skupini: vzorec 32 ljudi; 22 bolnikov in 10 zdravih ljudi so ocenili za statično in dinamično ravnotežje (test Y-Balance, YBT), gibljivosti gležnja v smeri dorzalne fleksije in moč kolka 6 in 12 mesecev po operaciji. 22 op. gležnjevi (2 operaterja s pdb. po op reha programom) 2 srečanja po 2 uri (6 in 12 mes po op.)	Analizirali so, kako so se ravnotežje in druge fizične zmogljivosti razvile po operaciji pri bolnikih z bimaleolarnim zlomom in kako te zmogljivosti in klinične spremenljivke (čas imobilizacije ali razbremenitve) prispevajo k ponovni vzpostavitvi bolnikove funkcionalnosti. Enaindvajset bolnikov z zlomi gležnja, ki so zaključili študijo, je po 6 mesecih pokazalo slabše statično in dinamično ravnotežje. YBT v sprednji smeri je razkril primanjkljaje ravnotežja v operiranem udu po 12 mesecih v primerjavi z neoperiranim udom in zdravimi ljudmi. Ugotovili so tudi zmanjšanje obsega gibljivosti gležnja v smeri dorzalne fleksije v primerjavi z neoperiranimi udi in zdravimi ljudmi.

				prvi cilj te študije je bil analizirati razvoj statičnega in dinamičnega ravnotežja, gibljivosti gležnja v smeri dorzalne fleksije in moči kolka po zlomu gležnja 6 in 12 mesecev po operaciji.	12 mesecev po operaciji so ugotovili tudi primanjkljaji moči abduktorja kolka. Ravnotežje, moč kolka in gibljivost gležnja v smeri dorzalne fleksije so zanesljivi indeksi za ocenjevanje funkcionalnega stanja teh bolnikov. Ti rezultati bi lahko pomagali razumeti razmerje med omenjenimi fizičnimi zmogljivostmi in pacientovim zaznamim funkcionalnim statusom.
--	--	--	--	---	---

Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Raziskave so pokazale, da vadba za moč izboljša telesno pripravljenost z nestabilnostjo gležnja. Vadba za moč naj bi v prvih 3 do 5 tednih spodbujala pridobivanje mišične mase, ker krepí živčne dejavnike. Ključno spoznanje v raziskavah je bilo, da je propioceptivna vadba pomembna v procesu rehabilitacije in mora biti ustrezno zasnovana. Trening moči lahko torej izboljša propiocepcijo in ravnotežje. Ugotovili so tudi pozitivno korelacijo med fleksorji in ekstenzorji kolka, ki so pomembni za preventivo pred poškodbami.

Dinamično ravnovesje je pomembna komponenta razvoja motornih veščin (Butler idr., 2013, str. 749) in pogosto pomembno merilo, ki se uporablja med procesi predvidevanja mišično-skeletnih poškodb spodnjih okončin, preprečevanja in rehabilitacije (Powden idr., 2019, str. 683). Desar idr. (2021, str. 151, 155) so ugotovili, da se posturalna nestabilnost pogosto kaže kot motnja ravnotežja pri bolnikih s kronično bolečino v križu. Posturalna stabilnost se zmanjša s povečanjem invalidnosti, povezane s kronično bolečino v križu, zlasti statično ravnotežje z zaprtimi očmi in dinamično ravnotežje v posteromedialni in posterolateralni smeri.

Plisky idr. (2021, str. 1203) so v študiji ugotovili, da se učinkovitost YBT razlikuje glede na starost, spol in šport, zato morajo raziskovalci upoštevati te dejavnike pri interpretaciji rezultatov, da zagotovijo natančno klinično odločanje. Ocena ravnotežja in propiocepcija morata biti del rehabilitacijskih režimov, da bi ublažili invalidnost, povezano s kronično bolečino v križu. Ljudje, ki imajo težave s statičnim ravnotežjem, so bolj odvisni od propiocepcije kot običajni ljudje. Proprioceptivna vadba je izjemno pomembna komponenta v procesu rehabilitacije in mora biti ustrezno zasnovana (Lee idr., 2022, str. 11).

Ravnotežje je nepogrešljiv element pri vseh funkcionalnih aktivnostih vsakdanjega življenja, vključno z vstajanjem, sedenjem in hojo. Gre za proces integracije na visoki ravni, ki vključuje adaptivne in napovedne mehanizme ter proces integracije informacij, ki vključuje mišično-skeletne elemente – kot so mišična moč, prožnost hrbtenice in obseg gibanja sklepov – ter propioceptivni čut, vestibularni organ, in vidni organ. Zato je sposobnost ohranjanja ravnotežja najosnovnejši in nepogrešljiv element vsakdanjega življenja in namenske človekove dejavnosti in je sestavni del številnih nalog, ki zahtevajo prilagoditev telesne drže in ravnotežja glede na prostor (Lee in Ahn, 2018, str. 939).

Örgün idr. (2020, str. 278) so v študiji primerjali vpliv statičnih in dinamičnih vaj za jedro v smislu dinamičnega ravnotežja, stabilnosti hrbtenice in mobilnosti kolkov pri pisarniških delavkah. Ugotovili so, da obe vrsti vadbe izboljšata stabilnost hrbtenice in gibljivost kolkov, obe vrsti vadbe sta bili tudi učinkoviti pri izboljšanju dinamičnega ravnotežja.

Lee idr. (2015, str. 227) navajajo, da na zmogljivost pri YBT vpliva moč spodnjih okončin. Predlagali so, da se YBT lahko uporablja kot alternativa kot merilo dinamičnega ravnovesja. DeJong idr. (2020, str. 49) so v svoji raziskavi ugotavljali kinematiko sagitalne ravnine kolka, kolena in gležnja s pomočjo enostranske statične ultrazvočne slike glutealnih mišic v mirovanju in do smeri največjega dosega YBT, pridobljene v 3 poskusih. Skupina s kronično nestabilnostjo gležnja je pokazala primanjkljaje dosega YBT in spremembe v aktivaciji proksimalne mišice. Povečano zanašanje na gluteus maximus med dinamičnimi pogoji lahko prispeva k disfunkciji distalnega sklepa pri populaciji s kronično nestabilnostjo gležnja.

Butler idr. (2016, str. 997) menijo, da je dinamično ravnotežje pomembna sestavina razvoja motoričnih sposobnosti. Slabo dinamično ravnotežje je bilo prej povezano s športnimi poškodbami. Visoka stopnja moči spodnjih okončin in ravnotežja sta pomemben predpogoj za neodvisno in uspešno opravljanje vsakodnevnih življenjskih dejavnosti pri starejših odraslih. S starostjo povezane mišično-skeletne spremembe ne vodijo le do mišične moči in zmanjšanja mase, ampak tudi omejujejo ravnotežje in hojo. Te spremembe so tesno povezane s pojavnostjo padcev. Pri starejših odraslih lahko padci povzročijo hude poškodbe, kot so zlomi kolka, zlomi rok in poškodbe glave ali celo smrt (Lee idr., 2015, str. 227). Zatorej v študiji povzemajo, da bi morali pravilni programi usposabljanja za starejše vključevati ne le krepilne vaje, temveč tudi izvedbo YBT za izboljšanje ravnotežja.

Ravnotežje je kompleksna večdimenzionalna sposobnost, ki je močno odvisna od pogojev, v katerih se ocenjuje. Oslabljenost ravnotežja je eden najpomembnejših dejavnikov, ki zmanjšujejo funkcionalno zmogljivost pri ljudeh z zlomom gležnja. Vzdrževanje ustreznega ravnotežja je bistveno za razvoj različnih dejavnosti, kot so stanje, plezanje po stopnicah ali varna hoja. Analize relativne teže so pokazale, da sta dorzifleksija gležnja in moč kolka pojasnila 35–63 % variance YBTA. Salas-Gomez idr. (2022, str. 4) domnevajo, da so ravnotežje, moč kolka in dorzifleksija gležnja zanesljivi indeksi za ocenjevanje funkcionalnega stanja bolnikov po zlomu gležnja. Ti rezultati bi lahko pomagali razumeti razmerje med temi fizičnimi zmogljivostmi in pacientovim zaznamim funkcionalnim statusom.

Hall idr. (2015, str. 36) so navedli, da je zvin gležnja zelo pogost pri športnikih in predstavlja 80 % poškodb gležnja. Te poškodbe lahko povzročijo poškodbe vezi, mišic, živcev in mehanoreceptorjev, ki prečkajo stranski gleženj. Ponavljajoči se zvini lahko povzročijo kronično nestabilnost gležnja, za katero je značilen subjektiven občutek ponavljajoče se nestabilnosti, ponavljajoče se epizode popuščanja, šibkost med telesno aktivnostjo in invalidnostjo po lastni oceni. Bolniki zato pogosto kažejo funkcionalne pomanjkljivosti zmogljivost, propriocepcijo in moč. Ugotavljali so ali protokoli za vadbo moči vplivajo na moč, dinamično ravnotežje, funkcionalno zmogljivost in nestabilnost pri posameznikih s kronično nestabilnostjo gležnja. Obe rehabilitacijski skupini sta zaključili protokol, ki je trajal 3-krat na teden 6 tednov. Kontrolna skupina ni obiskovala rehabilitacije. Glavna ugotovitev študije je bila, da sta bila oba protokola vadbe za moč učinkovita pri izboljšanju moči in zaznane nestabilnosti gležnja. Ker je mišična oslabeledost povezana s kronično nestabilnostjo gležnja, je trening moči bistveni del rehabilitacijskega protokola za zmanjšanje preostalih simptomov in morda tudi za preprečevanje nadaljnjih epizod nestabilnosti.

LITERATURA

1. Alikhani, R. idr. (2019). The Effect of a Six-Week Plyometric Training on Dynamic Balance and Knee Proprioception in Female Badminton Players. *J Can Chiropr Assoc.*, 63(3), 144–153. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6973753/>.

2. Alshehre, Y., Alkhatami, K., Brizzolara, K. idr. (2021). Reliability and Validity of the Y-balance Test in Young Adults with Chronic Low Back Pain. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 16(3), 628–635. doi:10.26603/001c.23430
3. Brumitt, J., Patterson, C., Dudley, R. idr. (2019). Comparison of Lower Quarter Y-Balance Test Scores for Female Collegiate Volleyball Players Based on Competition Level, Position, and Starter Status. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 14(3), 415–423. doi: 10.26603/ijsp20190415
4. Butler, R. J, Queen, R. M., Beckman, B. idr. (2013). Comparison of Dynamic Balance in Adolescent Male Soccer Players from Rwanda and the United States. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 8(6), 749–755. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24377061/>.
5. Butler, R. J., Bullock, G., Arnold, T. idr.(2016). Competition-Level Differences on the Lower Quarter Y-Balance Test in Baseball Players. *Journal of Athletic Training*, 51(12), 997–1002. doi: 10.4085/1062-6050-51.12.09
6. Coughlan, G. F., Fullam, K., Delahunt, E. idr. (2012). A Comparison Between Performance on Selected Directions of the Star Excursion Balance Test and the Y Balance Test. *Journal of Athletic Training*, 47(4), 366–371. doi: 10.4085/1062-6050-47.4.03
7. DeJong, A. F., Mangum, C. in Hertel, J. (2020). Ultrasound Imaging of the Gluteal Muscles During the Y-Balance Test in Individuals With or Without Chronic Ankle Instability. *Journal of Athletic Training*, 55(1), 49–57. doi: 10.4085/1062-6050-363-18.
8. Desai, S. S., Priya, S., Bhandary, B. idr. (2021). Correlation between Postural Stability and Functional Disability in Patients with Chronic Low Back Pain. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy*, 15(4), 151–156. Pridobljeno s: <https://medicopublication.com/index.php/ijpot/article/view/16519/14681>.
9. Gribble, P. A., Hertel, J. in Plisky, P. (2012). Using the Star Excursion Balance Test to Assess Dynamic Postural-Control Deficits and Outcomes in Lower Extremity Injury: A Literature and Systematic Review. *Journal of Athletic Training*, 47(3), 339–357. doi: 10.4085/1062-6050-47.3.08
10. Hall, E. A., Docherty, C. L., Simon, J. idr. (2015). Strength-Training Protocols to Improve Deficits in Participants With Chronic Ankle Instability: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Athletic Training*, 50(1), 36–44. doi: 10.4085/1062-6050-49.3.71
11. Hyong, I. H. in Kim, J. H. (2014). Test of Intrarater and Interrater Reliability for the Star Excursion Balance Test. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26(8), 1139–1141. doi: 10.1589/jpts.26.1139.
12. Johnston, W., O'Reilly, M., Coughlan, G. F. idr. (2018). Inertial Sensor Technology Can Capture Changes in Dynamic Balance Control during the Y Balance Test. *Digit Biomark*, 1,106–117. doi: 10.1159/000485470.
13. Lee, D.-K., Kang, M.-H., Lee, T.-S. idr. (2015). Relationships Among the y Balance Test, Berg Balance Scale, and Lower Limb Strength in Middle-Aged and Older Females. *Braz J Phys Ther.*, 19(3), 227–234. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0096>.
14. Lee, J., Yu, J., Hong, J. idr. (2022). The Effect of Augmented Reality-Based Proprioceptive Training Program on Balance, Positioning Sensation and Flexibility in Healthy Young Adults: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare (Basel)*, 10(7), 1–15. doi: 10.3390/healthcare10071202
15. Lee, Su-K. in Ahn, Su-H. (2018). Effects of Balance Evaluation Comparison of Dynamic Balance and y Balance. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 14(6), 939–943. Pridobljeno s <https://doi.org/10.12965/jer.1836494.247>.
16. Örgün, E., Kurt, C. and Özsu, I. (2020). The Effect of Static and Dynamic Core Exercises on Dynamic Balance, Spinal Stability, and Hip Mobility in Female Office Workers. *Turk J Phys Med Rehab*, 66(3), 271–280. doi: 10.5606/tftrd.2020.4317
17. Plisky, P., Schwartkopf - Phifer, K., Huebner, B. idr. (2021). Systematic Review and Meta-Analysis of the Y-Balance Test Lower Quarter: Reliability, Discriminant Validity, and Predictive Validity. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 16(5), 1190–1209. doi:10.26603/001c.27634
18. Powden, C. J., Dodds, T. K. in Gabriel, E. H. (2019). The Reliability of the Star Excursion Balance Test and Lower Quarter Y-Balance Test in Healthy Adults: a Systematic Review. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 14(5), 683–694. doi: 10.26603/ijsp20190683
19. Rugelj, D. (2014). *Uravnavanje drže, ravnotežja in hotenega gibanja*, 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

20. Salas - Gómez, D., Fernández - Gorgojo, M., Sánchez - Juan, P. idr. (2022). Measuring Recovery and Understanding Long-Term Deficits in Balance, Ankle Mobility and Hip Strength in People after an Open Reduction and Internal Fixation of Bimalleolar Fracture and Their Impact on Functionality: A 12-Month. *J. Clin. Med.*, 11(2539), 1–20. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3390/jcm11092539>.
21. Schwiertz, G., Brueckner, D., Beurskens, R. idr. (2020). Lower Quarter Y Balance Test performance: Reference Values for Healthy Youth Aged 10 to 17 years. *Gait & Posture*, 80, 148–154. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2020.05.041>.
22. Werasirirat, P. in Yimlamai, T. (2022). Effect of Supervised Rehabilitation Combined With Blood Flow Restriction Training in Athletes With Chronic Ankle Instability: a Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 18(2), 123–132. Pridobljeno s <https://doi.org/10.12965/jer.2244018.009>.

Neža Kralj Rotar
OZG OE Zdravstveni dom Kranj

Dr. Vojislav Ivetić
Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru
Sava med d. o. o., Spodnji Duplek

Stališča družinskih zdravnikov o vzrokih za neupoštevanje kliničnih smernic

UDK 614.25(083.15)-48.583

KLJUČNE BESEDE: klinične smernice, družinska medicina, oprema, znanje, preobremenjenost

POVZETEK – V pregledni presečni epidemiološki raziskavi med 57 naključno izbranimi zdravniki družinske medicine v Sloveniji smo kvalitativno analizirali njihova mnenja in stališča o možnih vzrokih za neupoštevanje smernic pri vsakdanjem delu. V okviru zastavljenega odprtega vprašanja smo prejeli 177 odgovorov. Kode, ki so jih predstavljali posamezni odgovori, smo glede na vsebino razdelili v 6 kategorij: organizacijske omejitve - pomanjkanje časa in dostopnost smernic, omejitve povezane z lastnostmi in kvaliteto smernic, pomanjkanje znanja vseh članov tima oziroma delo po izkušnjah, kompleksnost pacientov, slabo sodelovanje pacientov in finančne omejitve. Izsledki raziskave predstavljajo dobro izhodišče za bodoče organizacijske spremembe na področju primarnega zdravstva v cilju bolj strokovne in kakovostne obravnave bolnikov. Smiselni ukrepi za boljšo implementacijo kliničnih smernic v vsakdanje delo zdravnika družinske medicine so tako več časa za pacienta, boljša dostopnost diagnostičnih ambulant, digitalizacija in spletna orodja za lažje iskanje po smernicah ter zmanjševanje previsokih glavarinskih količnikov, administrativnih obremenitev, dela na več deloviščih in predolgi čakalni dob na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvene oskrbe.

UDC 614.25(083.15)-48.583

KEYWORDS: clinical guidelines, family medicine, equipment, knowledge, overworking

ABSTRACT – In a transparent cross-sectional epidemiological survey among 57 randomly selected family medicine doctors in Slovenia, we qualitatively analyzed their opinions and attitudes about the possible causes of non-observance of guidelines in their daily work. We received 177 responses to the open question. The codes represented by the individual answers were divided into 6 categories according to the content: organizational limitations - lack of time and availability of guidelines, limitations related to the characteristics and quality of guidelines, lack of knowledge of all team members or work based on experience, complex patients, non-cooperative patients and financial limitations. The research findings represent a good point for future organizational changes in the field of primary healthcare with the goal of better treatment of patients. Reasonable measures for a better implementation of the clinical guidelines in the everyday work of a family medicine doctor are more time for the patient, easier accessibility of diagnostic tests, better organization of the work in nurse model practices, digitization and online tools for easier search within the guidelines, as well as reducing numbers of registered patient on GP, administrative burdens, parallel workplaces and excessively long waiting times at the secondary and tertiary level of healthcare.

1 Uvod

Klinične smernice so priporočila, ki temeljijo na najvišji stopnji kakovosti dokazov o koristnosti določenega postopka in so pripravljene s strani več disciplinarnega sodelovanja vodilnih zdravnikov posamezne veje medicine, pogosto tudi predstavnikov organizacij bolnikov.

Oblikujejo jih delovne skupine strokovnih združenj, potrjujejo jih strokovni sveti (Geršak idr., 2018, str. 308). Glavni namen smernic je zagotavljanje dobre klinične prakse. Svet Evrope smernice opisuje kot sredstvo za bolj racionalno odločanje v zdravstveni obravnavi in kot podporo za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Zdravstvenemu osebju pomagajo pri prevzemanju, ocenjevanju in optimalni uporabi naraščajočega obsega znanstvenih dokazov in mnenj strokovnjakov (Geršak idr., 2016, str. 7). Hkrati pa so smernice tudi referenca za nadzor kakovosti dela in za zagotavljanje pravne varnosti. Smernice pravno sicer niso obvezujoče, vendar si jih zaradi pravnega načela dolžne skrbnosti tako izvajalci kot financerji težko privoščijo ignorirati. Če so strokovno verodostojne, je ob dokazani kršitvi smernic precej verjetno, da bo bolnik dokazal svoj odškodninski zahtevek, kljub temu pa niso predpis, po katerem bi uporabnik lahko iztožil storitev, ki je zapisana v njih (Popovič, 2018, str. 367).

Ena največjih nevarnosti uporabe kliničnih smernic je nekritično sprejemanje kuharskega recepta, saj jih je le redko mogoče preslikati na pacienta. Število pacientov s številnimi kroničnimi boleznimi narašča, kompleksnost obravnave se veča in uporabnost smernic v praksi je vse bolj vprašljiva. Skrb glede zatekanja v obrambno medicino pri pritiskih glede uporabe smernic so jasno izrazili norveški zdravniki, ki ob zapovedanem upoštevanju smernic ugotavljajo povečano predpisovanje zdravil, več napotitev k specialistom, polifarmacijo in prediagnosticiranje (Austad idr., 2016, str. 95). Ob tem pacienti nesorazmerno izpostavljamo invazivnim preiskavam, sevanju, višja je incidenca lažno pozitivnih rezultatov in naključnih najdb, ki povzročajo stiske pacientu in finančno obremenitve sistema z nadaljnjo diagnostiko. (Brichko idr., 2018, str. 740).

Cilj raziskave je bil prepoznati vzroke, zaradi katerih slovenski zdravniki družinske medicine pri svojem vsakodnevem delu ne sledijo smernicam. Sledili smo hipotezi, da imajo zdravniki družinske medicine jasno izoblikovana stališča in prepričanja o možnih vzrokih za neupoštevanje smernic.

Namen raziskave je bil predlagati vzroke za neupoštevanje kliničnih smernic in možne rešitve, ki bi prispevale k bolj doslednemu delu.

2 Empirični del

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Opravljen je bila opazovalna kvalitativna presečna raziskava med zdravniki družinske medicine. Vključeni so bili naključno izbrani slovenski zdravniki splošne in družinske medicine.

Z odprtim vprašanjem smo se želeli izogniti zgolj kategorizaciji problemov, ki se jih zavedamo sami in jih izpostavljajo v tujini in raje pridobiti odsev resničnih problemov, ki jih zaznavajo izkušeni kolegi v ambulantah.

Raziskava je potekala preko spleta v obdobju 25. 2. 2021–25. 6. 2021 in 6. 10. 2021–6. 1. 2022, vključitvene povezave so bile posredovane slovenskim zdravnikom preko več spletnih orodij. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko, št. 0120-470/2020/6.

2.2 Opis instrumenta

Za namen zbiranja podatkov je bil uporabljen vprašalnik, ki predstavlja del kompleksne študije o poznavanju in uporabi smernic v vsakodnevem delu zdravnikov družinske medicine.

Za namen naše raziskave smo uporabili del vprašalnika, ki je vseboval odprto vprašanje o najbolj pomembnih vzrokih za neupoštevanje smernic in priporočil v vsakodnevem delu - zdravniki so bili naprošeni, da navedejo do pet najpogostejših.

2.3 Opis vzorca

Velika večina zdravnikov, ki so se odzvali na spletno vabilo, ankete ni izpolnila do konca – zabeleženih je bilo 660 klikov na nagovor, od tega 277 pričetkov reševanja ankete (42 %) in le 57 ustrezno izpolnjenih anket (9 %). V analizo so bile vključene le ankete z odgovori na vsa zastavljena vprašanja.

V opazovanem vzorcu je bilo 65 % zdravnic (n = 37) in 35 % zdravnikov (n = 20), med njimi 60 % (n = 34) specialistov družinske medicine, 16 % (n = 9) specialistov splošne medicine in 25 % (n = 14) specializantov družinske medicine. Največji delež sodelujočih se je uvrstil v starostno skupino 30–40 let. Dosežena je bila odlična porazdelitev med 51 % zaposlenimi v mestnem okolju (n = 29) in 49 % zaposlenimi v ruralnem okolju (n = 28), nekoliko slabša pa pri porazdelitvi med zaposlitvijo v javnem sektorju – 86 % zdravnikov (n = 49) in pri koncesionarju – 14 % zdravnikov (n = 8). Tudi akademsko ozadje je bilo raznovrstno: med udeleženi zdravniki je bilo 42 % mentorjev študentov (n = 24), 30 % mentorjev za specializante (n = 17), 5 % udeleženi je bilo profesorjev na Univerzi (n = 3) in ostalih 23 % (n = 13) nič od tega. Največ udeleženi prihaja iz Podravske, Gorenjske in Osrednjeslovenske regije, sicer pa je prav iz vsake regije sodeloval vsaj 1 zdravnik.

2.4 Opis obdelave podatkov

Opravljen je bil deskriptivna kvalitativna analiza vsebine odgovorov po deduktivnem pristopu. Zaradi kratkih odgovorov redukcija podatkov ni bila izrazita, izločili smo le odgovore, ki niso odgovarjali na zastavljeno vprašanje. S pomočjo obstoječih raziskav, izkušenj in pridobljenih podatkov je bil ustvarjen kategorizacijski matrix. V šest vsebinskih kategorij smo razvrstili kode, ki so jih predstavljali odgovori anketirancev. S tem smo opredelili najpogostejše vzroke, ki so po oceni zdravnikov pri vsakdanjem delu v ambulanti družinske medicine povezani z neupoštevanjem smernic in jih primerjali s podatki iz literature.

3 Rezultati

Zdravniki družinske medicine so v največji meri navedli dva glavna vzroka neuporabe smernic pri delu (Tabela 1) in sicer organizacijske omejitve (49,2 %, n = 87) in slabe smernice (21,5 %, n = 38), le v 7,3% (n = 13) je bil vzrok v kompleksnosti pacientov in v 6,8 % (n = 12) v nesodelovanju pacientov. Med organizacijskimi omejitvami so največji razlog pomanjkanje časa in prekomerne delovne obremenitve (57,5 % oziroma 28,2 % vseh odgovorov, n = 50) in slaba dostopnost smernic (23 % oziroma 11,3 % vseh odgovorov, n = 20), sledijo omejitve zdravstvenega sistema (13,8 % oziroma 6,8 % vseh odgovorov, n = 12) ter v manjši meri slaba digitalizacija (5,7 % oziroma 2,8 %, n = 5).

Tabela 1: Vzroki za odstop od smernic po kategorijah

Vzroki	n = 177	%
organizacijske omejitve	87	49,2
prekomerne obremenitve, pomanjkanje časa	50	28,2
dostopnost do smernic	20	11,3
nedelujoč zdravstveni sistem	12	6,8
slaba digitalizacija	5	2,8
slabe smernice	38	21,5
znanje/izobraževanje/izkušnje	19	10,7
kompleksnost pacientov	13	7,3
sodelovanje pacienta	12	6,8
finančne omejitve	8	4,5

Vir: Lastni vir, 2022.

Zaradi prekomernih obremenitev in pomanjkanja časa od dela po smernicah odstopa 28,2 % anketiranih (n = 50), predvsem na račun prevelikega števila pacientov in s tem krajših obiskov, deloma pa tudi preveč administrativnih obremenitev, ki kradejo čas in energijo za strokovno obravnavo kliničnih težav. Časa primanjkuje tudi za sledenje novostim in posodobitvam smernic. Izpostavljeno je bilo, da ima »veliko dela v ambulanti potencial ustvarjanja površnega dela« in predvsem da velikokrat »veš kaj je prav, vendar se ne ravnaš po tistem, kar je prav, ampak kar je hitreje«. K preobremenjenosti prispeva tudi delo na več deloviščih, saj tako »zmanjka časa za manj pomembne stvari«, zato bode v oči poziv »Vrnimo družinskemu zdravniku družinsko medicino!«.

Kar 11,3 % vprašanih (n = 20) je mnenja, da so smernice slabo dostopne, predvsem v smislu enotne baze vseh trenutno veljavnih in ažuriranih smernic ter orodij za njihovo uporabo ter pomanjkljivega obveščanja izvajalcev o izdaji oziroma posodobitvi posameznih smernic. Potrebna bi bila »obveza zdravniških stanovskih združenj za ažurno obveščanje« in »hitra računalniška oblika«. Izpostavljeno je bilo, da nekatera farmacevtska združenja dobro razumejo to potrebo in izdajajo koristne izročke, »je pa vprašljivo, če taka orodja lahko jemljemo kot verodostojne smernice in priporočila«. Predlagan je bil »kratek vsakoletni repetitorij z novostmi«, prilagojen delu v ambulanti družinske medicine z jasno delitvijo, »do katere točke v smernicah je obravnavana v naši domeni (op.a: družinski zdravnik), od katere točke dalje pa v domeni specialista«.

S kodo organizacija zdravstvenega sistema smo izrazili problem čakalnih vrst za preiskave, ki jih delo po smernicah predvideva, slabe dostopnosti diagnostike na primarnem nivoju (gleženjski indeks, spirometrija), neučinkovitosti referenčnih ambulant (»RA s 4 pregledi na dan niso pripomogle k boljšemu vodenju«) in tudi ne vzpodbudnega delovnega okolja in nagrajevanja kvalitetnega dela. 6,8 % (n = 12) zdravnikov družinske medicine je kot vzrok za neupoštevanje smernic izpostavilo sistem, saj da »nedopustna čakanja velikokrat terjajo približke in bližnjice ter odstopanje od ustaljenih shem« in »so lahko pot v resne napake«. Zaradi tega »moraš bolnika večkrat obravnavati, da izpelješ en ukrep po smernicah«. Zdravniki na primarni ravni izpostavljajo še komunikacijske šume s sekundarnim nivojem zdravstvene oskrbe in »pogoste ukrepe, ki niso po smernicah, pač pa po avtoriteti specialistov in lahko pomembno stran od pravega problema«.

V manjšem odstotku – 2,8 % (n = 5) so bile navedene tudi težave z digitalizacijo, torej neustreznimi računalniškimi orodji za podporo odločanju na podlagi smernic, želje po neposrednih povezavah na smernice iz programov za obdelavo pacientovih podatkov in predvsem po poenotenju podatkov, ki bi sledili pacientu med različnimi ustanovami. V tem sistemu bi vsak zdravnik imel na voljo vse podatke za odločanje po smernicah, po drugi strani pa tudi možnost, da »utemelji, zakaj od njih odstopa«.

Druga večja kategorija vzrokov za neupoštevanje smernic in priporočil so lastnosti smernic – 21,5 % (n = 38) zdravnikov družinske medicine je bilo mnenja, da so slednje preobširne, neprilagojene na slovensko okolje in se prehitro spreminjajo, so velikokrat nejasne in nepregledne, predvsem pa neusmerjene v klinično delo v primarnem zdravstvu in niso poenotene med različnimi specialnostmi. Po eni strani je bilo izpostavljeno, da »veliko pogostih stanj nima smernic za obravnavo«, po drugi strani pa je bilo zaslediti nekaj proti obstoječim smernicam naperjenih odgovorov, kot na primer »smernice niso medicina« in »smernice so neumnost«.

V tretjo kategorijo smo razvrstili vzroke, povezane z znanjem, izkušnjami in izobraževanjem medicinskega kadra, ki so jih anketirani navedli v 10,7 % (n = 19). Izpostavljena je bila neosveščenost o obstoju smernic, pomanjkljivo znanje zdravnika in referenčne medicinske sestre glede vsebine smernic, deloma tudi nezanimanja in premajhnega angažmaja za

poznavanje le-teh. Kar nekaj zdravnikov je zapisalo, da »imamo premalo kvalitetnih izobraževanj za družinske zdravnike« na to temo in da se »premalo poudarja pomen poznavanja in uporabe smernic« tekom specializacije in tudi kasneje. Nekateri zdravniki raje kot smernicam zaupajo svojim ustaljenim navadam, prepričanjem in »izkušnjam, ki so jih naučile, zakaj se odločajo drugače«.

Po vzrokih na strani sistema, smernic in osebja so bili omenjeni tudi vzroki na strani pacienta. V 7,3 % (n = 13) zdravniki smernic ne upoštevajo zaradi polimorbidnosti in kompleksnosti pacientovih težav, ko je posamezne smernice težko uskladiti, »smernic za multimorbidnost pa nimamo«. Zelo poudarjen je bil v pacienta usmerjen pristop in kompleksnost obravnav ter individualna ter celostna obravnava vsakega posameznika, ne samo na podlagi smernic, pač pa tudi miselnic.

V nesodelovanju pacientov zaznava težavo 6,8 % (n = 12) zdravnikov družinske medicine, ki opažajo, da zaradi nenehnega spreminjanja terapije po posodobitvah smernic izgubljajo zaupanje pacientov, ki imajo tudi sicer pogosto »drugačna pričakovanja, kot jih vzpodbujajo smernice« in pri poskusih implementacije ne sodelujejo, zavračajo napotitve na preiskave ali po drugi strani zahtevajo napotitve na sekundarni nivo. »Za delo po smernicah je včasih pacientu potrebno reči NE, kar nekateri nočejo«, pacienti namreč izvajajo velike pritiske ter preiskave oziroma zdravilo želijo čim prej in takoj.

Finančne omejitve niso pomemben vzrok za neupoštevanje smernic – nanje je opozorilo 4,5 % (n = 8) zdravnikov, predvsem v smislu omejenega odstopa do določenih preiskav zaradi omejitev zavarovalnice in pomanjkanja sredstev za opremo in laboratorij, kar vodi v diskrepanco med kliničnimi priporočili in omejitvami predpisovanja.

4 Razprava

S presečno raziskavo med slovenskimi zdravniki družinske medicine smo pridobili vpogled v uporabo smernic pri vsakodnevem kliničnem delu in predvsem ovire za njihovo redno uporabo. Četudi so raziskave v tujini potekale kvalitativno v fokusnih skupinah - kanadska skupina 15 zdravnikov (Shawn idr., 2003, str. 7), švedska skupina 22 zdravnikov (Ingemansson idr., 2014, str. 143) in nizozemska skupina 30 zdravnikov (Lugtenberg idr., 2009, str. 55), so rezultati naše opazovalne presečne študije med 57 zdravniki primerljivi.

Največ odgovorov je ustrezalo organizacijskim omejitvam, ki so tudi najbolj dostopne za intervencijo, več kot 57 % njih pa je vezano na čas, bodisi za obravnavo pacienta, bodisi za izobraževanja oziroma sledenje novostim. Podobno je izpostavilo 50,6 % nemških zdravnikov (Drinovec, 2006, str. 655) in nekoliko kasneje 13 % Nizozemcev (Lugtenberg idr., 2009, str. 58), tudi v Kanadi je pomanjkanje časa na prvem mestu (Shawn idr., 2003, str. 8). Pridobivanje in sledenje novostim, medtem ko se klinične in administrativne obremenitve nenehno povečujejo, je izziv za številne klinike. Za obravnavo bolnikov z 10 najpogostejšimi kroničnimi stanji bi od upoštevanju smernic družinski zdravnik potreboval dnevno 3,5 ure v primeru nadzorovane bolezni, v primeru slabo nadzorovane bolezni pa kar 10,6 ur; to pomeni, da v delovnem času ne bi uspel oskrbeti niti kroničnih bolnikov, brez vseh dodatnih zadalžitev (Petek Šter in Švab, 2008, str. 209). Zaradi tega zaskrbljujoče število zdravnikov uporablja predstavnike farmacevtske industrije za dostop do smernic zdravljenja (Narins in Bennet, 2007, str. 1). Izvajalci se velikokrat znajdemo v hudi pravni stiski, ko bi po smernicah morali zagotoviti določeno zdravstveno storitev, vendar je zaradi pomanjkanja virov ne moremo, kar pa nas ne odvezuje pravne in moralne odgovornosti. Izpostavljen je bil tudi problem, da je potrebno za delo po smernicah pacienta večkrat povabiti v ambulanto, da zdravljenje šele

pričneš, kar se pri trenutnih čakalnih dobah za osnovne diagnostične postopke, kot je rentgen ali ultrazvok, lahko razvleče v mesece.

Med organizacijskimi problemi zdravstvenega sistema (6,8 %), so bili izpostavljeni še previsoki glavarinski količniki za strokovno delo, delo na več deloviščih hkrati, preveč administrativnih obremenitev. Izsledki raziskave so lahko dodaten razlog za organizacijske spremembe na področju primarnega zdravstva, saj v tem primeru omenjene pritožbe niso samo negodovanje zdravnikov, pač pa razlog za nestrokovno, nevarno in tudi dražjo obravnavo naših bolnikov. Glede dela referenčnih ambulant bi bilo potrebno urediti normative dela in zagotoviti, da vsi kronični bolniki vsaj 1x letno pridejo na vrsto za pregled - v sistemu, ko je DMS na voljo posamezni populaciji 2x tedensko in pokriva še preventivno, to ni izvedljivo. To vodi v neenakost zdravstvene oskrbe in slabše vodenje velikega odstotka kroničnih bolnikov kot pred obstojem RA. Nepredstavljivo je, da kolegi navajajo, da njihove ambulante niso opremljene z vsaj osnovnimi diagnostičnimi napravami (dopplerski detektor perfuzijskih tlakov, 24 urno merjenje krvnega tlaka, spirometrija, možnost bronhodilatatornega testa, prenosni ultrazvok) – torej niti nimajo pogojev za izvajanje priporočil diagnostike iz kliničnih smernic.

Večkrat omenjen je bil tudi problem dostopnosti smernic (11,3 %), predvsem v smislu neažurnega obveščanja zdravnikov o objavi novih smernic in prevelike razpršenosti po literaturi. Številni zdravniki so predlagali centralizacijo vseh veljavnih in ažurnih smernic na enotni spletni strani ter jasno razmejitev in delitev dela med primarnim in sekundarnim nivojem. Tudi v tem delu se je izkazalo, da nimamo samo Slovenci težav z dostopnostjo, saj so tudi kanadski zdravniki na drugo mesto postavili problem dostopa do smernic zaradi uporabniku neprijazne oblike in dolgotrajnega iskanja (Shawn idr., 2003, str. 9). Menimo, da so določeni cilji enostavno dosegljivi z malo angažmaja, kot je na primer spletna stran z aktualnimi smernicami. Na račun slabe digitalizacije (neustrezna računalniška orodja za odločanje) je bilo malo pripomb (2,8 %), slednje predvsem glede povezovanja podatkov med različnimi ustanovami, ki bi sledili pacientu in direktne povezave na smernice ter orodja za klinično odločanje iz programov za obdelavo podatkov.

Takoj za organizacijskimi omejitvami so bile izpostavljene slabe lastnosti smernic (21,5 %), kot je prehitro spreminjanje, obširnost, neprilagojenost na slovensko okolje, nejasnost in nepreglednost. Kolegi so izpostavili tudi, da nekatere smernice niso usmerjene v klinično delo ali so napisane s stališča sekundarne ravni zdravstva. S problemi v obliki smernic so se strinjali tudi nemški zdravniki, ki so izpostavili predvsem težko berljive (34,5 %) in preveč teoretične smernice (24,4 %), več kot 53 % jih je bilo mnenja, da je smernic preveč (Drinovec, 2006, str. 655). Tudi 43 % Nizozemcev se je izreklo, da so razlogi za neupoštevanje v skupini lastnosti samih smernic (Lugtenberg idr., 2009, str. 58). Švedski zdravniki so predlagali celo pisanje smernic po simptomih, namesto po bolezni (Ingemansson idr., 2014, str. 146).

Številni zdravniki so ponižno priznavali, da je pri implementaciji smernic problem tudi pomanjkanje znanja, zanimanja in angažmaja (10,7 %). Veliko kolegov se pri delu zanaša predvsem na izkušnje, ki se v praksi obnesejo bolje kot priporočila ali so enostavno bolj domače in utečene za delo. Na tem mestu je bilo izpostavljeno tudi pomanjkljivo znanje medicinskih sester v referenčnih ambulantah. Izpostavljene so bile želje po več izobraževanjih, ki so nekoliko v nesoglasju s trditvami o preobremenjenosti, preveč smernicah in informacijah, ki bi si jih morali zapomniti, ali pa to lahko razumemo kot željo po drugačni, krajši in bolj uporabni predstavitvi vsebin, kot nam je dostopna trenutno. Tudi Nizozemci so v raziskavi leta 2009 opredelili slabo znanje za neupoštevanje smernic kar v 46 %, v 27 % ključnih priporočil pa zdravniki niso bili motivirani za spremembo rutine dela in so priznali premoč zakoreninjenih navad iz prakse (Lugtenberg idr., 2009, str. 57). Nemški zdravniki ocenjujejo vpliv izkušenj povprečno na 42 % (Cabana idr., 1999, str. 1461). Celotni kanadski zdravniki, ki so se

zavzemali za vpeljavo na dokazih temelječe medicine, so intuicijo vključili med pomembna merila za dobro klinično odločanje (Shawn idr., 2003, str. 8).

Presenetljivo malo je bilo razlogov za neupoštevanje smernic zaradi polimorbidnosti (7,3 %). Poudarki so bili na celostnem pristopu družinskih zdravnikov, individualnosti posameznih pacientov in upoštevanju tudi miselnih in ne samo smernic, na kar smo lahko ponosni. Razvijanje meril kakovosti oskrbe, ki jo potrebujejo bolniki s komorbidnostmi, je ključnega pomena za izboljšanje njihove oskrbe in bilo bi dobrodošlo, da bi se vsake smernice dotaknile teh pacientov ali jasno poudarile, kakšno skupino bolnikov obravnavajo, ker je sicer tudi tretje merilo za vrednotenje smernic AGREE (Slovenski priročnik za smernice, 2003, str. 13). Po drugi strani je majhen odstotek zdravnikov, ki je izpostavil problem polimorbidnosti lahko tudi zaskrbljujoč in bi bilo potrebno na izobraževanjih večkrat opozoriti in poudarjati situacije, ko so odstopi od zdravljenja po smernicah lahko tudi v dobro pacienta.

(Ne)sodelovanje bolnika je izpostavilo 6,8 % komentarjev - ta dejavnik je bil sicer prepoznan tudi v tujini: Nizozemci kot oviro omenjajo dejavnike v povezavi z bolnikom kar v 40 %, v 25 % so mnenja, da se želje bolnikov ne ujemajo s priporočili (Lugtenberg idr., 2009, str. 57), Nemci prepoznavajo problem sodelovanja kar v 70 %, prav tako so temu, da raje kot v skladu s smernicami, ravnajo v skladu z željami pacienta, nagnjeni Kanadčani (Shawn idr., 2003, str. 9). Dejstvo je, da je zaupanje in dober odnos med pacientov in izbranim zdravnikom temelj za uspešno zdravljenje in zdravniki po vsem svetu raje kot krhanje odnosa izberejo delo izven kliničnih smernic. V študiji glede sodelovanja sladkornih bolnikov pri zdravljenju so ugotovili, da so smernice lahko uporabne le, če so prilagojene pacientu in ne bolezni, torej upoštevajo vrednote, klinične, socialne in osebne lastnosti pacienta (Wyatt idr., 2014, str. 93). Najpomembnejše je, da odločitev za obravnavo izven smernic jasno zabeležimo in podkrepimo za primer zapletov in eventualnih sodnih sporov.

Prav zadnja, najmanjkrat omenjena ovira pa je finančna (4,5 %), predvsem v smislu diskrepance med kliničnimi priporočili in omejitvami predpisovanja. Slednje sicer ni razlog, da pacientu ne svetujemo in na bel recept predpišemo določenega zdravila ali preiskave, je pa komplanca v primeru plačljivih ukrepov pomembno nižja. Poleg tega vse, kar morajo pacienti opraviti ali kupiti samoplačniško, lahko zaseje dvom v strokovnost odločitve in nas ob zavračanju takega ukrepa s strani pacienta postavi pred dilemo, kako zdravljenje sploh nadaljevati.

Glede na razloge za neupoštevanje smernic bi bilo mogoče iz raziskave izpeljati nekaj hitrih in učinkovitih ukrepov, kot so centralna baza vseh priznanih in preverjenih smernic na enem mestu, vsakoletno predavanje za družinske zdravnike s strukturiranim, v klinično delo usmerjenim pregledom novosti v vseh smernicah s kratkimi izročki ter poudarkom, od kje dalje je potrebna napotitev na sekundarni nivo. Z menjavo generacij zdravnikov in uvedbo eKartona bi bilo modro razmišljati tudi o računalniški ali mobilni aplikaciji za lažje iskanje po vsebinah in povezavah na spletne kalkulatorje in orodja.

Organizacijski ukrepi so nujni, vendar trenutno daleč na obzorju. Še najhitrejša rešitev je edukacija referenčnih medicinskih sester in spremenjen način dela v njihovih ambulantah, da bodo v prihodnje obravnave deležni prav vsi kronični bolniki vsaj enkrat letno. Učinkovito, vključujoče in z delitvijo odgovornosti pogojeno timsko delo je osnova za uspešno implementacijo smernic na več nivojih. Tudi interventni zakoni za skrajševanje čakalnih dob, predvsem za diagnostične preiskave, so še ena izmed nujnih sistemskih posodobitev, ki bi implementacijo smernic bistveno olajšala in zdravnikom omogočila strokovno delo. V kolikor se stanje na tem področju ne bi izboljševalo, pa je pomembno, da na sistemske omejitve pomislijo že avtorji smernic in jih prilagodijo kadrovskim in finančnim resursom, ne pa idealom zdravljenja. S tega vidika je pomembna proaktivnost prav nas, družinskih zdravnikov, da se

aktivno vključujemo v nastajanje novih smernic in priporočil in že ob nastanku opozarjamo na razmere in možnosti, ki so dostopne tudi v klinični praksi.

5 Zaključek

Ugotavljamo, da so med vzroki za neupoštevanje smernic največji problem organizacijske omejitve, predvsem pomanjkanje časa in dostopnost do smernic, sledijo omejitve, povezane s smernicami, dalje pomanjkanje znanja oziroma delo po izkušnjah, kompleksnost pacientov, slabo sodelovanje pacientov in finančne omejitve.

Smiselni ukrepi za boljšo implementacijo so več časa za pacienta, boljša dostopnost diagnostičnih preiskav, boljša organizacija dela referenčnih ambulant, centralno zbiranje smernic, letno predavanje o najnovejših priporočilih, digitalizacija in spletna orodja za lažje iskanje po smernicah. Za začetek bi bilo potrebno ponovno vzpostaviti bazo smernic na spletni strani in vse ambulante opremiti z osnovnimi diagnostičnimi napravami (dopplerski detektor perfuzijskih tlakov, 24 urno merjenje krvnega tlaka, spirometrija, možnost bronhodilatatornega testa, prenosni ultrazvok) – torej ustvariti pogoje, ko vsi vemo, kje najdemo priporočila, kakšna je njihova vsebina in jo imamo tudi možnost izvajati.

Izsledki raziskave so lahko dodaten razlog za organizacijske spremembe na področju primarnega zdravstva, saj v tem primeru previsoki glavarinski količniki, administrativne obremenitve, delo na več deloviščih in predolge čakalne dobe niso samo negotovanje zdravnikov, pač pa razlog za nestrokovno, nevarno in tudi dražjo obravnavo naših bolnikov. Pri polimorbidnih pacientih ima v pacienta usmerjeno ukrepanje prednost pred zdravljenjem posameznih diagnoz, saj se s tem izognemo polifarmaciji, prediagnosticiranju in neželenim izidom zdravljenja. Pomisliti moramo še na druge okoliščine in pri zdravljenju s pacientom skleniti zaveznitvo. Izkušnje naj dopolnjujejo klinične smernice.

LITERATURA

1. Austad, B., Hetlevik, I., Mjølstad, B. P. idr. (2016). Applying Clinical Guidelines in General Practice: A Qualitative Study of Potential Complications. *BMC Fam Pract*, 17, 92–99.
2. Brichko, L., Mitra, B. in Cameron, P. (2018). When Guidelines Guide us to Harm. *Emerg. Med. Australas*, 30, 740–742.
3. Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R. idr. (1999). Why don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*, 282, 1458–1465.
4. Drinovec, J. (2006). Ali na izsledkih temelječa medicina s kliničnimi smernicami zdravnika omejuje? *Zdrav Vestn*, 75, 653–657.
5. Geršak, K., Fras, Z. in Rems, M. (2016). Ali vemo, kakšne morajo biti dobre klinične smernice? *Zdrav Vestn*, 85, 6–14.
6. Geršak, K., Šoštarčič, M., Komadina, R. idr. (2018). Pot sprejemanja strokovnih priporočil in kliničnih smernic. *Zdrav Vestn*, 87(7–8), 307–310.
7. Ingemansson, M. Bastholm - Rahmner, P. in Kiessling, A. (2014). Practice Guidelines in the Context of Primary Care, Learning and Usability in the Physicians Decision-Making Process – A Qualitative Study. *BMC Fam Pract*, 15, 141–150.
8. Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P. idr. (2009). Why don't Physicians Adhere to Guidelines Recommendations in Practice? An Analysis of Barriers Among Dutch General Practitioners. *Implement Sci*, 4(1), 54.
9. Narins, R. G. in Bennet, W. M. (2007). Patient Care Guidelines: Problems and Solutions. *Clin J Am Nephrol*, 2, 1–2.
10. Petek Šter, M. in Švab, I. (2008). Bolniki s sočasnimi boleznimi v družinski medicini. *Med Razgl*, 47(2), 205–211.

11. Popovič, B. (2018). Pomen in pravni status priporočil in smernic. *Zdrav Vestn*, 87(7–8), 365–377.
12. Shawn, C. T. Dantas, G. C. in Upshur, REG. (2003). Evidence-Based Medicine in Primary Care: Qualitative Study of Family Physicians. *BMC Fam Pract*, 4, 6–14.
13. Slovenski priročnik za smernice. (2003). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Pridobljeno s www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Dostopnost-in-varnost-zdravstvenega-varstva/Kakovost-zdravstvenega-varstva/e2def9baba/Slovenski-prirocnik-za-smernice.pdf.
14. Wyatt, K. D., Stuart, L. M., Brito, J. P. idr. (2014). Out of Context: Clinical Practice Guidelines and Patients With Multiple Chronic Concditions. *Medical Care*, 52(3), 92–100.

Biologija empatije

UDK 577.175.3:159.942

KLJUČNE BESEDE: empatija, biološki mehanizmi, oxitocin, klinične študije

POVZETEK – Empatijo pogosto navajamo kot pomembno čustveno lastnost človeka, ki je še posebej pomembna za zaposlene v zdravstvu in skrbstvenih poklicih. SSKJ empatijo definira kot 'vživljanje v drugega človeka'. Čeprav je empatija psihološka lastnost, ima biološke osnove. Raziskovanje bioloških osnov empatije je močno povezano z razvojem nevrobiologije po odkritju zrcalnih nevronov pred tremi desetletji. Ugotovljene so bile nekatere pomembne povezave med hormoni in drugimi substancami ter prisotnostjo empatije, med temi študijami je zlasti pogosto izpostavljen oksitocin. Namen prispevka je prikaz pregleda kliničnih študij, v katerih so proučevali vpliv oksitocina na empatijo. V spletni bazi PubMed smo s ključnimi besedami 'empathy', 'oxytocin' in 'clinical trial' med 72 zadetki izbrali 7 člankov, ki opisujejo rezultate izvornih kliničnih študij oz. raziskav na različnih populacijah. Razumevanje bioloških osnov empatije nam omogoča razumevanje oseb z zmanjšano sposobnostjo vživljanja (npr. osebe z avtizmom), pomaga pa tudi pri razumevanju odnosov na medosebni in družbeni ravni.

UDC 577.175.3:159.942

KEYWORDS: empathy, biologic mechanisms, oxytocin, clinical trials

ABSTRACT – Empathy is often described as an important emotional quality of a person, which is especially important for employees in healthcare and care professions. In dictionary, empathy is defined as 'empathizing with another person'. Although empathy is a psychological trait, it is rooted in biology. Research of the biological basis of empathy is closely related to the development of neurobiology and the discovery of mirror neurons three decades ago. Some significant associations have been found between hormones and other substances and the expression of empathy, with oxytocin being particularly often highlighted in these studies. The purpose of the paper is to present a review of clinical studies in which the association of oxytocin and empathy was studied. Using the keywords 'empathy', 'oxytocin' and 'clinical trial', 72 articles were found from which we selected 7 articles describing the results of original clinical studies on different populations. Understanding the biological basis of empathy allows us to understand people with a reduced ability to empathize (e.g. people with autism), and it also helps us understand relationships on an interpersonal and social level.

1 Teoretična izhodišča

Empatijo pogosto navajamo kot pomembno čustveno lastnost človeka, ki je še posebej pomembna za zaposlene v zdravstvu in skrbstvenih poklicih. Sullivan (1892–1949), en izmed utemeljiteljev socialne psihologije, je uporabil izraz empatija, da bi opisal »nenavadno čustveno povezavo, ki opredeljuje odnos dojenčka z drugimi pomembnimi ljudmi - materjo ali medicinsko sestro« (Ewans, 2020).

Empatija je kompleksen psihološki in družbeni pojav, ima pa tudi biološko osnovo (Fan idr., 2011; Singer in Lamm, 2009). Nevroznanstveniki so identificirali določene regije možganov, ki so vključene v empatijo, vključno s sprednjim cingularnim korteksom, insulo in zrcalnimi nevroni (Singer in Lamm, 2009).

Sprednji cingularni korteks je vključen v zaznavanje čustvene in telesne stiske pri drugih in ustvarjanje ustreznega čustvenega odziva (Singer in Lamm, 2009). Insula je vključena v zaznavanje in obdelavo čustvenih informacij od sebe in drugih (Fan idr., 2011). Zrcalni nevroni

so nevroni v možganih, ki se sprožijo, ko posameznik izvaja neko dejanje in ko opazuje drugega posameznika, ki izvaja isto dejanje, kar omogoča zaznavanje dejanj in čustev drugih (Rizzolatti in Craighero, 2004).

1.1 Zrcalni nevroni

Zrcalni nevroni so vrsta nevronov, ki se sprožijo, ko posameznik izvaja neko dejanje in ko opazuje drugega posameznika, ki izvaja isto dejanje. Enako se odzivajo v primeru, ko izvedemo neko dejanje, in v primeru, ko opazujemo nekoga drugega izvesti enako dejanje. Gre za nehoten in avtomatičen mehanizem živčnih celic, zaradi katerega nam ni potrebno razmišljati o tem, kaj drugi počnejo ali občutijo - to preprosto vemo. Aktivnost tega sistema se poveča, če posameznik opazovanju drugih ljudi posveti več pozornosti in njegovo opazovanje ni le pasivno. Rizzolatti in sodelavci so jih prvič odkrili v možganih opic makakov v devetdesetih letih prejšnjega stoletja (Rizzolatti idr., 2001).

Zrcalni nevroni se nahajajo v premotorični skorji in spodnjem parietalnem lobulu možganov ter naj bi imeli vlogo pri posnemanju, empatiji in socialnem spoznavanju. Za delovanje in preživetje človeške družbe moramo ljudje razumeti dejanja drugih in se učiti od drugih. Učenje s posnemanjem je sposobnost, ki je osnova človeške kulture. Ko posameznik opazuje drugo osebo, ki izvaja neko dejanje, se zrcalni nevroni v njegovih možganih sprožijo na način, ki mu omogoča, da notranje simulira opazovano dejanje. Ta simulacija omogoča zaznavanje dejanj in čustev drugih ter lahko prispeva k razvoju socialnega razumevanja in empatije (Rizzolatti in Craighero, 2004).

Raziskave zrcalnih nevronov so se razširile z opic na ljudi, študije pa so pokazale, da so vključeni v različne procese, vključno z razumevanjem jezika, posnemanjem, prepoznavanjem čustev in empatijo. V študiji Carra in drugih (2003) so na primer ugotovili, da so se ob opazovanju obraznega izraza bolečine druge osebe aktivirale njihove lastne obrazne mišice, kot da bi bolečino doživljali sami.

Čeprav nevroznanstveniki še vedno raziskujejo zgradbo in delovanje zrcalnih nevronov, veljajo za pomemben element socialne kognicije in imajo potencialne posledice za razumevanje motenj, kot so motnje avtističnega spektra, pri katerih so pogosti primanjkljaji v socialni kogniciji in empatiji (Williams idr., 2006).

1.2 Fiziološki dejavniki, ki vplivajo na empatijo

Ugotovljene so bile nekatere pomembne povezave med hormoni in drugimi substancami ter prisotnostjo empatije. Med temi študijami je zlasti pogosto izpostavljen oksitocin.

Oksitocin je znan kot »hormon ljubezni«, saj je povezan z vzpostavljanjem socialnih vezi, zaupanja in čustvene navezanosti. Oksitocin ima vrsto fizioloških učinkov v različnih ciljnih tkivih in organih. Ena od njegovih dobro znanih funkcij je sodelovanje pri porodu in dojenju. Med porodom oksitocin spodbuja krčenje maternice, kar olajša potek poroda in spodbuja izločanje mleka med dojenjem. Poleg tega je oksitocin vključen v oblikovanje socialnih vezi, saj spodbuja zaupanje, empatijo in vedenje, povezano s socialnimi vezmi (Feldman, 2017). Še en pomemben vidik fiziologije oksitocina je njegova vloga pri uravnavanju stresa. Dokazano je, da oksitocin modulira os hipotalamus-hipofiza-nadledvična žleza (HPA), ki je odgovorna za odziv telesa na stres. Oksitocin lahko zavira sproščanje stresnih hormonov, kot je kortizol, ter ublaži fiziološke in vedenjske odzive na stres (Heinrichs idr., 2003). Študije so pokazale, da posamezniki, ki prejemajo oksitocin, kažejo večjo empatijo in prosocialno vedenje (Shamay - Tsoory in Abu - Akel, 2016; Hurlemann idr., 2010).

Prosocialna teorija trdi, da oksitocin predvsem krepi afiliacijsko prosocialno vedenje; teorija strahu/stresa predvideva, da oksitocin vpliva na družbeno delovanje z zmanjševanjem stresa;

teorija vstopa/izstopa iz skupine pa predlaga, da oksitocin uravnava sodelovanje in konflikte med ljudmi v okviru medskupinskih odnosov. Vse več dokazov razkriva, da so učinki oksitocina odvisni od različnih kontekstualnih vidikov in značilnosti posameznika ter lahko povzročijo antisocialne učinke, vključno z agresijo in zavistjo. Kompleksnost delovanja oksitocina pri uravnavanju odziva na različne družbene okoliščine je povezana tudi z interakcijo z dopaminergičnim sistemom. Ključno je, da učinek vidnosti modulira odzive na usmerjanje pozornosti na zunanje kontekstualne družbene namige (npr. tekmovalno in sodelovalno okolje), vendar je odvisen od osnovnih individualnih razlik, kot so spol, osebnostne lastnosti in stopnja psihopatologije (Shamay - Tsoory in Abu - Akel, 2016; Bartz idr., 2011).

Nevrobiološki mehanizmi, na katerih temelji povezava med oksitocinom in empatijo, so bili raziskani z uporabo nevro-slikovnih tehnik. Bethlehem, van Honk, Auyeung in Baron-Cohen (2013) so opravili obsežen pregled intranazalnih oksitocinskih študij fMRI in dokazali, da oksitocin modulira fiziologijo možganov in funkcionalno povezanost v regijah, povezanih z empatijo, kot sta amigdala in prefrontalna skorja. Te ugotovitve podpirajo domnevo, da oksitocin olajšuje empatične odzive z modulacijo nevronske aktivnosti v ključnih možganskih regijah.

Empirični dokazi tudi kažejo, da lahko dajanje oksitocina poveča čustveno empatijo. Hurlmann in drugi (2010) so izvedli študijo, ki je pokazala, da je dajanje oksitocina izboljšalo od amigdale odvisno, socialno okrepljeno učenje in čustveno empatijo pri ljudeh. Podobno so Petrovic idr. (2008) ugotovili, da oksitocin zmanjša negativne afektivne ocene pogojenih obrazov, kar kaže na modulacijo čustvenih odzivov. Te študije dodatno podpirajo vlogo oksitocina pri spodbujanju empatičnih procesov.

Oksitocin je peptidni hormon, ki se sintetizira predvsem v hipotalamusu, zlasti v paraventricularnem in supraoptičnem jedru. Od tam se po živčnih vlaknih prenaša do zadnje hipofize, kjer se shrani in ob stimulaciji sprosti v krvni obtok. Sproščanje oksitocina lahko sprožijo različni dražljaji, vključno s fizičnim dotikom, pozitivnimi socialnimi interakcijami in spolno aktivnostjo (Feldman, 2017). Po sprostitvi se oksitocin veže na specifične receptorje, ki so razporejeni po vsem telesu. Aktivacija teh receptorjev povzroči sprožitev različnih znotrajceličnih signalnih poti (Gimpl in Fahrenholz, 2001).

Oksitocin je na voljo tudi v farmacevtski obliki. Njegova uporaba prinaša pozitivne učinke pri obvladovanju nekaterih vedenjskih in čustvenih motenj. Aplicira se največkrat v obliki spreja intranazalno.

Na splošno je empatija zapleten pojav s psihološkimi in biološkimi sestavinami. Razumevanje biologije empatije nam lahko pomaga pri razvoju ukrepov za povečanje empatije in spodbujanje pozitivnih socialnih interakcij. Namen prispevka je pregled kliničnih študij, pri katerih se oksitocin uporablja za terapevtsko uporabo pri osebah, za katere je značilno nenormalno socialno vedenje.

2 Metode

V spletni bazi PubMed smo s ključnimi besedami 'empathy', 'oxitocin' in 'clinical trial' pridobili nabor člankov, med katerimi smo iskali izvirne članke z opisi kliničnih študij o proučevanju vpliva oksitocina na empatijo. Med 72 zadetki izbrali 7 člankov, ki opisujejo rezultate izvirnih kliničnih študij oz. raziskav na različnih populacijah.

3 Rezultati

Izbrani članki prikazujejo rezultate kliničnih študij, v katere so bile vključene osebe z nenormalnim socialnim vedenjem ali zdravi posamezniki z namenom ovrednotiti vpliv oksitocina na empatijo. Povzetek ključnih informacij iz izbranih člankov je v tabeli 1.

Tabela 1: Prikaz ugotovitev izbranih člankov

<i>Avtor in leto</i>	<i>Naslov</i>	<i>Vzorec in metoda</i>	<i>Ugotovitve</i>
Lee idr., 2020	Oksitocinsko spodbujanje čustvene empatije je povezano z večjim časom pozornosti na obraze posameznikov v čustvenem kontekstu	Vzorec: 40 zdravih moških Metoda: Randomizirana, s placebom kontrolirana raziskava je vključevala 40 zdravih moških posameznikov, opazovanje krepite čustvene empatije po intranazalni aplikaciji oksitocina (within-subject design).	Ugotovitve kažejo, da je večja čustvena empatija po dajanju oksitocina posledica povečane pozornosti (daljši čas gledanja) na obraze drugih, ki kažejo čustva.
Fragkaki in Cima, 2019	Vpliv dajanja oksitocina na empatijo in prepoznavanje čustev pri mladostnikih v domovih	Vzorec: 100 mladostnikov moškega spola, ki živijo v domovih za mlade Metoda: Udeleženci so si sami dali en odmerek 24 IE intranazalnega oksitocina ali placeba ter pred in po dajanju izvajali eksperimentalne naloge na področju empatije in prepoznavanja čustev (within-subject design).	Študija je pokazala ugoden učinek oksitocina na empatijo in prepoznavanje strahu pri mladostnikih v domovih.
Shahrestani idr., 2013	Vpliv enkratnega dajanja intranazalnega oksitocina na prepoznavanje osnovnih čustev pri ljudeh: metaanaliza	Vzorec: 381 udeležencev raziskave (71 žensk) Metoda: Raziskava, ali intranazalni oksitocin poveča prepoznavanje čustev na človeških obrazih in ali na to vplivata izraz čustva in čas izpostavljenosti obraza.	Rezultati so pokazali, da intranazalno dajanje OT okrepi prepoznavanje čustev na obrazih.
Domes idr., 2019	Učinki intranazalnega dajanja oksitocina na empatijo in motivacijo za pristop pri ženskah z mejno osebnostno motnjo	Vzorec: 51 žensk z mejno osebnostno motnjo in 51 zdravih kontrolnih žensk Metoda: Randomizirano dvojno slepo, s placebom nadzorovano eksperimentalno preskušanje. Udeleženci so prejeli enkratni odmerek 24 IU oksitocina ali placeba intranazalno	Ugoden učinek oksitocina na primanjkljaje v afektivni empatiji in motivaciji za pristop k drugim pri osebah z mejno osebnostno motnjo.
Halverson idr., 2019	Učinki oksitocina na empatijo, introspektivno natančnost in socialne simptome pri shizofreniji: 12-tedensko randomizirano kontrolirano preskušanje dvakrat na dan	Vzorec: 68 stabilnih ambulantnih bolnikov s shizofrenijo ali shizoafektivno motnjo. Metoda: randomizirana študija z aplikacijo intranazalnega oksitocina (24 IU dvakrat na dan) ali placeba.	Rezultati so pokazali omejen učinek oksitocina z določenim izboljšanjem na IRI Perspective-Taking Subscale. Med skupinami ni bilo dodatnih razlik pri samoporočanju o simptomih, empatiji ali introspektivni zaznavi.

Mayer idr., 2021	Randomizirano klinično preskušanje intranazalne aplikacije oksitocina pri avtizmu ni pokazalo bistvene modulacije nevronske aktivacije, povezane z empatijo.	Vzorec: 25 moških bolnikov z motnjo avtističnega spektra ASD brez intelektualne oviranosti. Metoda: Dvojno slepa, navzkrižna, s placebom nadzorovana študija, v kateri je bil intranazalno apliciran enkratni odmerek oksitocina ali placeba	Oksitocin je povečal bilateralno odzivnost amigdale med nalogo, ki je povzročala fizične bolečine, tako za boleče kot tudi za nevtralne dražljaje. Razen tega zdravljenje z oksitocinom ni imelo nobenih drugih učinkov. Genotip OXTR (gen za oksitocinski receptor) ni pomembno vplival na zdravljenje z oksitocinom.
Strang idr., 2017	Vprašanje razdalje - učinek oksitocina na socialno distanciranje je odvisen od empatije	Metoda: V dvojno slepi raziskavi so prejeli oksitocin ali placebo in merili vedenje pri socialnem distanciranju.	Pri osebah, ki so prejemale oksitocin, je bila ugotovljena pozitivna korelacija med posameznikovimi lastnostmi empatije in njegovim velikodušnim vedenjem do bližnjih oseb.

Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Analizirane klinične študije ugotavljajo pozitivne učinke na lastnosti empatije in vedenje posameznikov pri različnih skupinah pacientov (mejna osebnostna motnja (Domes idr., 2019)), shizofrenija (Halverson idr., 2019), avtizem (Mayer idr., 2021), čustvene in vedenjske motnje (Fragkaki in Cima, 2019) kot tudi pri zdravih prostovoljcih (Lee idr., 2020; Strang idr., 2017; Strang idr., 2017). Dodatek oksitocina je rerezultiral v povečani pozornosti na obraze drugih, ki kažejo čustva (Lee idr., 2020), prepoznavanje čustev (Shahrestani idr., 2013), zlasti strahu pri mladostnikih s čustveno-vedenjskimi motnjami (Fragkaki in Cima, 2019), povečanje empatije in velikodušnega vedenja (Strang idr., 2017). Pri osebah z mejno osebnostno motnjo so ugotovili zmanjšanje deficita v empatičnem vedenju (Domes idr., 2019). Omejene učinke so ugotovili pri bolnikih s shizofrenijo in motnjami avtističnega spektra (Halverson idr., 2019; Mayer idr., 2021).

Oksitocin ima torej pomembno vlogo pri uravnavanju vedenjskih odzivov posameznika; tako kot molekula, ki jo proizvaja telo samo, kot tudi če ga apliciramo kot farmakološko sredstvo. Seveda je potrebno upoštevati, da je kompleksno vedenje, kot je empatija, neprimerno obravnavati le v povezavi z eno molekulo. Znano je, da je delovanje oksitocina povezano s stresom, torej z dopaminergičnim sistemom (Bartz idr., 2011). Druge biomolekule, ki se omenjajo v povezavi z izraženostjo empatije sta npr. tudi vasopresin (Tabak idr., 2016) in fluoroamfetamin (Dodler idr., 2018).

Poleg fizioloških podlag empatičnega vedenja so seveda ključni tudi vplivi okolja ter osnovne individualne značilnosti, kot so spol, osebnostne lastnosti in stopnja psihopatologije (Shamay -

Tsoory in Abu - Akel, 2016), zato bi bilo napačno povezavo empatičnega vedenja in oksitocina razumeti v smislu biološkega determinizma. Gre namreč za interakcijo bioloških in socialnih vplivov, študije pa nakazujejo, da se v primeru patološkega vedenja ali zmanjšane sposobnosti življenja, vedenje lahko korigirajo z dodajanjem oksitocina v obliki intranazalne aplikacije.

Ob razpravi o terapevtskem potencialu oksitocina ne smemo pozabiti, da se oksitocin proizvaja endogeno v naših možganih. Nadaljnji razmislek je torej smiseln v smeri, da z ustvarjanjem ustreznega družbenega mikro in makro okolja vzpostavljamo okoliščine za primerno endogeno produkcijo oksitocina in drugih endogenih hormonov, ki so pomembni za dobro počutje posameznika in posledično za ustrezne družbene interakcije. Ta razmislek je še posebej pomemben pri skrbstvenih poklicih.

LITERATURA

1. Bartz, J. A., Zaki, J., Bolger, N. idr. (2011). Social Effects of Oxytocin in Humans: Context and Person Matter. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(7), 301–309. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.05.002>
2. Bethlehem, R. A. I., van Honk, J., Auyeung, B. idr. (2013). Oxytocin, Brain Physiology, and Functional Connectivity: A Review of Intranasal Oxytocin fMRI Studies. *Psychoneuroendocrinology*, 38(7), 962–974. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.10.011>
3. Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C. idr. (2003). Neural Mechanisms of Empathy in Humans: A Relay from Neural Systems for Imitation to Limbic Areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(9), 5497–5502. <https://doi.org/10.1073/pnas.0935845100>
4. Domes, G., Ower, N., von Dawans, B. idr. (2019). Effects of Intranasal Oxytocin Administration on Empathy and Approach Motivation in Women With Borderline Personality Disorder: a Randomized Controlled Trial. *Translational Psychiatry*, 9(1), 328. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0658-4>
5. Evans, F. B. (2020). Interpersonal Theory of Psychiatry (Sullivan). V V. Zeigler – Hill in T. K. Shackelford (ur), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Cham: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1390
6. Fan, Y., Duncan, N. W., de Greck, M. idr. (2011). Is There a Core Neural Network in Empathy? An fMRI Based Quantitative Meta-Analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 903–911. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.10.009>
7. Feldman, R. (2017). The Neurobiology of Human Attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80–99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
8. Fraggaki, I. in Cima, M. (2019). The Effect of Oxytocin Administration on Empathy and Emotion Recognition in Residential Youth: A Randomized, Within-Subjects Trial. *Hormones and Behavior*, 114, 104561. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2019.104561>
9. Gimpl, G. in Fahrenholz, F. (2001). The Oxytocin Receptor System: Structure, Function, and Regulation. *Physiological Reviews*, 81(2), 629–683. <https://doi.org/10.1152/physrev.2001.81.2.629>
10. Halverson, T., Jarskog, L. F., Pedersen, C. idr. (2019). Effects of Oxytocin on Empathy, Introspective Accuracy, and Social Symptoms in Schizophrenia: A 12-Week Twice-Daily Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Research*, 204, 178–182. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.09.013>
11. Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. idr. (2003). Social Support and Oxytocin Interact to Suppress Cortisol and Subjective Responses to Psychosocial Stress. *Biological Psychiatry*, 54(12), 1389–1398. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00465-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00465-7)
12. Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A. idr. (2010). Oxytocin Enhances Amygdala-Dependent, Socially Reinforced Learning and Emotional Empathy in Humans. *Journal of Neuroscience*, 30(14), 4999–5007. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5538-09.2010>
13. Le, J., Kou, J., Zhao, W., Fu, M. idr. (2020). Oxytocin Facilitation of Emotional Empathy Is Associated With Increased Eye Gaze Toward the Faces of Individuals in Emotional Contexts. *Frontiers in neuroscience*, 14, 803. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00803>

14. Mayer, A. V., Wermter, A. K., Stroth, S. idr. (2021). Randomized Clinical Trial Shows no Substantial Modulation of Empathy-Related Neural Activation by Intranasal Oxytocin in Autism. *Scientific reports*, 11(1), 15056. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94407-x>
15. Petrovic, P., Kalisch, R., Singer, T. idr. (2008). Oxytocin Attenuates Affective Evaluations of Conditioned Faces and Amygdala Activity. *Journal of Neuroscience*, 28(26), 6607–6615. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4572-07.2008>
16. Rizzolatti, G. in Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
17. Rizzolatti, G. in Craighero, L. (2004). The Mirror-Neuron System. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
18. Rizzolatti, G., Fogassi, L. in Gallese, V. (2001). Neurophysiological Mechanisms Underlying the Understanding and Imitation of Action. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 661–670. <https://doi.org/10.1038/35090060>
19. Shahrestani, S., Kemp, A. H. in Guastella, A. J. (2013). The Impact of a Single Administration of Intranasal Oxytocin on the Recognition of Basic Emotions in Humans: A Meta-Analysis. *Neuropsychopharmacology*, 38(10), 1929–1936. <https://doi.org/10.1038/npp.2013.86>
20. Shamay - Tsoory, S. G. in Abu - Akel, A. (2016). The social salience hypothesis of oxytocin. *Biological Psychiatry*, 79(3), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.07.020>
21. Singer, T. in Lamm, C. (2009). The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
22. Strang, S., Gerhardt, H., Marsh, N. idr. (2017). A Matter of Distance-the Effect of Oxytocin on Social Discounting is Empathy-Dependent. *Psychoneuroendocrinology*, 78, 229–232. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.01.031>
23. Williams, J. H. G., Whiten, A., Suddendorf, T. idr. (2006). Imitation, Mirror Neurons and Autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(2), 215–229. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.08.003>

Maja Kren
Splošna bolnišnica Novo mesto

Aljaž Kren
Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu
Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani

Konflikt med delom in družino pri zaposlenih v nujni medicinski pomoči

UDK 616-083.98:331.101.25

KLJUČNE BESEDE: konflikt, delo, družina, nujna medicinska pomoč

POVZETEK – V prispevku preučujemo konflikt med delom in družino ter konflikt med družino in delom zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Za omenjeno delovno področje so značilni težki delovni pogoji, fizične in psihične obremenitve, izmensko ter nadurno delo. Namen raziskave je raziskati, prisotnost konflikta med poklicnim in družinskim življenjem zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V raziskavi ugotavljamo, da morajo anketiranci zaradi količine časa, ki ga posvetijo delovnim obveznostim izpustiti družinske aktivnosti in pri njih ne morejo sodelovati v časovnem obsegu kot si to sami želijo. Prav tako ugotavljamo, da imajo ženske ter zdravniki/ce več težav s konfliktom med delom in družino. Potrebno bo sprejeti ciljno usmerjene znanstveno podprte ukrepe za izboljšanje stanja na področju konfliktov med delom in družino ter konfliktov med družino in delom zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči.

UDC 616-083.98:331.101.25

KEYWORDS: conflict, work, family, emergency medical service

ABSTRACT – In this paper, we examine the work-family and family-work conflict of employees in pre-hospital emergency medical services. This field of work is characterized by difficult working conditions, physical and psychological stress overload, shift work and overtime. The purpose of the study is to investigate the presence of work-family conflict of employees in pre-hospital emergency medical services. The research shows that respondents miss out on family activities due to the amount of time they devote to their work commitments and are thus not able to participate in these activities to the extent they would prefer. We also discover that women and doctors have greater difficulties with work-family conflict. It would be necessary to take targeted, scientifically supported measures to improve the situation of work-family and family-work conflict of employees working in pre-hospital emergency medical services.

1 Uvod

Zaposleni moški in ženske danes na delovnem mestu preživijo več časa kot v preteklosti, kar vpliva na zasebno življenje in usklajevanje družinskih obveznosti.

Povprečni delovnik zaposlenih za polni delovni čas v Evropi za leto 2021 znaša 37 ur na teden z različnimi odkloni glede na državo. Najdaljši povprečni delovni teden imajo v Grčiji (41,6 ur), medtem ko imajo najkrajšega na Norveškem (34,9 ur). Za Slovenijo omenjeni podatek znaša 38,7 ur. Za članice Evropske unije prav tako velja, da moški tedensko opravijo več delovnih ur kakor ženske (Eurostat, 2021, str. 1).

Konkretnih podatkov koliko delovnih ur v povprečju opravijo zaposleni v nujni medicinski pomoči ni moč zaslediti. Zaradi zagotavljanja 24-urne nujne medicinske pomoči in trenutno sprejetih kadrovskega normativov zaposleni pogosto opravljajo nadurno delo, ki pogosto presega osem ur na teden ali 20 ur na mesec oziroma 170 ur na leto, kot je opredeljeno v 144. členu Zakona o delovnih razmerjih (2013), zato ima večina zaposlenih podpisano soglasje za delo preko polnega delovnega časa (Kren in Kren, 2020, str. 46). Prav tako morajo zaposleni opravljati izmensko in nočno delo, poleg tega pa je delo v službi nujne medicinske pomoči organizirano v obliki dežurstev, ki lahko trajajo tudi 24 ur ali več. Glede na zgornje utemeljitve predpostavljamo, da se tudi med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči pojavljajo konflikti med delom in družino ter konflikti med družino in delom.

Namen raziskave je raziskati, prisotnost konflikta med poklicnim in družinskim življenjem zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Primarni cilj je bil potrditi oziroma ovreči postavljene hipoteze, povezane z oceno prisotnosti konflikta med poklicnim in družinskim življenjem med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči.

2 Konflikt med delom in družino

Usklajevanje dela in družine je eden od pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost življenja. Konflikt med delom in družinskim življenjem namreč lahko vodi v stres in druge z zdravjem povezane težave, na drugi strani pa usklajeno delovno in družinsko življenje vpliva na kakovost in zadovoljstvo tako v delovnem kot zasebnem življenju (Žnidaršič in Marič, 2018, str. 404). Po podatkih Organisation for economic co-operation and development (OECD) Slovenija dobro rangira po nekaterih merilih blaginje oziroma kakovosti življenja. Med drugim pa je pod povprečjem OECD (14,9 ur dnevno) glede indeksa usklajevanje dela in družine (14,7 ur dnevno) in zadovoljstva z življenjem (6,5 točk / 10) kot je povprečje OECD (6,7 točk / 10) (OECD, 2020, str. 1).

Konflikt med delom in družino je dvodimenzionalen. Poznamo konflikt med delom in družino (ang. Work-family conflict) ter konflikt med družino in delom (ang. Family-work conflict). Gre torej za dva različna konstrukta. Koncept konflikta med delom in družino je v tesni povezavi z neravnovesjem med poklicnim in družinskim življenjem (Greenhaus in Beutell, 1985, str. 84). Patricia Voydanoff (2005, str. 827) koncept definira kot obliko medsebojnega konflikta, v katerem so pritiski na vloge s področja dela in družine v nekaterih pogledih medsebojno nezdržljivi.

Greenhaus in Beutell (1985, str. 77–78) v svoji raziskavi glede na pregled literature opredelita tri glavne oblike med delom in družino:

- vedenjski konflikt (specifična vedenja, vezana na posamezno vlogo, lahko povzročijo vedenjski konflikt zaradi neskladnosti s pričakovanimi vedenji, vezanimi na drugo vlogo),
 - časovni konflikt (oblika, smer dela, urnik dela, otroci, zakon in partnerjeva zaposlitev),
 - obremenitveni konflikt (nejasnosti v delovni vlogi, nesoglasja glede vlog znotraj družine).
- Zaradi hitrega delovnega tempa, visokih obremenitev in pogostega nasilja na urgenci se pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni na zgoraj omenjenem področju dela, konflikt med delom in družino izraža v težji obliki kot pri zdravstvenih delavcih zaposlenih na drugih področjih dela (Lee idr., 2013, str. 21; Beyramijam idr., 2020, str. 4).

Konflikt med delom in družino ima številne negativne vplive na fizično in mentalno zdravje, delovni status in družinsko življenje zdravstvenih delavcev (Wu idr., 2021, str. 1). Konflikt med delom in družino vodi do emocionalne in delovne izčrpanosti, motenj spanja,

anksioznosti in depresije. Poleg tega zmanjšuje delovno uspešnost, službeno zadovoljstvo in zavzetost v delovni organizaciji, medtem ko povečuje izgorelost in zamenjavo področja dela. Pritisk zaradi konflikta med delom in družino pa se nenazadnje odraža tudi na področju zadovoljstva z zakonom in življenjem na splošno (Adkins in Premeaux, 2012, str. 384; Gao idr., 2013, str. 227; Jacobsen idr., 2014, str. 289; Unruh idr., 2016, str. 142; Alazzam idr., 2017, str. 286; Fasbender idr., 2019, str. 491).

3 Konflikt med družino in delom

Konflikt med družino in delom je oblika konflikta, v katerem splošne zahteve, posvečeni čas in napetosti, ki jih ustvarja družina ovirajo opravljanje delovnih obveznosti (Netemeyer idr., 1996, str. 401).

Sodobne raziskave ugotavljajo, da družinsko in delovno okolje predstavljata dvosmerni odnos v primerjavi s preteklimi študijami, ki so nakazovale, da je omenjeni odnos enosmeren. Prav tako raziskave ugotavljajo, da konflikt med družino in delom ter obratno nimata enakih stališč in ozadja (Al-Alawi idr., 2021, str. 488).

Pogosti vzroki za konflikt med družino in delom so zakonske težave, preživnina, pomanjkanje otroškega varstva. Prav tako omenjeni konflikt lahko vpliva na absentizem, lojalnost, osredotočenost na delo in s tem povezane poškodbe pri delu ali materialne stroške (Fox in Dwyer, 1999, str. 166; Ajala, 2017, str. 54).

Raziskovanje pogostosti pojavljanja konflikta med delom in družino je privedlo do večinoma enotne ugotovitve, da je pri posameznikih bolj pogosto prisoten konflikt delo-družina kot konflikt družina-delo. Na osnovi teh dognanj lahko sklepamo, da ima torej delo lahko bolj škodljiv vpliv na zasebno življenje kot zasebno življenje na delo (Frone, 2003 cit. po Volpe, 2020, str. 12).

4 Metodologija

4.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je raziskati, prisotnost konflikta med poklicnim in družinskim življenjem zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Primarni cilj je bil na osnovi teoretičnih spoznanj in rezultatov raziskave, izvedene v empiričnem delu, potrditi oziroma ovreči postavljene hipoteze, povezane z oceno prisotnosti konflikta med poklicnim in družinskim življenjem med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči.

4.2 Hipoteze

Glede na prebrano literaturo smo oblikovali naslednje hipoteze:

- *H1*: Med moškimi in ženskami obstajajo statistično značilne razlike v oceni konflikta med delom in družino.
- *H2*: Med moškimi in ženskami obstajajo razlike v oceni konflikta med družino in delom.
- *H3*: Med anketiranci z različno starostno strukturo obstajajo razlike v oceni konflikta med delom in družino.
- *H4*: Med anketiranci z različno starostno strukturo obstajajo razlike v oceni konflikta med družino in delom.
- *H5*: Med anketiranci z različno stopnjo izobrazbe obstajajo razlike v oceni konflikta med delom in družino.

- *H6*: Med anketiranci z različno stopnjo izobrazbe obstajajo razlike v oceni konflikta med družino in delom.
- *H7*: Med anketiranci, ki opravljajo izmensko delo, in anketiranci, ki ne opravljajo izmenskega dela, obstajajo razlike v oceni konflikta med delom in družino.
- *H8*: Med anketiranci, ki opravljajo izmensko delo, in anketiranci, ki ne opravljajo izmenskega dela, obstajajo razlike v oceni konflikta med družino in delom.
- *H9*: Med anketiranci, ki opravljajo 24 urno delo in več in anketiranci, ki takega dela ne opravljajo, obstajajo razlike v oceni konflikta med delom in družino.
- *H10*: Med anketiranci, ki opravljajo 24 urno delo in več in anketiranci, ki takega dela ne opravljajo, obstajajo razlike v oceni konflikta med družino in delom.

4.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izdelavi prispevka smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja in kavzalno neeksperimentalno metodo dela s študijem domače in tuje literature, ki smo jo iskali v naslednjih podatkovnih bazah: COBISS, CINAHL, Pubmed, MEDLINE. Uporabljene ključne besede so: konflikt (angl. conflict), delo (angl. work), družina (angl. family), nujna medicinska pomoč (angl. emergency medical services). V empiričnem delu smo uporabili anketni vprašalnik, ki je v prvem delu vseboval vprašanja, ki so se nanašala na demografske podatke (spol, starostna struktura, formalno dosežena izobrazba, vrsta dela, opravljanje dežurstev). Drugi sklop vprašalnika predstavlja WFCS – Work Family Conflict Scale (Carlson idr., 2000, str. 249–276), ki ga sestavlja 18 vprašanj s katerimi se ocenjuje konflikt med delom in družino (delo, ki vpliva na družino – v tuji literaturi opisan kot WIF: work interference with family) in konflikt med družino in delom (družina, ki vpliva na delo – v tuji literaturi opisan kot FIW: family interference with work). Zanesljivost vprašalnika, Cronbach's Alpha znaša 0,9. Uporabljen je bil dvojni slepi prevod.

Z načinom in namenom izvajanja raziskave smo seznanili vodstvo zdravstvenih domov, prav tako smo pridobili vsa potrebna dovoljenja za izvedbo raziskave. Anketne vprašalnike smo natisnili ter poslali vodjem posameznih enot nujne medicinske pomoči, ti pa so jih razdelili med svoje zaposlene. Poleg anketnih vprašalnikov smo priložili pisemsko ovojnico opremljeno z naslovom prejemnika ter znamko. Pri prikazu in raziskovanju podatkov smo ravnali v skladu z etičnimi načeli. Sodelovanje pri raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Raziskava je potekala med 1. februarjem in 31. majem 2021.

4.4 Opis raziskovalnega vzorca

Populacijo predstavljajo zaposleni v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. V raziskavi je uporabljen nenaključen namenski vzorec ($n = 204$). Anketni vprašalnik je izpolnilo 136 (66,7 %) anketirancev moškega spola in 68 (33,3 %) anketirancev ženskega spola. Več kot polovica anketirancev (54,4 %) se uvršča v starostno skupino med 25 do 39 let, sledi 60 (29,4 %) anketirancev v starostni skupini med 40 do 54 let, nato 20 (9,8 %) anketirancev, ki so stari 55 let in več ter na koncu 13 (6,4 %) anketirancev v starostni skupini med 18 do 24 let. V raziskavi je sodelovalo 77 (37,7 %) zdravstvenih tehnikov, 77 (37,7 %) diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, in 50 (24,5 %) zdravnikov. 109 (53,4 %) anketirancev opravlja delo v predbolnišnični nujni medicinski pomoči do 10 let, preostalih 95 (46,6 %) anketirancev omenjeno delo opravlja več kot 10 let. 124 (60,8 %) anketirancev ima prekomerno telesno težo. 171 (83,8 %) anketirancev opravlja izmensko delo, poleg tega 130 (63,7 %) anketirancev opravlja 24 urno delo ali več.

4.5 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za statistično analizo podatkov smo uporabili računalniški program SPSS 20.0, grafična ponazoritev podatkov je prav tako izvedena s pomočjo računalniškega programa SPSS 20.0 in kontingenčnimi tabelami (crosstabs). Povprečne vrednosti, standardni odklon in mediane vrednosti so bili izračunani z metodami deskriptivne statistike. Za ugotavljanje statistično pomembnih razlik med spremenljivkami smo uporabili Mann-Whitney test ter Kruskal Wallis test. Meja statistične značilnosti je bila postavljena pri $p = 0,05$.

5 Rezultati

Tabela 1: Prikaz povprečnih ocen trditev vprašalnika WFCS, ocenjenih po Likertovi lestvici

	\bar{x}	SD	σ^2
Delo mi preprečuje, da bi sodeloval/a pri družinskih aktivnostih bolj, ko bi si želel/a.	3,16	1,25	1,57
Čas, ki ga moram posvetiti delu, mi preprečuje, da bi enakopravno sodeloval/a pri aktivnostih in odgovornosti v gospodinjstvu.	2,89	1,21	1,48
Izpustiti moram družinske aktivnosti, zaradi količine časa, ki ga moram posvetiti delovnim obveznostim.	3,25	1,18	1,40
Čas, ki ga porabim za družinske obveznosti, pogosto ovira moje delovne obveznosti.	1,96	0,99	0,98
Čas, ki ga preživim s svojo družino, mi pogosto preprečuje, da bi ga porabil/a za aktivnosti v službi, ki bi lahko pomagale moji karieri.	1,92	0,96	0,92
Izpuščati moram delovne aktivnosti zaradi količine časa, ki ga moram porabiti za družinske obveznosti.	1,89	0,93	0,88
Ko se vrnem iz službe domov, sem pogosto preveč izčrpan/a da bi lahko sodeloval/a pri družinskih aktivnostih/obveznostih.	2,83	1,12	1,27
Pogosto sem čustveno tako izčrpan/a, ko se vrnem iz službe domov, da mi to preprečuje, da bi prispeval družinskemu življenju.	2,49	1,13	1,29
Zaradi vseh pritiskov v službi sem večasih, ko pridem domov preveč pod stresom, da bi počel/a stvari, v katerih uživam.	2,65	1,19	1,43
Zaradi stresa doma sem v službi velikokrat zaskrbljen/a zaradi družinskih zadev.	1,90	0,90	0,82
Ker sem velikokrat pod stresom, zaradi družinskih obveznostih, se v službi težko skoncentriram.	1,74	0,79	0,62
Napetost in srbi iz družinskega življenja velikokrat zmanjšajo mojo zmožnost opravljanja dela.	1,79	0,82	0,67
Prijemi, za reševanje težav, ki jih uporabljam v službi, niso učinkoviti pri reševanju težav doma.	2,71	1,14	1,31
Obnašanje, ki je v službi učinkovito in potrebno, bi bilo doma kontraproduktivno.	2,66	1,09	1,19
Obnašanje, ki ga uporabljam in ki mi omogoča učinkovito delo, mi ne pomaga biti boljši starš in zakonec.	2,55	1,05	1,11
Obnašanje, ki deluje doma, v službi ni učinkovito.	2,64	1,11	1,23
Obnašanje, ki je doma učinkovito in potrebno, bi bilo v službi kontraproduktivno.	2,61	1,04	1,09
Prijemi za reševanje težav, ki delujejo doma, v službi niso tako uporabni.	2,70	1,08	1,17

Legenda: n – število; \bar{x} – povprečje, SD – standardni odklon, σ^2 – varianca

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

V tabeli 1 so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na povprečno oceno posameznih trditev, ki ocenjujejo konflikt med delom in družino ter konflikt med družino in delom zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. Anketiranci z najvišjo povprečno oceno ocenjujejo trditev, da morajo zaradi količine časa, ki ga posvetijo delovnim obveznostim izpustiti družinske aktivnosti ($\bar{x} = 3,25$), prav tako jim delo preprečuje, da bi sodelovali pri družinskih

aktivnostih bolj, kot si to želijo ($\bar{x} = 3,16$) in kot zadnje jim čas, ki ga morajo posvetiti delu preprečuje enakopravno sodelovanje pri aktivnostih in odgovornosti v gospodinjstvu ($\bar{x} = 2,89$). Anketiranci so prav tako navedli, da so pogosto preveč izčrpani, ko se vrnejo iz službe domov, da bi lahko sodelovali pri družinskih aktivnostih oz. obveznostih ($\bar{x} = 2,83$). Pri anketirancih ugotavljamo, da prijemi za reševanje težav, ki jih uporabljajo v službi, niso učinkoviti pri reševanju težav doma ($\bar{x} = 2,71$) in obratno ($\bar{x} = 2,70$). Prav tako obnašanje, ki bi bilo učinkovito in potrebno v službi, doma deluje kontraproduktivno ($\bar{x} = 2,66$) in obratno ($\bar{x} = 2,64$).

Tabela 2: Lestvici in dimenzije konfliktov

	\bar{x}	SD	σ^2
Delo, ki vpliva na družino:	2,80	0,76	0,58
▫ Konflikt, ki temelji na času.	3,10	1,09	1,18
▫ Konflikt, ki temelji na obremenjenosti.	2,66	1,02	1,05
▫ Konflikt, ki temelji na obnašanju.	2,64	0,91	0,84
Družina, ki vpliva na delo:	2,13	0,63	0,40
▫ Konflikt, ki temelji na času.	1,92	0,82	0,67
▫ Konflikt, ki temelji na obremenjenosti.	1,81	0,76	0,58
▫ Konflikt, ki temelji na obnašanju.	2,65	0,98	0,96

Legenda: n – število; \bar{x} – povprečje, SD – standardni odklon, σ^2 – varianca/variance

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na lestvico in dimenzije konfliktov.

Na lestvici konfliktov se med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči najbolj izraža konflikt med delom in družino ($\bar{x} = 2,80$) z dimenzijo konflikta, ki temelji na času ($\bar{x} = 3,10$).

Primerjava posameznih dimenzij konflikta, kjer družina vpliva na delo, kaže ravno nasproten pojav: ta vrsta konflikta, se največ manifestira v obliki konflikta, ki temelji na obnašanju ($\bar{x} = 2,65$).

Tabela 3: Ocena konflikta glede na Work Family Conflict Scale (WFCS)

Spremenljivke	Konflikt med delom in družino \bar{x}	Konflikt med družino in delo \bar{x}
Spol	$p = 0,013^*$	$p = 0,310^*$
Moški	24,44	19,50
Ženske	26,77	18,54
Starostna skupina	$p = 0,930'$	$p = 0,559'$
18–24 let	24,53	21,23
25–39 let	25,45	19,17
40–54 let	24,96	19,10
55–64 let	25,15	18,20
Izobrazba	$p = 0,000'$	$p = 0,922'$
Zdravstveni tehnik	23,38	19,03
Diplomirana med. sestra	24,83	19,10
Zdravnik	28,64	19,54
Vrsta dela	$p = 0,495^*$	$p = 0,237^*$
Dnevno delo	26,27	19,66
Izmensko delo	25,01	19,09

Dolžina dela	p = 0,522*	p = 0,059*
Manj kot 24 ur	23,91	18,79
Več kot 24 ur	25,96	19,40

Legenda: \bar{x} – povprečje, * – Mann-Whitney test, ' – Kruskal Wallis test, p – statistična značilnost pri 0,05 ali manj

Vir: Anketni vprašalnik, 2021.

V Tabeli 3 so predstavljeni rezultati, ki se nanašajo na oceno konflikta glede na Work Family Conflict Scale zaposlenih v predbolnišnični nujni medicinski pomoči v povezavi z različnimi spremenljivkami. Med moškimi in ženskami ugotovljamo statistično pomembne razlike ($p = 0,013$) pri oceni konflikta med delom in družino. Ničelno hipotezo zavrnamo in s tveganjem 1,3 % trdimo, da bi se tudi v osnovni množici med spoloma pojavile razlike glede ocene konflikta med delom in družino. Glede na rezultate lahko ugotovimo, da ženske ($\bar{x} = 26,77$) z nekoliko višjo povprečno vrednostjo ocenjujejo konflikt med delom in družino v primerjavi z moškimi ($\bar{x} = 24,44$).

Prav tako ugotovljamo statistično pomembne razlike pri oceni konflikta med delom in družino v povezavi z izobrazbo ($p = 0,000$). Ničelno hipotezo zavrnamo in s tveganjem manjšim od 0,1 % trdimo, da bi se tudi v osnovni množici med anketiranci z različno izobrazbo pojavile razlike glede ocene konflikta med delom in družino. Glede na rezultate lahko ugotovimo, da zdravniki ($\bar{x} = 28,64$) v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami ($\bar{x} = 24,83$) in zdravstvenimi tehnikami ($\bar{x} = 23,38$) z nekoliko višjo povprečno vrednostjo ocenjujejo konflikt med delom in družino.

Za ostale spremenljivke ne ugotovljamo statistično pomembnih razlik. Za opazovani vzorec pa velja, da dosegajo moški ($\bar{x} = 19,50$) nekoliko višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med družino in delom v primerjavi z ženskami ($\bar{x} = 18,54$). Anketiranci v starostni skupini od 25–39 let ($\bar{x} = 25,45$) dosegajo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med delom in družino v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami, medtem ko anketiranci v starostni skupini od 18–24 let ($\bar{x} = 21,23$) dosegajo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med družino in delom v primerjavi z ostalimi starostnimi skupinami. Najvišjo povprečno vrednost ocene konflikta med družino in delom dosegajo zdravniki ($\bar{x} = 19,54$). Presenetljivo je, da anketiranci, ki ne opravljajo izmenskega dela dosegajo višje povprečne vrednosti ocene konflikta med delom in družino ($\bar{x} = 26,27$) ter družino in delom ($\bar{x} = 19,66$) v primerjavi z anketiranci, ki opravljajo izmensko delo ($\bar{x} = 25,01$; $\bar{x} = 19,09$), prav tako pa višje povprečne vrednosti ocene konflikta med delom in družino ($\bar{x} = 25,96$) ter družino in delom ($\bar{x} = 19,40$) dosegajo anketiranci, ki svoje delo opravljajo 24 ur in več oz. opravljajo dežurstva.

6 Razprava

Pred pričetkom raziskave je bilo postavljenih 10 hipotez, izmed katerih je bilo 8 zavrnenih. Ugotovljamo, da se med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči najbolj izraža konflikt med delom in družino z dimenzijo konflikta, ki temelji na času ($\bar{x} = 3,10$). Do omenjenega konflikta pride, ko se časovne zahteve iz poklicnega in družinskega področja prepletajo in mora posameznik izpuščati aktivnosti iz enega področja, da lahko opravi aktivnosti na drugem področju. Naše ugotovitve so skladne z raziskavo avtorjev Lee McHale idr. (2017, str. 614), kjer ugotavljajo, da imajo anketiranci največ težav z dimenzijo konflikta, ki temelji na času, predvsem na področju starševske vloge. Prav tako ugotovljamo, da je med anketiranci prisoten zmerni konflikt med delom in družino ($\bar{x} = 2,80$). Podobne podatke navajajo raziskave iz Francije ($\bar{x} = 2,9$), Nemčije ($\bar{x} = 2,8$), Italije ($\bar{x} = 3,1$), medtem ko Kitajska ($\bar{x} = 3,51$) navaja višje povprečne vrednosti konflikta med delom in družino (Simon idr., 2004, str. 387; Wu idr., 2021, str. 4). V raziskavi med moškimi ($\bar{x} = 24,44$) in ženskami

($\bar{x} = 26,77$) ugotavljamo statistično pomembne razlike ($p = 0,013$) pri oceni konflikta med delom in družino. Prav tako ugotavljamo statistično pomembne razlike ($p = 0,000$) med zdravstvenimi tehnikami ($\bar{x} = 23,38$), diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki ($\bar{x} = 24,83$) in zdravniki ($\bar{x} = 28,64$) pri oceni konflikta med delom in družino. Naše ugotovitve so neskladne z raziskavo Beyramijam idr. (2020, str. 1), kjer ugotavljajo neznačilne razlike med spremenljivkami kot so spol, starost, izobrazba in delovne izkušnje med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči, medtem ko Wu idr. (2021, str. 4) ugotavljajo statistično pomembne razlike ($p = <0,001$) med spoloma, kjer moški dosegajo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med delom in družino. V naši raziskavi ugotavljamo, da so ženske tiste, ki imajo več težav s konfliktom med delom in družino. Avtorji Zhao idr. (2020, str. 1) ugotavljajo, da je konflikt vlog med delom in gospodinjstvom največji vir stresa za ženske. Z izboljšanjem delovnih pogojev in zmanjšanjem obremenitev lahko spodbudimo telesno in duševno zdravje zdravstvenih delavcev ter s tem izboljšamo kakovost in učinkovitost zdravstvene oskrbe (Pien idr., 2021, str. 2). Zdravniki v primerjavi z diplomiranimi medicinskimi sestrami/zdravstveniki in zdravstvenimi tehnikami dosegajo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med delom in družino, kar lahko obrazložimo z dejstvom, da z višjo stopnjo izobrazbe opravljaš zahtevnejše delovne naloge in imaš s tem tudi večjo odgovornost.

V nadaljevanju naše raziskave presenetljivo ugotavljamo, da zaposleni, ki ne opravljajo izmenskega dela dosegajo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med delom in družino. Ne preseneča pa nas ugotovitev, da imajo zaposleni, ki opravljajo neprekinjeno 24 urno delo oz. dežurstvo višje povprečne vrednosti pri oceni konflikta med delom in družino. Izmensko delo moti družinsko in zasebno življenje. Avtorji Wöhrmann idr. (2020, str. 18) so z nedavnim sistematičnim pregledom literature ugotovili, da je izmensko delo in delo med konci tedna povezano z večjim izražanjem konflikta med delom in družino. Wu idr. (2021, str. 4) pa k dejavnikom, ki prispevajo k večjemu izražanju konflikta med delom in družino uvrščajo še pogoste nočne izmene, delovno dobo ter pomanjkanje zdravstvenega osebja.

Konflikt med delom in družino zdravstvenih delavcev je neizogiben. Medicinske sestre in zdravniki s svojo požrtvovalnostjo in posvečanjem časa potreb organizaciji izgubljajo čas in energijo za svoje družine, zato se z večanjem organizacijske zavzetosti medicinskih sester in zdravnikov povečuje tudi konflikt med delom in družino (Benligiray in Sönmez, 2012, str. 3901).

7 Sklep

Nujno medicinsko pomoč je potrebno zagotavljati 24 ur dnevno vse dni v tednu bodisi v obliki rednega dela, dela izven rednega delovnega časa, dežurstva in kot oblika pripravljenosti. Potrebe, zahteve in pričakovanja lokalnega prebivalstva so z vsakim letom večja, kar vrši pritisk na zaposlene v nujni medicinski pomoči. Potrebno bo sprejeti ciljno usmerjene znanstveno podprte ukrepe za izboljšanje konfliktov med delom in družino ter konfliktov med družino in delom. Začnemo lahko z razumno, standardizirano delovno obremenitvijo, ustrezno kadrovske zasledbo, počitkom in fleksibilnostjo delovnega časa, ki bi zaposlenim omogočal ravnovesje med poklicnim ter družinskim življenjem in obratno.

LITERATURA

1. Adkins, C. L. in Premeaux, S. F. (2012). Spending time: The impact of hours worked on work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 380–389.
2. Ajala, E. M. (2017). Work-Family-Conflict and Family-Work-Conflict as Correlates of Job Performance among Working Mothers: Implications for Industrial Social Workers. *African Journal of Social Work*, 7(1), 52–62.
3. Al-Alawi, A. I., Al-Saffar, E., AlmohammedSaleh, Z. H. idr. (2021). A Study of the Effects of Work-Family Conflict, Family-Work Conflict, and Work-Life Balance on Saudi Female Teachers' Performance in the Public Education Sector With Job Satisfaction as a Moderator. *Journal of International Women's Studies*, 22(1), 486–503.
4. AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F. in Nazzal, A. H. (2017). The Relationship between Work–Family Conflict and Job Satisfaction among Hospital Nurses. *Nursing Forum*, 52(4), 278–288.
5. Benligiray, S. in Sönmez, H. (2012). Analysis of Organizational Commitment and Work–Family Conflict in View of Doctors and Nurses. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(18), 3890–3905.
6. Beyramijam, M., Akbari Shahrestanaki, Y., Khankeh, H. idr. (2020). Work-Family Conflict Among Iranian Emergency Medical Technicians and Its Relationship With Time Management Skills: A Descriptive Study. *Emergency Medicine International*, 1–7.
7. Carlson, D. S., Kacmar, K. M. in Williams, L. J. (2000). Construction and Initial Validation of a Multidimensional Measure of Work–Family Conflict. *Journal of Vocational behavior*, 56(2), 249–276.
8. Eurostat (2021). Hours of Work And Absences From Work - Quarterly Statistics. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hours_of_work_and_absences_from_work_-_quarterly_statistics.
9. Fasbender, U., Van der Heijden, B. I. in Grimshaw, S. (2019). Job Satisfaction, Job Stress and Nurses' Turnover Intentions: The Moderating Roles of on-The-Job and Off-The-Job Embeddedness. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 327–337.
10. Fox, M. L. in Dwyer, D. J. (1999). An Investigation of the Effects of Time and Involvement in the Relationship between Stressors and Work–Family Conflict. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4(2), 164.
11. Gao, Y. idr. (2013). Work–Family Conflict and Job Satisfaction: Emotional Intelligence as a Moderator. *Stress and Health*, 29(3), 222–228.
12. Greenhaus, J. H. in Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88.
13. Jacobsen, H. B., Reme, S. E., Sembajwe, G. idr. (2014). Work-Family Conflict, Psychological Distress, and Sleep Deficiency among Patient Care Workers. *Workplace Health & Safety*, 62(7), 282–291.
14. Kren, A. in Kren, M. (2020). Kakovost spanja med zaposlenimi v predbolnišnični nujni medicinski pomoči v Sloveniji. V. N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacienta* (str. 46). Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede.
15. Lee, S., McHale, S. M., Crouter, A. C. idr. (2017). Finding Time over Time: Longitudinal Links between Employed Mothers' Work–Family Conflict and Time Profiles. *Journal of Family Psychology*, 31(5), 604.
16. Lee, Y. K., Lee, C. C., Chen, C. C. idr. (2013). High Risk of 'Failure' among Emergency Physicians Compared with other Specialists: a Nationwide Cohort Study. *Emergency Medicine Journal*, 30(8), 620–622.
17. Netemeyer, R. G., Boles, J. S. in McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work–Family Conflict and Family–Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400–410.
18. Organisation for Economic Co-operation and Development (2020). Better Life Index – Slovenia. Pridobljeno s <https://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/slovenia/>.

19. Pien, L. C., Cheng, W. J., Chou, K. R. idr. (2021). Effect of Work–Family Conflict, Psychological Job Demand, and Job Control on the Health Status of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3540.
20. Simon, M., Kümmerling, A. in Hasselhorn, H. M. (2004). Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(4), 384–391.
21. Unruh, L. Y., Raffenaud, A. in Fottler, M. (2016). Work-Family Conflict among Newly Licensed Registered Nurses: a Structural Equation Model of Antecedents and Outcomes. *Journal of Healthcare Management*, 61(2), 129–145.
22. Volpe, A. (2020). Usklajevanje dela in zasebnega življenja pri zaposlenih v proizvodnji (Magistrsko delo). Maribor: Filozofska fakulteta.
23. Voydanoff, P. (2005). Toward a Conceptualization of Perceived Work-Family Fit and Balance: a Demands and Resources Approach. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 822–836.
24. Wöhrmann, A. M., Müller, G. in Ewert, K. (2020). Shift Work and Work-Family Conflict: A Systematic Review. *Sozialpolitik*. Ch, 3, 1–26.
25. Wu, Y., Zhou, X., Gong, Y. idr. (2021). Work-Family Conflict of Emergency Nurses and Its Related Factors: A National Cross-Sectional Survey in China. *Frontiers in Public Health*, 9. | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.736625>
26. Zakon o delovnih razmerjih. (2013). Uradni list RS, št. 21/2013 z dne 13. 3. 2013:150. člen ZDR-1. Pridobljeno s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5944&d-16544-s=1&d-16544-o=2&d-16544-p=1&d-49682-p=2#>.
27. Zhao, X. R., Namasivayam, K., Beutell, N. J. idr. (2020). Chronic Regulatory Focus and Work-Family Conflict among Chinese Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4526.
28. Žnidaršič, J. in Marič, M. (2018). Usklajevanje dela in družine kot pokazatelj kakovosti življenja. Fourth International Scientific Business Conference LIMEN 2018 (str. 404–410). <https://doi.org/10.31410/limen.2018.404>

Konsumacija alkohola među mladima u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj

UDK 613.81-053.6(439+497.4/.5)

KLJUČNE RIJEČI: *konsumacija alkohola, mladi, Republika Hrvatska, Republika Slovenija, Republika Mađarska*

POVZETEK – Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) skupinu mladih čine osobe u dobi između 10 i 24 godina. Razdoblje odrastanja obilježeno je mnogobrojnim promjenama; tjelesnim, psihičkim, kognitivnim, emocionalnim, spolnim i socijalnim te predstavlja rizik za razvoj društveno neprihvatljivih oblika ponašanja poput konzumacije alkohola, droga i pušenja te rizičnog spolnog ponašanja, kriminalna ponašanja, nasilna i agresivna delinkventna ponašanja i sl. Pregledom literature utvrđeno je prema rezultatima Europskog istraživanja o pušenju, pijenju alkohola, uzimanju droga i drugim oblicima ovisnosti među učenicima (ESPAD) kako su zemlje poput Republike Hrvatske (RH), Republike Slovenije i Republike Mađarske u promatranom razdoblju (2011.–2019.) iznad europskog prosjeka s obzirom na učestalost konzumacije alkohola. Prema rezultatima istraživanja alkohol je u odnosu na 2011. godinu i dalje prema percepciji mladih lako dostupno sredstvo (89 %, 88 %, 84 % vs 87 %, 82 %, 84 %) te ga je jednom ili više puta u životu konzumirao veliki udio mladih, uz zabilježen blagi trend opadanja u odnosu na 2011. godinu. Sukladno rezultatima Europskog istraživanja može se zaključiti kako je konzumacija alkohola među mladima veliki javnozdravstveni problem u promatranim zemljama te zahtjeva provedbu zakonskih mjera uz provođenje preventivnih mjera usmjerenih pravovremenoj edukaciji mladih o štetnosti konzumacije alkohola za organizam, društveni i obiteljski život.

UDC 613.81-053.6(439+497.4/.5)

KEYWORDS: *alcohol consumption, young people, Republic of Croatia, Republic of Slovenia, Hungary*

ABSTRACT – According to the World Health Organisation (WHO), young people are those in the age range 10-24 years. The period of growing up is marked by a number of intense changes: physical, psychological, cognitive, emotional, sexual and social. Young people are at risk of developing socially unacceptable behaviour patterns such as smoking, use of alcohol or illicit drugs, risky sexual behaviour, criminal activities, violent and aggressive delinquent behaviour, etc. The results of the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) for the period 2011-2019 indicate that the three countries under consideration in this paper, Croatia, Slovenia and Hungary, are above the European average when it comes to frequency of alcohol use. In comparison to 2011, alcohol continued to be perceived by young people as an easily available substance (89%, 88%, 84% vs. 87%, 82%, 84%) and it has been consumed at least once by the majority of the respondents. There is, however, a slight downward trend since 2011. The results of the European Survey indicate that alcohol consumption among young people is a serious public health issue in the observed countries. This situation requires full implementation of the legislation, but also preventive activities with the youth and timely awareness-raising about the harm that alcohol use can bring to the body and mind, as well as social and family life.

1 Uvod

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) u skupinu mladih ubrajaju se osobe u dobi između 10. i 24. godine života. Unutar ove skupine definirane su dvije podskupine mladih; to su adolescenti (osobe između 10. i 19. godine života) i mladi odnosno osobe između 15. i 24.

godine života (WHO-Adolescent health, 2022). Adolescencija je životno razdoblje prijelaska iz faze djetinjstva u fazu odrasle dobi koje je obilježeno brojnim psihičkim, fizičkim i socijalnim promjenama (Đuranović, 2014; Luecha idr., 2018). U razdoblju adolescencije započinje izgradnja vlastita identiteta i obrazaca ponašanja koji se nastavljaju u odrasloj dobi te se formiraju nove vrste odnosa, primjerice vršnjački odnosi postaju sve važniji i formiraju se prva prava prijateljstva (Đuranović, 2014). U ovom prijelaznom razdoblju, koje je ujedno i kritično zbog mnogobrojnih promjena i utjecaja iz okoline, prilagodba adolescenata i mladih je individualna (Đuranović, 2014; Luecha idr., 2018). Kao rezultat otežane prilagodbe na prisutne promjene i utjecaj okoline mogu se javiti različiti problemi i socijalno neprihvatljivi oblici ponašanja. Najznačajniji problemi koji se javljaju u mladima jesu konzumacija alkohola, droga i pušenje, poremećaji prehrane, nedostatak tjelevoježbe, mentalni problemi (npr. anksioznost, depresija, suicidalne misli, ...) i rizično spolno ponašanje koje može rezultirati neplaniranim maloljetničkim trudnoćama, zarazom spolno prenosivim bolestima idr. (WHO- Adolescent and young adult health, 2022; Salam idr., 2016).

Konzumacija alkohola među mladima veliki je društveni i javnozdravstveni problem te je značajan čimbenik rizika za razvoj različitih bolesti (Osaki idr., 2018). Uzroci konzumacije alkohola među adolescentima su brojni poput vršnjačkog pritiska, osjećaja većeg samopouzdanja, lakša socijalizacija, identifikacija s odraslima, lakše stupanje u kontakt s djevojkama ili mladićima idr. (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, 2020). Trenutno je poznato kako konzumacija alkohola može biti uzrokom više od 200 bolesti, ozljeda i drugih zdravstvenih stanja (Shield idr., 2013), a na težinu i stupanj njihove uznapređovalosti utječu količina konzumiranog alkohola, vrsta pijenja i kvaliteta alkoholnog pića koje osoba konzumira (WHO- Global status report on alcohol and health, 2018). Veliki broj bolesti, ozljeda i drugih zdravstvenih stanja koje nastaju kao posljedica konzumacije alkohola, može se spriječiti ili liječiti pravovremenom identifikacijom mlade osobe koja konzumira alkohol (WHO - Adolescent and young adult health, 2022). Zastupljenost konzumacije alkohola među mladima razlikuje se u svakoj državi, kulturi i populacijskoj skupini unutar zemlje (Ahlstrom i Osterberg, 2004) sukladno čemu se planira preventivna politika. Prema rezultatima Europskog istraživanja o pušenju, pijenju alkohola, uzimanju droga i drugim oblicima ovisnosti među učenicima (ESPAD) zemlje poput Republike Hrvatske (RH), Republike Slovenije i Republike Mađarske u promatranom su razdoblju (2011.–2019.) iznad europskog prosjeka s obzirom na učestalost konzumacije alkohola. Prema rezultatima istraživanja alkohol je jednom ili više puta u životu konzumirao veliki udio mladih, uz zabilježen blagi trend opadanja u odnosu na 2011. godinu (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). Poznato je kako rani početak konzumacije alkohola najčešće produžuje životnu konzumaciju alkohola te povećava rizik za obolijevanjem od bolesti uzrokovanih konzumacijom alkohola i razvojem ovisnosti o alkoholu (Osaki idr., 2018), stoga je potrebno daljnje provođenje preventivnih mjera i zakonska regulacija što je temelj za zdravu populaciju u budućnosti.

2 Posljedice konzumacije alkohola

Konzumacija alkohola ima negativan učinak na fizičko i psihičko zdravlje te socioekonomsko blagostanje osobe. Prilikom konzumacije većih količina alkoholnih pića u kratkom vremenskom periodu u osoba može doći do razvoja akutne intoksikacije alkoholom (Begić, idr., 2015), a i do pojave patološko pijanog stanja kod konzumacije manjih količina alkohola (Begić idr., 2015; Degmenčić, 2017). Također, dugotrajna i prekomjerna konzumacija alkohola povezuje se s malignim bolestima (npr. karcinom jezika, tonzila, grkljana, ...), bolestima probavnog sustava (npr. gastritis, peptički ulkus, pankreatitis, ciroza jetre, ...); bolestima žičanog sustava (npr. epilepsija, alkoholna demencija, ...); bolestima kardiovaskularnog sustava

(npr. arterijska hipertenzija, koronarna srčana bolest, ...); bolestima reproduktivnog sustava (npr. poremećaji u menstrualnom ciklusu, atrofija testisa, ...) idr. (Križaj, 2018; Shield idr., 2014). Osim tjelesnih oštećenja, kao posljedica dugotrajne i prekomjerne konzumacije alkohola mogu se javiti psihičke smetnje i poremećaji (npr. poteškoće u koncentraciji i pamćenju, depresija, anksioznost, alkoholne psihoze, alkoholna ljubomora, ...) (Filaković idr., 2014; Čorak idr., 2014) te poremećaji u socijalnom funkcioniranju (npr. narušavanje obiteljskih odnosa, odnosa s prijateljima, problemi u školi, sudjelovanje u tučnjavama idr.) (Čorak idr., 2014).

3 Metoda

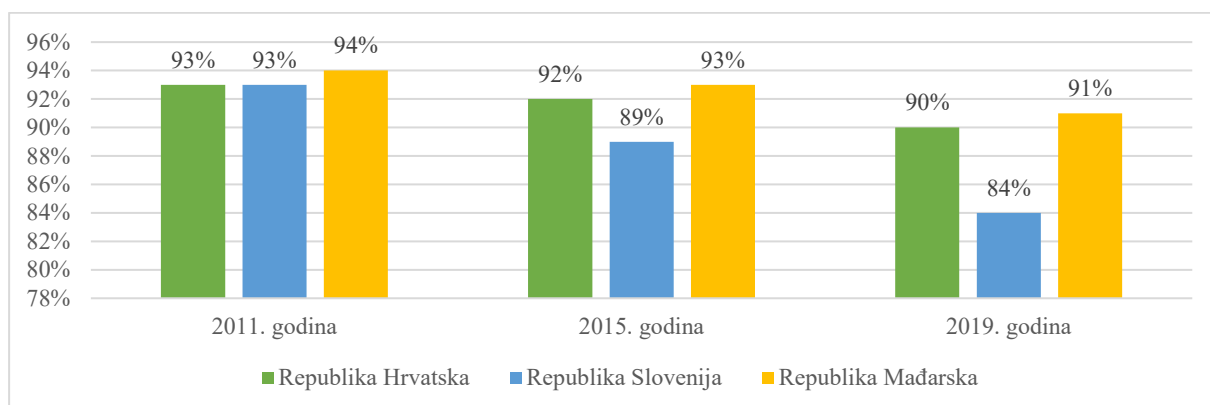
Korištene istraživačke metode su metoda kompilacije kojom smo proučili stranu i domaću literaturu te preuzeli zaključke i spoznaje dosadašnjih znanstveno istraživačkih radova. Također, korištena je i metoda deskripcije kojom smo opisali činjenice o zastupljenosti konzumacije alkohola među mladima u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj za razdoblje od 2011. do 2019. godine prema ESPAD istraživanju.

4 Rezultati ESPAD istraživanja za Republiku Hrvatsku, Republiku Sloveniju i Republiku Mađarsku u promatranom razdoblju (2011.–2019.)

Europsko istraživanje o pušenju, konzumaciji alkohola i upotrebi droga (ESPAD) međunarodno je istraživanje čiji je osnovni cilj prikupljanje međunarodno usporedivih i standardiziranih podataka na reprezentativnom uzorku adolescenata o pušenju, konzumaciji alkohola i upotrebi droga (Pejnović Franelić idr., 2016). Rezultati istraživanja pružaju uvid o dostupnosti sredstava ovisnosti, njihovoj ranoj uporabi te prevalenciji njihove upotrebe (ESPAD Report 2015, 2015).

Pregledom literature utvrđeno je prema rezultatima Europskog istraživanja o pušenju, pijenju alkohola, uzimanju droga i drugim oblicima ovisnosti među učenicima (ESPAD) kako su zemlje poput Republike Hrvatske (RH), Republike Slovenije i Republike Mađarske u promatranom razdoblju (2011.–2019.) iznad europskog prosjeka u svim promatranim kategorijama (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). Prema rezultatima istraživanja alkohol je u odnosu na 2011. godinu i dalje prema percepciji mladih lako dostupno sredstvo (89 %, 88 %, 84 % vs 87 %, 82 %, 84 %) te ga je jednom ili više puta u životu konzumirao veliki udio mladih, uz zabilježen blagi trend opadanja u odnosu na 2011. godinu (Grafikon 1.) (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019).

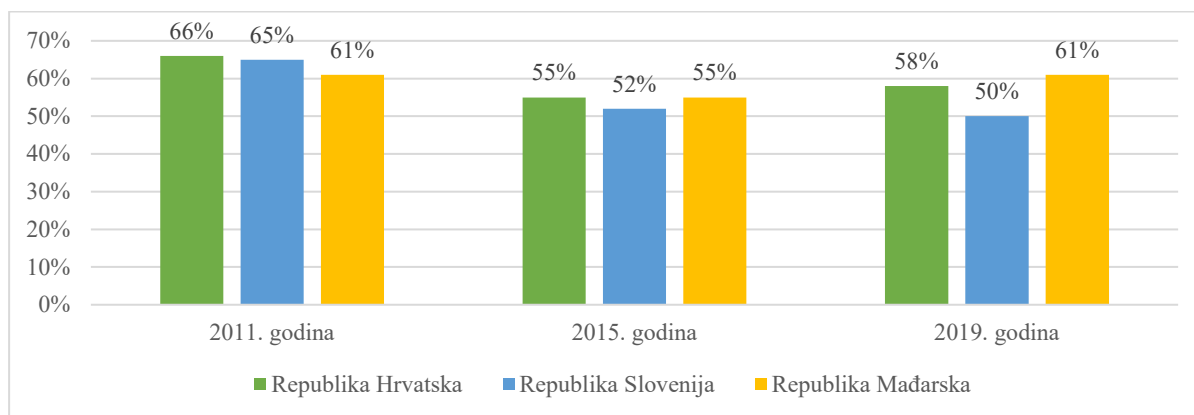
Graf 1: Prikaz učestalosti konzumacije alkohola jednom ili više puta u životu u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj za promatrano razdoblje 2011.– 2019



Izvor: ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019.

Prema vrsti alkoholnog pića u sve tri promatrane zemlje, mladićima i djevojkama najdostupnije je pivo i vino, a u nešto manjem postotku žestoka pića i gotova mješovita pića s alkoholom. (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). U odnosu na 2011. godinu dostupnost svih vrsta alkoholnih pića u blagom je opadanju, međutim još i dalje je iznad europskog prosjeka. U posljednjih 30 dana u promatranim godinama više od 50 % adolescenata u sve tri zemlje navelo je da je konzumiralo alkohol (Grafikon 2.) (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). Blagi trend opadanja konzumacije alkohola među mladima zabilježeni je između 2011. i 2015. godine, međutim on se dalje nastavlja samo u Republici Sloveniji, dok se u preostale promatrane zemlje bilježi blagi trend porasta učestalosti konzumacije alkohola među mladima.

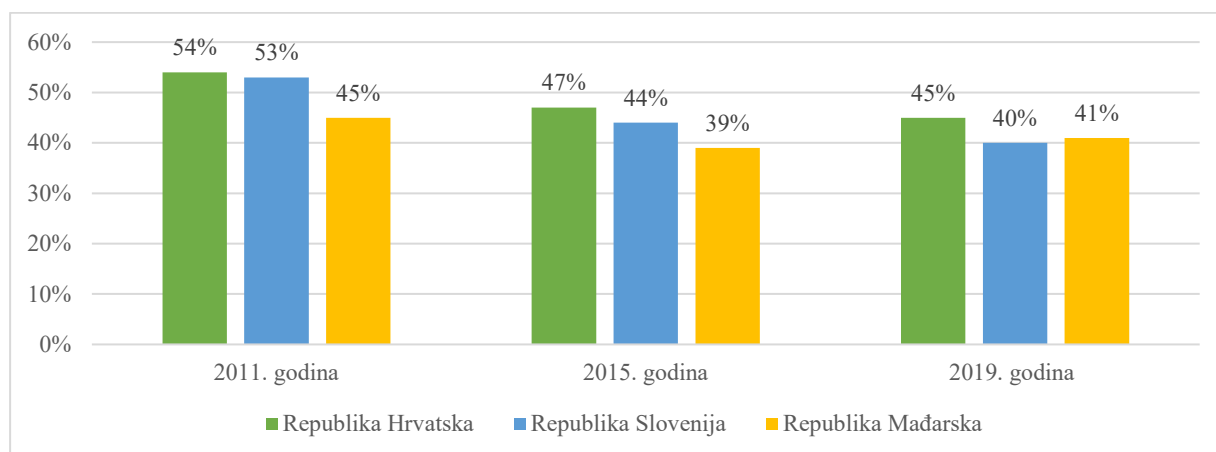
Grafikon 2: Prikaz konzumacije alkohola među mladima u posljednjih 30 dana u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj za promatrano razdoblje 2011.– 2019



Izvor: ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019.

Trend praktiranja ekscesivnog pijenja (konzumacija pet ili više alkoholnih pića za redom) među mladima Republike Hrvatske i Republike Slovenije u blagom je padu u oba spola, dok je u Republici Mađarskoj zabilježeni blagi porast od 2 % u odnosu na 2015. godinu. Prema rezultatima za 2019. godinu ekscesivni oblik konzumacije alkohola jednom ili više puta prakticiralo je u posljednjih 30 dana, 45 % mladih iz Republike Hrvatske, 41 % mladih iz Republike Mađarske i 40 % mladih iz Republike Slovenije (Grafikon 3) (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). Trend ekscesivnog pijenja zastupljeniji je u mladića u odnosu na djevojke, te je najveći postotak njih ovaj oblik pijenja prakticirao u jednom, dva ili tri do pet navrata.

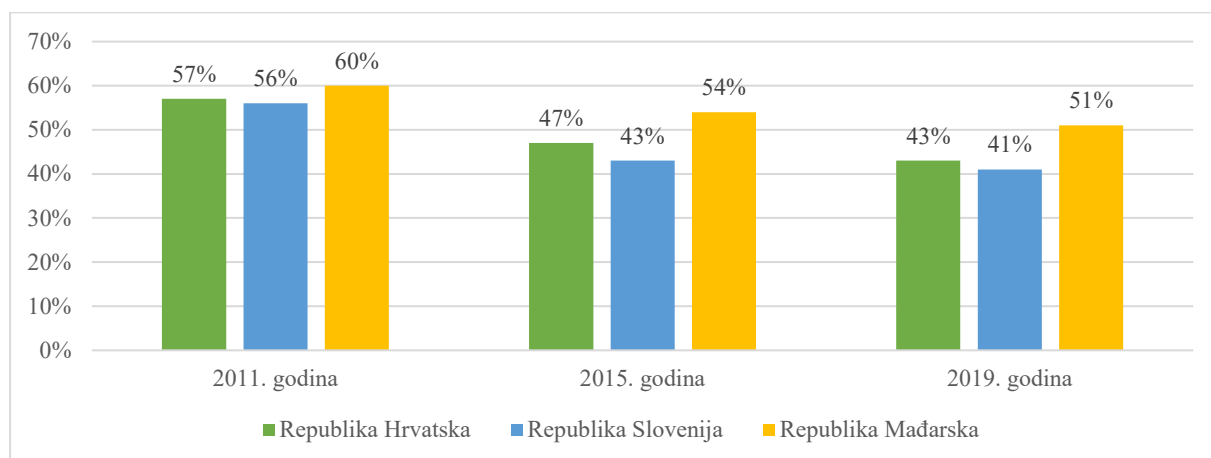
Grafikon 3: Prikaz praktíciranja ekscesivnog pijaња među mladima u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Republici Mađarskoj za promatrano razdoblje 2011.– 2019



Izvor: ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019.

Nadalje, prema rezultatima istraživanja vidljivo je kako se polako smanjuje iz godine u godinu postotak onih adolescenata koji su doživjeli jedno ili više iskustava stanja opijenosti (grafikon 4). (ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019). Međutim podaci vidljivi na temelju provedenih istraživanja su i dalje veoma zabrinjavajući, budući da sama konzumacija alkohola može dovesti do razvoja različitih akutnih i kroničnih stanja, ali i do rizičnih oblika ponašanja.

Grafikon 4: Doživljeno jedno ili više iskustva opijenosti među mladima Republike Hrvatske, Republike Slovenije i Republike Mađarske



Izvor: ESPAD Report 2011, 2011; ESPAD Report 2015, 2015; ESPAD Report 2019, 2019.

5 Rasprava

Prema prikazanim rezultatima Europskog istraživanja o prevalenciji konzumacije alkohola među mladima, vidljivo je kako je konzumacija alkohola među mladima srednjoškolske dobi u sve tri promatrane zemlje veliki javnozdravstveni problem. Sukladno navedenom, postoji potreba za provođenjem mjera prevencije i intervencija usmjerenih rješavanju problema konzumacije alkohola među mladima i sprječavanje posljedica koje mogu nastati. U svrhu prevencije konzumacije alkohola među mladima Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje strategiju koja uključuje ograničavanje dostupnosti alkoholnih pića u trgovinama i ugostiteljskim objektima (određivanje minimalne dobi za kupnju alkoholnog

pića), povećanje poreza i cijena na alkoholna pića, zabranu reklamiranja alkoholnih pića među mladima, donošenje i provedbu zakona o kažnjavanju vožnje pod utjecajem alkohola, edukaciju mladih o štetnosti konzumacije alkohola te osiguranje provođenja preventivnih mjera, liječenja i skrbi za osobe oboljele od posljedica konzumacije alkohola (WHO-Tackling NCDs, 2017). Republika Hrvatska, Republika Mađarska i Republika Slovenija usvojile su preporuke SZO te u svrhu prevencije konzumacije alkohola donijele zakone koji nalažu provedbu istog. Ukoliko promatramo npr. Republiku Hrvatsku vidljivo je kako ima uvažene brojne zakone koji govore o navedenoj tematici. U Republici Hrvatskoj zakonom je zabranjena prodaja alkoholnih pića i svih drugih pića osobama mlađim od 18 godina što treba biti istaknuto oznakom u svim trgovinama na vidljivom mjestu (Zakon o trgovini, 2020). Također, u svakom ugostiteljskom objektu zabranjeno je usluživanje i dopuštanje konzumacije alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina (Zakon o ugostiteljskoj djelatnosti, 2021). Promocija alkoholnih pića putem elektroničkih medija i audiovizualne komercijalne komunikacije ne smije biti usmjerena prema maloljetnim osobama niti ih poticati na neumjerenu konzumaciju. Nadalje, konzumacija alkohola ne smije biti prikazivana u medijima kao čimbenik koji doprinosi boljem fizičkom stanju, vožnji, socijalnom ili seksualnom uspjehu niti da alkohol sadrži ljekovita svojstva i da pridonosi u rješavanju osobnih sukoba (Zakon o elektroničkim medijima, 2021). Zakonom je regulirana i strogo kažnjiva vožnja pod utjecajem alkohola, te se prekršaj kažnjava novčanom kaznom od 700 kn i više (Zakon o sigurnosti prometa na cestama, 2022).

Osim preventivnih mjera na nacionalnoj razini od strane državnih tijela i zakonodavnog sustava, važna je provedba mjera prevencije i od strane obrazovno i zdravstvenog sustava kao i cijelokupne zajednice (Križaj i Ribić, 2020). Mjere se mogu provoditi na tri razine (Križaj i Ribić, 2020; Europski priručnik za prevenciju pušenja, alkohola i droga, 1998):

- primarnoj (provodi se edukacija mladih o štetnosti konzumacije alkohola te se djeluje na njihovo ponašanje i stavove)
- sekundarnoj (provodi se identifikacija mladih koji su u riziku za konzumacijom alkohola ili su započele s konzumacijom)
- tercijarnoj (provodi se kod mladih koji konzumiraju alkohol u svrhu sprječavanja štetnih posljedica ili u osoba koje su u riziku za ponovnom konzumacijom alkohola).

6 Zaključak

Adolescencija je razdoblje obilježeno brojnim promjenama te pojavom novih interesa i potreba, ali i problema. Jedan od najznačajnijih problema koji se javljaju kod adolescenata jest konzumacija alkohola koja može ostaviti trajne posljedice na razvoj mlade osobe u svim segmentima. Europsko istraživanje o pušenju, konzumaciji alkohola i upotrebi droga (ESPAD) pokazuje kako se Republika Hrvatska nalazi pri vrhu ljestvice kada je riječ o konzumaciji alkohola među adolescentima i mladima. Problem je to s kojim se suočavaju i susjedne zemlje Republika Mađarska i Republika Slovenija. Rezultati za sve tri zemlje pokazuju kako je više od 90 % adolescenata konzumiralo alkohol jednom ili više puta. Pet ili više alkoholnih pića za redom konzumiralo je više od 40 % adolescenata iz svih triju zemalja. Bez obzira na zakonske mjere o zabrani prodaje alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina, više od 80 % adolescenata navodi kako im je alkohol lako dostupno sredstvo. Blago opadanje konzumacije alkohola bilo je vidljivo između 2011. i 2015. godine, no taj se trend nastavio samo u Republici Sloveniji, za razliku od Republike Hrvatske i Republike Mađarske. Nešto pozitivniji rezultat vidljiv u sve tri zemlje jest da se smanjuje postotak adolescenata koji su doživjeli jedno ili više stanja opijenosti. Unatoč mjerama prevencije konzumacije alkohola među adolescentima i dalje je problem prisutan u velikom postotku. Osim navedenih mjera kao što su zabrana prodaje alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina, zabrana reklamiranja

alkoholnih pića, povećanje cijena alkoholnih pića, važnu ulogu u prevenciji konzumacije alkohola među adolescentima ima obitelj. Osim obitelji na stavove i ponašanje adolescenata također utječu i škola, vršnjaci kao i društvene mreže te drugi mediji. Iz navedenog se može naglasiti važnost stručne podrške i edukacije roditelja o prepoznavanju problema konzumacije alkohola kod njihovog djeteta te načinima prevencije konzumacije alkohola koje roditelji mogu poduzeti. Podrška i edukacija roditelja treba biti sveobuhvatna i dostupna svima, a potrebno ju je organizirati od strane škola kao i primarne zdravstvene zaštite.

LITERATURA

1. Adolescent and Young Adult Health (2022). Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
2. Adolescent Health (2022). Pridobljeno s https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
3. Ahlstrom, S. K. i Osterberg, E. L. (2004). International Perspectives on Adolescent and Young Adult Drinking. *Alcohol research & Health*, 28(4), 258–268.
4. Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Čorak, D., Krnić, D. i Modrić, I. (2014). *Alkohol i mladi*. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske, Ravnateljstvo policije.
6. Degmečić, D. (2017). Hitna stanja u psihijatriji. *Medicus*. 26, 199–204.
7. Đuranović, M. (2014). Rizično socijalno ponašanje u kontekstu vršnjaka. *Školski vjesnik: časopis za pedagogijsku teoriju i praksu*, 63, 119–132.
8. ESPAD Report 2011 (2011). Pridobljeno s <http://www.espad.org/reports-documents>.
9. ESPAD Report 2015 (2015). Pridobljeno s <http://www.espad.org/reports-documents>.
10. ESPAD Report 2019 (2019). Pridobljeno s <http://www.espad.org/reports-documents>.
11. Filaković, P., Vukšić, Ž. i Požgain, I. idr. (2014). *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek.
12. Global Status Report on Alcohol and Health 2018 (2018). Pridobljeno s http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
13. Križaj, M. (2018). *Konzumacija alkohola među mladima (Diplomski rad)*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
14. Križaj, M. i Ribić, R. (2020). Konzumacija alkohola među mladima. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Celostna obravnava pacijenta (str. 288–294)*. Novo mesto: Univerza v Novem mestu,.
15. Leucha, T., Peremans, L., Dilles, T. idr. (2018). The Prevalence of Alcohol Consumption during Early Adolescence: a Cross-Sectional Study in an Eastern Province, Thailand. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(2), 160–176.
16. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar (2020). Pridobljeno s <https://stampar.hr/hr/novosti/alkohol-i-mladi>.
17. Osaki, H., Mshana, G., Mbata, D. idr. (2018). Social Space and Alcohol Use Initiation among Youth in Northern Tanzania. *PLoS ONE*. 13(9), 1–13.
18. Pejnović Franelić, I., Markelić, M., Muslić, Lj. idr. (2016). *Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima - ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Prikaz hrvatskih nacionalnih rezultata 2015. godine*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
19. Salam, R. A., Das, J. K., Lassi, Z. S. idr. (2016). Adolescent Health and Well-Being: Background and Methodology for Review of Potential Interventions. *Journal of Adolescent Health*, 56, S4–S10.
20. Shield, K. D., Parry, C. i Rehm, J. (2013). Chronic Diseases and Conditions Related to Alcohol Use. *Alcohol Research: Current Reviews*. 35(2), 155–171.
21. Tackling NCDs (2017). Pridobljeno s <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9>.
22. *Zakon o elektroničkim medijima* (2021). Pridobljeno s <https://www.zakon.hr/z/196/Zakon-o-elektroni%C4%8Dkim-medijima>.
23. *Zakon o sigurnosti prometa na cestama* (2022). Pridobljeno s <https://www.zakon.hr/z/78/Zakon-o-sigurnosti-prometa-na-cestama>.

24. Zakon o trgovini (2020). Pridobljeno s <https://www.zakon.hr/z/175/Zakon-o-trgovini>.
25. Zakon o ugostiteljskoj djelatnosti (2021). Pridobljeno s <https://www.zakon.hr/z/151/Zakon-o-ugostiteljskoj-djelatnosti>.

Ocena znanja, komunikacije in stališč do paliativne oskrbe

UDK 616-036.8-083+614.253.5

KLJUČNE BESEDE: paliativna oskrba, znanje, komunikacija, stališča

POVZETEK – Paliativna oskrba je namenjena izboljšanju kakovosti življenja bolnikov z življenjsko nevarno boleznijo in njihovih družin. Pomen komunikacije v zdravstvu je že dolgo priznan kot temelj dobre oskrbe, slednja pa je še posebej izpostavljena v procesu paliativne oskrbe, ki lahko vključuje pogovore o napovedih, preferencah in prednostnih nalogah ter o upih in strahovih glede umiranja in smrti. Komunikacija med osebo, ki prejema paliativno oskrbo, njeno družino in zdravstvenimi delavci zato predstavlja bistvo pozitivne izkušnje ob koncu življenja. Slabe komunikacijske izkušnje in procesi so povezani s čustveno in moralno stisko ter tudi stresom povezanim z delom zdravstvenih delavcev. Številne raziskave poudarjajo potrebo po odprtih in odkritih pogovorih s pacienti in njihovimi bližnjimi v kritičnih trenutkih. Namen študije je bil oceniti znanje, komunikacijo in stališča do paliativne oskrbe med izvajalci zdravstvene nege. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela s tehniko anketiranja. Rezultati raziskave so pokazali, da se izvajalci zavedajo pomembnosti komunikacije v paliativni oskrbi, vendar v praksi z umirajočimi težko komunicirajo, hkrati pa jim zaradi vse večjih potreb po paliativni oskrbi za to primanjkuje časa. Raznoliki zdravstveni delavci zato potrebujejo dodatno usposobljenost za paliativne pristope k oskrbi, pri čemer je učinkovita komunikacija bistvena sestavina takšne prakse.

UDK 616-036.8-083+614.253.5

KEYWORDS: palliative care, knowledge, communication, attitudes

ABSTRACT – Palliative care aims to improve the quality of life of patients with a life-threatening illness and their families. The importance of communication in healthcare has long been recognized as the basis for good care, particularly in the process of palliative care, which may include conversations about the prognosis, preferences and priorities, and hopes and fears about dying and death. Communication between the person receiving palliative care, his or her family and healthcare professionals is therefore paramount to a positive end-of-life experience. Poor communication experiences and processes are associated with emotional and moral distress, as well as stress related to the work of healthcare professionals. Many studies emphasize the need for open and honest conversations with patients and their families at critical moments. The aim of this study was to assess nurses' knowledge, communication and attitudes toward palliative care. The study was based on the quantitative method of working with the survey technique. The research results showed that healthcare providers are aware of the importance of communication in palliative care, but in practice they have difficulties in communicating with dying patients and, at the same time, lack the time to do so due to the growing need for palliative care. Many healthcare professionals therefore need additional training in palliative care approaches, and effective communication is an essential component of such practice.

1 Uvod

Paliativna oskrba je celostna in aktivna pomoč pacientom, ki jim je bila postavljena diagnoza neozdravljive bolezni. Namenjena je vsem, ki imajo kronično in neozdravljivo bolezen, npr. za paciente z rakom v neozdravljivem stadiju, pacientom s kroničnimi boleznimi srca in ožilja, nevrološkimi in pljučnimi boleznimi ter za starostnike z geriatričnim sindromom (Furman in Lopuh, 2017). Opredelimo jo lahko tudi kot na pacienta in družino osredotočeno oskrbo, ki optimizira kakovost življenja s predvidevanjem, preprečevanjem in zdravljenjem trpljenja

(Lapane idr., 2022). Pojem ni sopomenka za umiranje, saj pozna različna obdobja, zgodnje in zadnje, ter umiranje in žalovanje (Furman in Lopuh, 2017). V celotnem kontinuumu bolezni vključuje obravnavo telesne, intelektualne, čustvene, sociale in duhovne potrebe in omogočanje pacientove avtonomije, dostopa do informacij in izbire (Lapane idr., 2022). Zanj je značilna odprta razprava o prognozi in poteku bolezni, interdisciplinarna nega, olajšanje zaključka življenja ter tudi podpora pacientovim svojcem ob žalosti in žalovanju (Nacionalna koalicija za hospic in paliativno oskrbo, 2018). Predvsem pa je pomembno, da je prilagojena potrebam pacientov ter zagotovljena ob optimalnem času in okolju (Hui idr., 2022).

Paliativna oskrba je dolgoročni izziv za zdravstveno oskrbo sistemov po vsem svetu. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2021) je ocenila, da je približno 56,8 milijona odraslih in otrok doživljalo nepotrebno trpljenje, ki bi ga bilo mogoče obravnavati in zdraviti s paliativno oskrbo. Strokovnjaki napovedujejo, da naj bi se število v prihodnjih desetletjih drastično povečalo, še posebej v državah z nizkim in srednjim dohodkom. Ocenjuje se, da bo do leta 2060 zaradi resnih zdravstvenih težav umrlo 48 milijonov ljudi (47 % vseh smrti na svetu), kar predstavlja 87-odstotno povečanje v primerjavi s 26 milijoni ljudi leta 2016 (Sleeman idr., 2021).

Paliativna oskrba kot sestavni del zdravstvenega in socialnovarstvenega sistema, mora biti dostopna vsem, ki jo želijo ali potrebujejo. Vlada Republike Slovenije je leta 2010 izdala dokument (Državni program paliativne oskrbe), v katerem so podana izhodišča za celostno in organizirano paliativno oskrbo na vseh nivojih, v vseh oblikah (Ministrstvo za zdravje, 2010, str. 3). V Evropi je paliativna oskrba urejena različno, Republika Slovenija tega področja še vedno nima sistemsko urejenega (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Ob pomanjkanju kadra, sredstev, sistemsko neurejenega zdravstva in neustrezne koordinacije oskrbe, bolniki s potrebo po paliativni oskrbi niso ustrezno obravnavani (Ebert Moltara in Došenović Bonča, 2019).

Prav tako ne smemo pozabiti na komunikacijo, katere pomen v zdravstvu je že dolgo priznan kot temelj dobre oskrbe, slednja pa je še posebej izpostavljena v procesu paliativne oskrbe, ki lahko vključuje pogovore o napovedih, preferencah in prednostnih nalogah ter o upih in strahovih glede umiranja in smrti. Študije poudarjajo potrebo po odprtih in poštenih pogovorih s pacienti in njihovimi bližnjimi v kritičnih časih, kljub temu pa v praksi 60–90 % pacientov z življenjsko nevarno boleznijo poročajo, da z njimi ni nihče razpravljal o vprašanih oskrbi ob koncu življenja in smrti (Brighton idr., 2016). Spretna komunikacija je pomemben vidik pri razvoju ustrezne oskrbe (Evans idr., 2014) in ima tudi pozitivne učinke na psihološko dobro počutje in klinične rezultate (Knauft, 2005). Učinkovita komunikacija dejansko pomaga podpirati čustveno stanje, krepiti odnose (Voumard idr., 2018) in pozitivno vpliva na upoštevanje režimov zdravljenja, stopnjo okrevanja, zadovoljstvo z oskrbo, nadzor bolečine in psihološko delovanje (Back, 2020). Kljub temu opravljene študije poročajo o tem, da se številni zdravstveni delavci se spopadajo z različnimi ovirami v komunikaciji pri paliativni oskrbi, pri čemer poročajo o težavah pri razumevanju pacientovih ciljev oskrbe in čustev (Evans idr., 2014). Natančneje, zdravstveni delavci se tovrstni komunikaciji raje izogibajo zaradi strahu pred obvladovanjem negativnih posledic, kot je uničenje upanja ali povzročanje škode bolnikom (Back, 2020). Poročajo pa tudi o težavah pri sporočanju slabe prognoze, o težavah pri izbiri pravih besed in pomanjkanju časa v svoji rutini (Saretta idr., 2022). Odsotnost ali slaba kakovost komunikacije povzroči zmedo, zmanjšano zadovoljstvo, slabšo kakovost življenja in neustrezno lajšanje simptomov za paciente in njihove družine. Poleg tega je večja verjetnost, da bodo zdravstveni delavci, ki menijo, da niso dovolj usposobljeni za komunikacijske veščine, poročali o depersonalizirani oskrbi in izgorelosti (Brighton idr., 2017).

Dobro je dokumentirano, da zdravstveni delavci zaznavajo številne zahteve ali stresorje pri zagotavljanju paliativne oskrbe. Gélinas idr. (2012) v svoji študiji izpostavljajo tri vrste stresnih

dejavnikov, in sicer organizacijske, profesionalne in čustvene. Kot glavne organizacijske stresorje izpostavljajo pomanjkanje pristopa k paliativni oskrbi, medpoklicne težave, pomanjkanje kontinuitete v načrtih vzdrževanja življenja in zdravljenja ter nasprotujoče si zahteve. Poklicni stresorji zajemajo pomanjkanje kompetenc paliativne oskrbe ter težave pri komunikaciji z družinami in sodelovanju z medicinsko ekipo. Čustveni stresorji pa se nanašajo na čustvene zahteve in eksistencialna vprašanja, povezana s smrtjo in postopkom umiranja. Prav tako lahko k stiski pri zdravstvenih delavcih prispevajo izpostavljenost trpljenja pacientov in družin ter izpostavljenost številnim smrtim.

Namen prispevka je oceniti znanje, komunikacijo in stališča do paliativne oskrbe med izvajalci zdravstvene nege v Sloveniji in poiskati predloge za izboljšavo in priložnosti za nadaljnja raziskovanja.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela, pri čemer je bila uporabljena tehnika anketiranja. Metode, ki so bile uporabljene metoda analize in sinteze, s katero smo analizirali in razčlenjevali odgovore in podatke iz anketnega vprašalnika ter jih smiselno povezali in združili proučene prvine v smiselno celoto in statistično metodo, s katero bomo izračunali statistične vrednosti oziroma korelacije med posameznimi spremenljivkami.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen strukturiran anketni vprašalnik. Oblikovan je bil na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Končni instrument je bil sestavljen iz zaprtih vprašanj z vrsto možnosti odgovorov. Za ugotavljanje stališč je bila uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica (1–sploh se ne strinjam, 2–se ne strinjam, 3–niti se ne strinjam niti se strinjam, 4–se strinjam, 5–popolnoma se strinjam). Prvi sklop vprašanj se je nanašal na demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovno mesto in delovna doba). Drugi sklop vprašanj pa je bil namenjen proučevanju znanja zdravstvenih delavcev s področja paliativne oskrbe, njihovim stališčem in komunikaciji z bolniki v paliativni oskrbi. Izpolnjenih je bilo 100 vprašalnikov, od tega ustrezno 93.

2.3 Opis vzorca

Raziskovalno populacijo sestavljajo zdravstveni delavci na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Vzorec je namenski, saj smo izbrali anketirance glede na namen raziskave, torej tiste zdravstvene delavce, ki se ukvarjajo s paliativno nego bolnikov. Značilnosti vzorca so prikazane v tabeli 1.

Tabela 1: Značilnosti anketirancev (N = 93)

Značilnost	Kategorija	f (f%)
Spol	Ženski	80 (86 %)
	Moški	13 (14 %)
Starost	do 30 let	32 (34,4 %)
	31–40 let	44 (47,3 %)
	41–50 let	14 (15,1 %)
	51 let +	3 (3,2 %)

Izobrazba	Srednješolska	47 (50,5 %)
	Višješolska	5 (5,4 %)
	Visokošolska	37 (39,8 %)
	Drugo	4 (4,3 %)
Delovno mesto	Negovalni oddelek	21 (22,6 %)
	Oddelek intenzivne terapije	31 (33,3 %)
	Socialnovarstveni zavod	7 (7,5 %)
	Drugo	34 (36,6 %)
Delovna doba	Manj kot 2 leti	4 (4,3 %)
	2–5 let	16 (17,2 %)
	6–10 let	30 (32,3 %)
	11–20 let	30 (32,3 %)
	21–30 let	10 (10,8 %)
	31 let +	3 (3,2 %)

Vir: Lastni vir, 2022.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje. Potekalo je po odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje Ika. Potekalo je od meseca junija do konca avgusta 2022. Povabilo k sodelovanju je bilo poslano preko elektronske pošte s prošnjo za posredovanje sodelavcem in kolegom, ki delajo na tem področju.

V analizo rezultatov je bilo skupno vključenih 22 spremenljivk, od tega 5 sociodemografskih. Izbor spremenljivk je bil narejen na osnovi skrbnega študija literature. Zanesljivost merjenja smo preverili z izračunom Cronbachovega koeficienta zanesljivosti α . Rezultati so pokazali, da imajo postavke zadovoljivo diskriminatorno moč, saj je bil α pri vseh konstruktih nad 0,7.

Za namen doseganja ciljev prispevka smo si zastavili naslednje hipoteze:

- *H1:* Mlajši zdravstveni delavci so bolj podvrženi stresu pri delu z umirajočimi.
- *H2:* Med pomanjkanjem znanja in stopnjo stresa obstaja pozitivna korelacija.
- *H3:* Strah, ki ga občutijo zdravstveni delavci v paliativni oskrbi, se odraža v težji komunikaciji s pacienti.

Pri preverjanju hipotez smo uporabili dve različni statistični metodi, in sicer analizo varianc ter korelacijsko analizo. Podatki so bili kodirani in analizirani z uporabo IBM SPSS, v. 24.0.

3 Rezultati

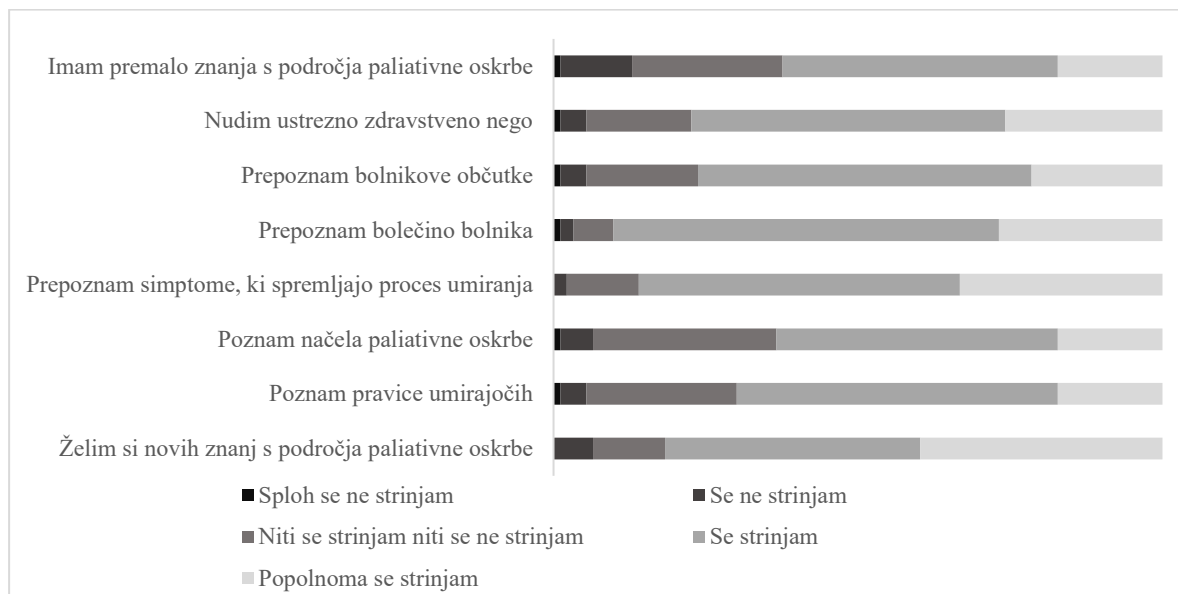
Rezultati raziskave (graf 1) so pokazali, da zdravstveni delavci ocenjujejo, da imajo v povprečju premalo znanja s področja paliativne oskrbe (3,66). S tem se strinja kar 62,4 % anketiranih, medtem ko le 12,9 % meni, da imajo znanja dovolj. Kljub temu, večina (77,4 %) anketiranih ocenjuje, da pacientom v paliativni oskrbi nudijo ustrezno zdravstveno nego (3,97).

Nadalje nas je zanimalo kakšno je poznavanje načel paliativne oskrbe in pravic umirajočih med zdravstvenimi delavci. Analiza je pokazala, da načela pozna 63,4 % anketiranih, medtem ko 30 % o tem ni prepričanih, preostalih 6,5 % pa načel sploh ne poznajo (3,73). Nekoliko višjo povprečno vrednost (3,81) je dosegla ocena poznavanja pravic umirajočih, pri čemer jih dobro ali zelo dobro pozna 69,9 % anketiranih.

Želeli smo ugotoviti, kakšno sposobnost imajo zdravstveni delavci pri prepoznavanju različnih situacij s katerimi se srečujejo v praksi. Izkazalo se je, da zdravstveni delavci v največji meri znajo prepoznati simptome, ki spremljajo proces umiranja (4,17), prepoznajo bolečino pacienta (4,13), nekoliko manj pa znajo prepoznati pacientove občutke (3,91).

Kljub navedenim rezultatom si zdravstveni delavci v večinskem deležu (81,7 %) želijo novih znanj s področja paliative.

Graf 1: Ocena znanja (N = 93)

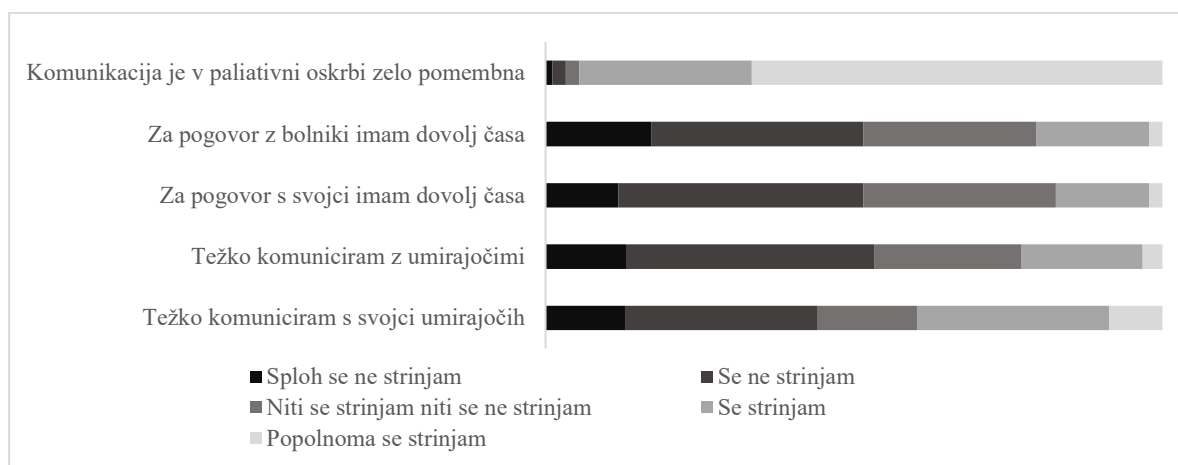


Vir: Lastni vir, 2022.

Analiza ocene komunikacije v paliativni oskrbi (graf 2) je pokazala, da se zdravstveni delavci v skoraj 95 % zavedajo njene pomembnosti v paliativni oskrbi (4,57). Kljub temu pa rezultati izpostavljajo problematiko pomanjkanja časa za komunikacijo tako s pacienti (2,54) kot tudi z njihovimi svojci (2,56). Zdravstveni delavci namreč v obeh primerih v več kot 50 % ocenjujejo, da za pogovor nimajo dovolj časa, v 30 % pa se s tem niti strinjajo niti ne strinjajo, kar predstavlja skrb vzbujujoč rezultat.

Rezultati kažejo, da imajo zdravstveni delavci večjo težavo pri komuniciranju s svojci umirajočih (39,8 %) kot z umirajočimi (22,6 %), medtem ko v obeh primerih slaba polovica anketiranih navaja, da težav s komunikacijo nimajo.

Graf 2: Ocena komunikacije v paliativni oskrbi (N = 93)

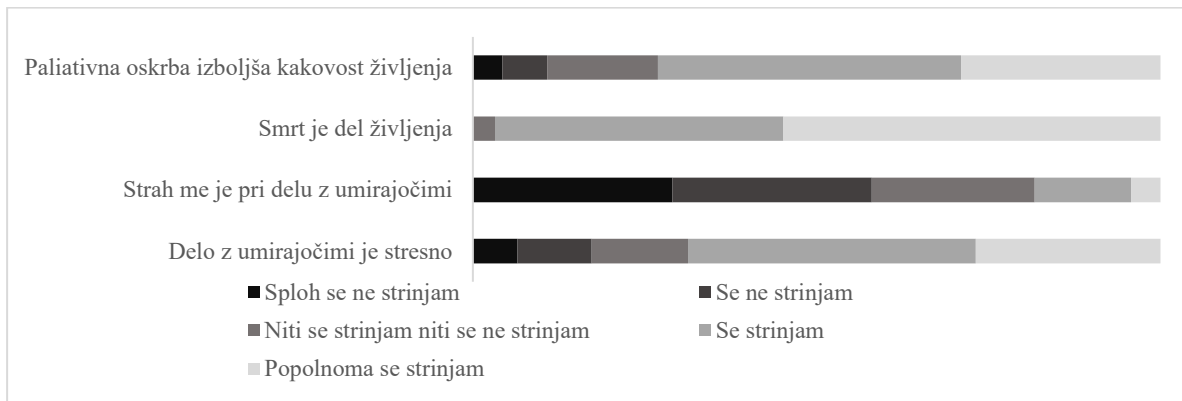


Vir: Lastni vir, 2022.

Anketirani v večinskem deležu (73,1 %) ocenjujejo, da paliativna oskrba izboljša kakovost življenja (3,87), vendar pa se je treba zavedati, da je za večino zdravstvenih delavcev delo z

umirajočimi stresno (68,8 %), kljub temu da se strinjajo, da je smrt del življenja (4,52) in se dela kot takega ne bojijo (2,35).

Graf 3: Stališča glede paliativne oskrbe in smrti



Vir: Lastni vir, 2022.

Test ANOVA je pokazal, da obstajajo statistično značilne razlike ($p = 0,027$) v starostnih skupinah glede na to, v kolikšni meri zdravstvenim delavcem delo z umirajočimi predstavlja stres. Izkazalo se je, da starejši, kot so zdravstveni delavci, bolj jim je delo stresno. Največji stres občutijo zdravstveni delavci v starostni skupini 41–50 let (4,57), najmanjši pa tisti v starostni skupini do 30 let (3,50). Hipotezo 1 zavrnamo.

Nadalje smo želeli ugotoviti, ali obstaja povezanost med pomanjkanjem znanja in stopnjo stresa, ki ga zdravstveni delavci doživljajo pri delu z umirajočimi. Spearmanova korelacijska analiza je pokazala, da med spremenljivkama obstaja srednje močna pozitivna povezanost (0,419) s statistično značilnostjo nižjo od 0,001 ($p = 0,000$). Glede na rezultat lahko trdimo, da večje pomanjkanje znanja povzroča pri zdravstvenih delavcih večji stres, zato hipotezo 3 potrdimo. Rezultati so pokazali, da pomanjkanje znanja povzroča tudi strah pri delu z umirajočimi. Korelacijski koeficient je bil sicer nekoliko nižji (0,368) in zato govorimo o šibki povezanosti, vendar kljub temu statistično značilni ($p = 0,000$).

Nenazadnje pa smo želeli preveriti ali se strah odraža tudi v težji komunikaciji s pacienti v paliativni oskrbi. Spearmanov korelacijski koeficient je v tem primeru znašal 0,560, kar pomeni, da med spremenljivkama obstaja srednja močna povezanost. S tveganjem manjšim od 0,01 % ($p = 0,000$) lahko trdimo, da tisti, ki občutijo večji strah pri delu z umirajočimi, tudi težje z njimi komunicirajo. Hipotezo 3 potrdimo.

4 Razprava in zaključek

Rezultati izvedene študije so pokazali, da je znanje zdravstvenih delavcev v paliativni oskrbi pomanjkljivo, kar je skladno s številnimi že opravljenimi študijami (glej npr. Bandelj idr., 2018; Ersek idr., 2022). Slednje navajajo predvsem resne vrzeli v znanju in veščinah paliativne oskrbe, kar pomeni, da je kader nepripravljen in premalo usposobljen, posledično pa je paliativna oskrba nezadostna in pomanjkljiva. Kljub temu izsledki opravljene raziskave kažejo na to, da zdravstveni delavci ocenjujejo, da znajo prepoznati potrebe pacientov in v večinskem deležu nudijo ustrezno zdravstveno nego v kritičnih trenutkih življenja. Največ težav imajo pri prepoznavanju čustvenih potreb, kar so potrdile tudi tuje študije (Evans idr., 2014).

Za zagotavljanje celostne in humanizirane oskrbe je bistvenega pomena učinkovita komunikacija, saj je prek nje mogoče empatično prepoznati in sprejeti bolnikove potrebe (Brighton idr., 2017). Pacientom omogoča, da sodelujejo pri odločanju in specifični negi,

povezani z boleznijo, s ciljem dostojnega zdravljenja. Komunikacija je tudi sredstvo za vzpostavljanje odnosa zaupanja, ne samo s pacientom, temveč tudi z njihovimi svojci, kot pomoč ob izgubah, žalosti in smrti (Evans idr., 2014). Komunikacija med osebo, ki prejema paliativno oskrbo, njeno družino in zdravstvenimi delavci je zato bistvo pozitivne izkušnje ob koncu življenja. Rezultati izvedene študije so pokazali, da se zdravstveni delavci zavedajo pomembnosti komunikacije v paliativni oskrbi, vendar pa se v praksi soočajo tudi z različnimi ovirami. Dahlin (2016) navaja, da so ene izmed najpogostejših ovir v komunikaciji osebne narave, ki vključujejo samo osebnost zdravstvenega delavca, kulturne norme in njegove strahove. Narava pogovorov v paliativni oskrbi je inherentno težka, predvsem ker zajema vprašanja in teme v povezavi z diagnozo, napredovanjem bolezni, umiranjem in smrtjo ter posledično lahko povzročajo zdravstvenim delavcem osebno stisko. Slednje prikazujejo tudi rezultati študije, saj večina zdravstvenih delavcev ocenjuje delo z umirajočimi kot stresno. Podrobnejša statistična analiza je pokazala, da je stopnja stresa višja pri starejših osebah, kot mlajših. Naša predvidevanja, da je stopnja stresa najvišja pri mlajši generaciji zaradi pomanjkanja izkušenj, so bila zato napačna. Študija, ki so jo opravili Gélinas idr. (2012) je pokazala, da ni najzahtevnejše ukvarjanje s smrtjo, umiranjem in trpljenjem, temveč to, da se morajo boriti za zagotovitev dostojnih pogojev za bolnika. Slednje lahko pojasnimo s pomanjkanjem kadra, obremenjenostjo zdravstvenih delavcev in premalo časa, ki ga imajo na voljo za kakovostno nego posameznih pacientov ter za pogovor z njimi in svojci, kar potrjujejo tudi naši rezultati. Poleg pomanjkanja časa, smo ugotovili, da strah, ki ga občutijo zdravstveni delavci pri delu z umirajočimi tudi povzroča težjo komunikacijo tako s pacienti kot s svojci, strah pa je še večji, če menijo, da imajo primanjkljaj znanja na področju paliativne oskrbe.

Da je pomanjkanje znanja v paliativni oskrbi težava, smo omenili že na začetku. Malo zdravstvenih šol ponuja učenje veščin hudo bolnih pacientov, kaj šele paliativne oskrbe. Ironično, rezultat je, da čeprav so medicinske sestre izvajalci paliativne oskrbe, so slednje malo ali celo nič izpostavljene smrti, umiranju in komunikaciji s takšnimi osebami (Dahlin, 2016). Usposabljanje je torej nujno, da se zdravstvenim delavcem v prvi liniji omogoči, da prepoznajo potrebe pacientov, zagotovijo obvladovanje bolezenskih simptomov, se naučijo učinkovite komunikacije in celostne oskrbe. Številne študije (Hanson idr., 2005; Zheng in Temkin Greener, 2010; Thompson idr., 2011) navajajo, da je izobraževanje o paliativni oskrbi povezano z izboljšano oceno in obvladovanjem simptomov, višjimi stopnjami pogovorov ob koncu življenja in prejemanjem oskrbe, ki je v skladu s preferencami pacientov, ter boljšim zadovoljstvom zdravstvenih delavcev.

Chang idr. (2022) so izvedli eksperimentalno študijo med študenti zdravstvene nege, pri čemer so v učni načrt vključili paliativna klinična opazovanja, vzorčenje in razprave s kliničnim osebjem, čemur so sledile simulacije v laboratoriju skupaj s povratnimi informacijami pacientov in njihovih bližnjih. Integrirani kvantitativni in kvalitativni rezultati so pokazali, da se je znanje, odnos in samozavest študentov, vključenih v ta program izboljšala. Vrednost študije se je kaže predvsem v tem, da so predlagali način, kako študentom pomagati razviti ne le boljše razumevanje njihovih vrednot in prepričanj, temveč tudi izboljšali njihovo znanje in veščine v skrbni komunikaciji za kakovostno celostno paliativno oskrbo. Čeprav je bil vzorec majhen in svojih izsledkov niso mogli posplošiti na celotno populacijo, pa lahko slednji služijo kot izhodišče za zasnovo nove pedagogike in izboljšavo učnih načrtov fakultet na področju paliativne oskrbe.

Ta prispevek ni le dragocen prispevek k omejeni literaturi o paliativni oskrbi pacientov, ampak je tudi prva analiza povezanosti stališč in znanja s komunikacijo v paliativni oskrbi v Sloveniji. Ugotovitve študije bodo prispevale k zapolnjevanju trenutne vrzeli v literaturi na makroravni, hkrati pa zagotavlja tudi bistvene informacije in predloge za izboljšave, ki bi imele neposreden ali posreden učinek na bolj kakovostno celostno paliativno oskrbo pacientov.

LITERATURA

1. Back, A. L. (2020). Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 866–876.
2. Bandelj, A., Kaučič, B. M. in Filej, B. (2018). Timski pristop v paliativni oskrbi – pregled literature. *Revija za zdravstvene vede*, 5(1), 61–73.
3. Brighton, L. J. idr. (2016). Communication in Palliative Care: Talking about the End of Life, Before the End of Life. *Postgrad Medical Journal*, 92(1090), 466–470.
4. Brighton, L. J. idr. (2017). A Systematic Review of End-of-Life Care Communication Skills Training for Generalist Palliative Care Providers: Research Quality and Reporting Guidance. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 417–425.
5. Chang, K. K. P., Chan, E. A. in Pui Man Chung, B. (2022). A New Pedagogical Approach to Enhance Palliative Care and Communication Learning: A Mixed Method Study. *Nurse Education Today*, 119, 105568.
6. Dahlin, C. M. (2016). Communication in Palliative Nursing. V E. Wittenberd idr. (ur.), *Textbook of Palliative Care Communication* (str. 54–62). New York: Oxford University Press.
7. Ebert Moltara, M. in Došenović Bonča, P. (2019). *Ekonomika paliativne oskrbe – Slovenija*. V A. Bola Natek (ur.), *Izvem* (str. 7–27). Ljubljana: Zavod za razvoj zdravstvenega managementa.
8. Ersek, M., Unroe K. T., Caepenter, J. G. idr. (2022). High-Quality Nursing Home and Palliative Care-One and the Same. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 247–252.
9. Evans, N. idr. (2014). End-of-Life Communication: a Retrospective Survey of Representative General Practitioner Networks in Four Countries. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 604–619.
10. Furman, B. in Lopuh, M. (2017). Paliativna oskrba – kaj to je?. V G. Prosen (ur.), *Šola urgence* (str. 146–150). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
11. Gélinas, C., Fillion, L., Robitaille, M. A. idr. (2012) Stressors Experienced by Nurses Providing End-of-Life Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(1), 18–39.
12. Hanson, L. C., Reynolds, K. S., Henderson, M. idr. (2005). A Quality Improvement Intervention to Increase Palliative Care in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*, 8(3), 576–584.
13. Hui, D., Heung, Y. in Bruera, E. (2022). Timely Palliative Care: Personalizing the Process of Referral. *Cancers*, 14(4), 1047.
14. Knauft, E. idr. (2005). Barriers and Facilitators to End-of-Life Care Communication for Patients With COPD. *CHEST Journal*, 127(6), 2188–2196.
15. Lapane, K. L., Quilliam, B. J., Chow, W. idr. (2022). Impact of Revisions to the F-Tag 309 Surveyors' Interpretive Guidelines on Pain Management among Nursing Home Residents. *Drugs Aging*, 29(5), 385–393.
16. Ministrstvo za zdravje. (2010). Državni program paliativne oskrbe. Pridobljeno s <https://www.gov.si/assets/Ministrstva/MZ/DOKUMENTI/pomembni-dokumenti/47cbef2cb3/Drzavni-program-paliativne-oskrbe.pdf>.
17. National Coalition for Hospice and Palliative Care. (2018). National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Pridobljeno s <https://www.nationalcoalitionhpc.org/npc>.
18. Saretta, M., Doñate - Martínez, A. in Alhambra-Borrás, T. (2022). Barriers and Facilitators for an Effective Palliative Care Communication With Older People: A Systematic Review. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2671–2682.
19. Sleeman, K. E. idr. (2019). The Escalating Global Burden of Serious Health-Related Suffering: Projections to 2060 By World Regions, Age Groups, and Health Conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), 883–892.
20. Thompson, S., Bott, M., Boyle, D. idr. (2011). A Measure of Palliative Care in Nursing Homes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 57–67.
21. Voumard, R., Rubli Truchard, E., Benaroyo, L. idr. (2018). Geriatric Palliative Care: a View of Its Concept, Challenges and Strategies. *BMC Geriatrics*, 18, 220.

22. WHO. (2021). *Assessing the Development of Palliative Care Worldwide: A Set of Actionable Indicators*. Geneva: World Health Organization.
23. Zheng, N. T. in Temkin - Greener, H. (2010). End-of-Life Care in Nursing Homes: The Importance of CNA Staff Communication. *Journal of the American Medical Directors Association* 11(7), 494–499.

Kombinacija fizioterapije in delovne terapije po možganski kapi

UDK 615.8+616.831-005.1

KLJUČNE BESEDE: možganska kap, fizioterapija, delovna terapija, rehabilitacija v akutni fazi, rehabilitacijski cilji

POVZETEK – Večji del starejše populacije si želi starost preživeti čim dlje v svojem domačem okolju, kljub zmanjšani zmožnosti zaradi možganske kapi. Zato je cilj vsake obravnave na sekundarnem nivoju, da se osebe po možganski kapi poskuša rehabilitirati na najvišjo stopnjo neodvisnosti, ki nam jo dopušča stopnja okvare. Kakovostno medpoklicno sodelovanje je med delovnimi terapevti in fizioterapevti v sekundarnem zdravstvu velikega pomena in vpliva na boljši izid rehabilitacije ter večji poudarek na celostni pogled pri izvedbi obravnave. Vpliv sodelovanja znotraj terapevtskih strok se vedno bolj uveljavlja ter prinaša hitrejšo in zanesljivejše izide pri zastavljenih rehabilitacijskih ciljih. V fizioterapiji se ob zastavljanju osnovnih ciljev rehabilitacije po možganski kapi osredotočamo na izboljšanje motorične funkcije prizadete strani in čim večjo neodvisnost pacienta preko progresivne vertikalizacije, izboljšanja senzorne zaznave, kardiorespiratorne funkcije, posturalne kontrole ter ponovnega učenja motoričnih nalog. Ponovno učenje izvedbe nekaterih vsakdanjih motoričnih nalog je lahko še bolj uspešno v kombinaciji z delovno terapijo. V delovni terapiji je pomembno, da osebe obravnavamo kakovostno in jim v sklopu obravnave damo izkušnjo in jih naučimo pravilne izvedbe aktivnosti, ki je glavni medij delovnoterapevtske obravnave. Osnovni namen delovne terapije je, da posamezniku omogočimo sodelovanje v aktivnostih, ki so za posameznika pomembne in odražajo njihove vrednote.

UDC 615.8+616.831-005.1

KEYWORDS: stroke, physiotherapy, occupational therapy, rehabilitation in the acute phase, rehabilitation goals

ABSTRACT – After a stroke, the goal of any therapeutic intervention in a hospital setting is rehabilitation of the patient to the highest independence level possible, depending on the severity of the stroke and other comorbidities. Cooperation between physiotherapists and occupational therapists in a hospital setting has a big impact on the rehabilitation outcome and gives a more holistic approach to patients after stroke. The influence of cooperation between different therapeutic profiles is nowadays more often used for delivering quicker and safer solutions in regard to the goals that are set at the beginning. In physiotherapy, we set our short-term and long-term goals for rehabilitation after stroke in the acute phase with the purpose of enhancing the motor function of the affected side and achieving more independence of the patients by using interventions that focus on progressive verticalization, improvement of sensory perception, cardiorespiratory status, postural control and re-learning of motor tasks. Re-learning to perform daily activities can be more efficient when done in combination with occupational therapy. In occupational therapy, it is important that we perform quality interventions that offer the patient an experience which helps them re-learn to perform daily tasks, and to be included in activities and/or tasks that are important to them and help them be more satisfied with their overall quality of life.

1 Uvod

1.1 Možganska kap

Možgansko žilne bolezni, kamor uvrščamo možgansko kap, so najpogostejše bolezni med vsemi nevrološkimi obolenji v odrasli dobi. Vemo, da je to skupek nenadno nastalih

nevroloških simptomov in znakov žilnega izvora. Zdravljenje akutne možganske kapi poteka s trombolizo, bodisi intravensko z raztapljanjem krvnega strdka ali z mehanično revaskularizacijo zaprte žile oziroma s kombiniranim zdravljenjem (Vujasinovič in Žvan, 2012). Zaradi pogostosti, visoke smrtnosti in neredko hude posledice invalidnosti nam zdravstvenim delavcem predstavljajo velik zdravstveni in socialni izziv.

Po možganski kapi opazamo in izmerimo popolno funkcionalno rehabilitacijo le pri 5–20 % pacientov, medtem ko ostalih 80 % kaže različne stopnje nezmožnosti in zmanjšanje funkcionalnosti pri vsakodnevnih aktivnostih. V povezavi z vedno večjo prevalenco možganskih kapi v starajoči družbi se pojavlja povečana potreba po inovativnih rehabilitacijskih strategijah (Bissolotti idr., 2016, str. 770).

Pacienti po možganski kapi imajo pogosto fizične, kognitivne, socialne in emocionalne posledice, zaradi katerih prav te težave vplivajo na mnoge vidike posameznikovega funkcioniranja. Ob posledicah, ki jih prinaša možganska kap, ki v večini onemogoči normalno gibanje človeka, je potrebno upoštevati tudi posledice na kognitivni ravni. Te se namreč v akutnem obdobju pojavljajo pri skoraj 92 % pacientov, 60 % kognitivnih posledic bolezni ostane in so bolj ali manj prisotne, zaradi česar je potrebna tudi nevropsihološka obravnava (Globokar idr., 2021, str. 66).

Že v akutni fazi je pomembno, da čim hitreje pričnemo z ustrežno in primerno rehabilitacijo. Zato je rehabilitacija pacientov po možganski kapi v akutni fazi multidisciplinarno delo, kamor spadajo zdravniki, ki so vodje tima, nevrokirurgi, medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, logopedi, psihologi, socialni delavci, dietetiki.

Uspešen multidisciplinarni tim sestavljajo osebe različnih strokovnih področij. Njihov namen je obravnavanje istega primera z različnega vidika z glavnim namenom doseganja skupnega cilja. Vsi zdravstveni delavci pa se morajo zavedati, da brez sodelovanja, skupnih ciljev in potrpežljivosti, ni mogoče doseči dobrih rezultatov (Zaletel - Kragelj idr., 2011).

Že v akutni fazi pa je tudi pomembno, da v sam proces rehabilitacije vključimo tudi pacientove svojce, ki so lahko dobra vzpodbuda za boljši izid same rehabilitacije.

Tako kot se naši pacienti ob bolezni srečujejo z vedno novimi izzivi in težkimi življenjskimi preizkušnjami, se celoten multidisciplinarni tim nenehno spoprijema z vedno novimi strokovnimi izzivi, ki nam jih prinese vsak posamezni pacient. Namen celostne obravnave pacienta je prepoznati njegove težave, jih oceniti in nato oblikovati proces obravnave znotraj posamezne stroke.

1.2 Medpoklicno sodelovanje in komunikacija

Možganska kap lahko prizadane funkcionalnost pacienta preko vpliva na različne organske sisteme (npr. govor, vidno polje, mišična moč, koordinacija, ravnotežje), zato je pri rehabilitaciji potreben multidisciplinarni pristop. Naloga interprofesionalnega tima je implementiranje načrta obravnave za zmanjševanje nezmožnosti pacienta, kar zahteva dobro koordinacijo in komunikacijo med različnimi strokami, pacientom, svojci in negovalnim osebjem (Hoenig in Emeric, 2021).

1.3 Fizioterapija v akutni fazi po možganski kapi

Fizioterapevtska rehabilitacija po možganski kapi je na splošno definirana kot katera koli intervencija, katere namen je po eni strani zmanjšati pacientovo nezmožnost v dnevni aktivnosti, po drugi strani pa njegovo udeležbo v njih povečati. Rehabilitacija je proces,

katerega cilji so preprečiti poslabšanje funkcije, hkrati pa funkcije izboljšati in doseči čim višje ravni neodvisnosti pacienta (fizično, psihološko, socialno in finančno) v mejah stanja vsakega posameznika. Pacientom po možganski kapi so med procesom rehabilitacije za čim hitrejšo vrnitev v normalno življenje ponujene terapije in raznoliki treningi. Mnogi pacienti s ponovnim učenjem in pridobivanjem sposobnosti za izvrševanje dnevnih aktivnosti izboljšujejo neodvisnost in funkcionalne kapacitete. Okrevanje po možganski kapi je najbolje definirano kot izboljšanje širokega spektra, in sicer tako zaradi treninga in izvedbe terapij kot tudi zaradi sprememb na biološkem in nevrološkem nivoju. Odvisno je od parametrov in ciljev, ki so specifično postavljeni za vsakega posameznika, zato lahko stopnja okrevanja varira relativno glede na opazovani aspekt rehabilitacije. Zato okrevanje ne pomeni celostni pogled na vse funkcionalne spremembe (Belagaje, 2017, str. 238).

Postopna vertikalizacija

Ob začetku premične faze v akutni fazi po možganski kapi se posvečamo učenju postopne vertikalizacije. V ležeči fazi pacienta in svojce učimo pravilnega nameščanja v terapevtske položaje na boku. Ko pacient uspešno (samostojno ali ob pomoči) premaguje motorične naloge v ležečem položaju (obračanje na bok, dvig medenice, poravnava trupa), se premaknemo na učenje pravilnega posedanja, trening aktivnega sedenja, prenosov teže na prizadeto stran, pridobivanja simetričnega sedečega položaja, zmanjševanju neglekta. Ob sodelovanju z delovnimi terapevti se lahko poslužujemo uporabe pripomočkov in opornic, pri poskusih in treningih vertikalizacije se lažje lotevamo doseganja ciljev glede na trenutno doseženo pacientovo posturalno kontrolo in dosežen položaj, hkrati pa se s sodelovanjem poveča občutek varnosti pacienta.

Izboljšanje senzorne zaznave

Po možganski kapi so prizadete mnoge različne modalitete senzorne zaznave. Izguba (popolna ali nepopolna) občutka za dotik je prisotna pri 65–94 % vseh pacientov po možganski kapi (Carey idr., 1995; Acerra, 2007). Zmanjšanje propriocepcije je prisotno pri 17–52 %, poleg tega pa še izguba občutka za vibracijo (44 %) in lahen dotik (32–89 %) ter izguba občutka za ostro in topo (35–71 %), ki so prav tako simptomi zmanjšane senzorične (Hunter, 2002; Acerra, 2007; Tyson, 2008).

Ponavljajoča aktivacija in dovajanje senzornih dražljajev omogočata izboljšanje adaptivne plastičnosti motoričnega korteksa, kar kaže na potencialni mehanizem, ki lahko pospeši rehabilitacijo (Carrico idr., 2016, str. 1879). Rehabilitacija senzorne zaznave je torej lahko temeljna pot k vračanju funkcije po možganski kapi (Schabrun idr., 2009, str. 30). Kljub dokazom, ki podpirajo kombinacijo rehabilitacije senzorne in motorne funkcije, so zdravljenja, ki se specifično osredotočajo na somatosenzorno funkcijo, še vedno redka (Carey, 1995; Schabrun, 2009; de Diego, 2013; Carey, 2018).

V akutni fazi po možganski kapi smo se pri obravnavah senzorne zaznave pacientov posluževali senzorne stimulacije površinskih in globokih taktilnih receptorjev prstov prizadete roke in noge s pomočjo lahkega dotika, vibracij in uporabe različnih materialov za dovajanje zunanjih dražljajev in proprioceptivno vadbo.

Ponovno učenje motoričnih nalog

Po izvedbi polstrukturiranega intervjuja in opravljeni nevrofizioterapevtski oceni povzamemo pacientovo anamnezo in njegovo funkcioniranje pred možgansko kapjo ter skupaj s pacientom in svojci ali skrbniki načrtujemo obravnave, prilagoditve in spremembe, ki so potrebne ob vrnitvi pacienta v domače okolje. Skupaj z delovnimi terapevti načrtujemo treninge posameznih ožjih dnevnih aktivnosti, kot so aktivnosti oblačenje/slačenje, umivanje, hranjenje, mobilnost, uporaba stranišča in kopalnice, kopanje/tuširanje, pri čemer se s fizioterapevtskega vidika

osredotočamo na simetrično posturalno kontrolo, ustrezne prenose teže, zmanjšanje neglekta, izboljšanje senzorne zaznave in motorične funkcije prizadete strani, enakomerne uporabe obeh strani telesa, izboljšanje ravnotežja ob izvedbi dnevne aktivnosti.

Zmanjševanje spastičnosti

Pri večini lezij motoričnega korteksa, povzročenih pri možganski kapi, v poškodovana tkiva ni vključen samo primarni motorični korteks, temveč so zajeta tudi okoljna tkiva, kot npr. bazalni gangliji. Pri tovrstni možganski kapi pa pride do mišičnega krča skupin mišic na nasprotni strani telesa – hemipareza/hemiplegija. Ta mišični krč nastane zaradi škode, ki je nastala na pomožnih povezavah iz nepiramidalnih predelov motoričnega korteksa. Te povezave pri normalnem delovanju inhibirajo vestibularna in retikularna motorična jedra možganskega debla. Ko so motorična jedra disinhibirana, postanejo spontano aktivna in povzročajo povišan mišični tonus v vključenih mišičnih skupinah (Hall, 2016, str. 691).

Pri zmanjševanju spastičnosti v akutni fazi po možganski kapi imamo pogosto fizioterapevti ključno funkcijo pri izboljšanju funkcionalnega stanja pacienta. Poslužujemo se tehnik, kot so: propioceptivna nevromuskularna facilitacija (PNF), Bobath koncept, propioceptivna vadba recipročna inhibicija agonistov, stimulacija antagonistov za sproščanje agonista, vibracije, mehkoktivne tehnike z raztezanjem.

Pomembno je, da je uravnavanje spastičnosti lahko uspešno le, če je reševanje tega problema multidisciplinarno in vključuje številne strokovnjake (negovalno osebje, fizioterapevta, delovnega terapevta, logopeda, psihologa, zdravnika) pa tudi pacienta in njegovo družino ali skrbnika (Hostak idr., 2019).

1.4 Delovna terapija v akutni fazi po možganski kapi

Delovna terapija je zdravstvena stoka, ki je enakovreden član ostalim v timu. Znotraj svojih intervencij in pristopov omogoča, da se ljudi vključuje v vsakodnevne življenjske aktivnosti/dejavnosti, ki so za njih smiselne in namenske oziroma socialno okolje od njega pričakuje, da jih osvoji ter posledično pozitivno vplivajo na njihovo zdravje in dobro počutje. To so lahko skrb zase in izvajanje življenjskih vlog, priložnostne aktivnosti in aktivnosti s področja produktivnosti.

Delovni terapevti se v akutni fazi vključujejo v proces rehabilitacije, ko je pacientovo stanje stabilno. Osebi, kljub težavam, ki so lahko prisotne na motoričnem, kognitivnem, senzoričnem in psihosocialnem področju, omogoča vključevanje v vsakodnevna opravila, ki jih je izvajal pred boleznijo. V akutni fazi smo osredotočeni na ožje dnevne aktivnosti, kot so aktivnosti oblačenje/slačenje, umivanje, hranjenje, mobilnost, uporaba stranišča in kopalnice, kopanje/tuširanje.

Poleg tega tudi priporoča ustrezne medicinske pripomočke ali prilagoditve okolja, ki omogočijo učinkovitejšo, varno in samostojno izvedbo dejavnosti.

Po možganski kapi se mora oseba ponovno naučiti veščin in spretnosti, ki so nujne za čim večjo samostojnost pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti. Pri tem je zelo pomembna njena motiviranost ter pogosto tudi podpora in razumevanje družine (Janša in Angleitner, 2012).

Pri delovnoterapevtskem procesu nas zanimajo pacientove vloge v življenju, ki imajo velik pomen pri postavitvi ciljev pri sami obravnavi. V vsakdanjem življenju se ti prepletajo in medsebojno oblikujejo navade, rutine, ki so pri pacientih z možgansko kapjo spremenjene. Volja kot motivacija se pri pacientu tekom rehabilitacije spreminja in vpliva na to, kako pacient aktivno sodeluje pri oblikovanju ciljev na področju vsakodnevnega funkcioniranja.

Sapero – Sabari je obdobje po možganski kapi razdelila v tri faze in sicer:

- obdobje, ko se pacient osredotoči na izboljšanje okvarjenih spretnosti
- obdobje, ko pacient sprejema svoje stanje;
- obdobje, ko se začne ponovno vključevati v širše okolje,
- v prvih tednih po možganski kapi je pri pacientu bolj prisotna želja po izboljšanju okvarjenih spretnosti in sposobnosti, zato je terapevtski program usmerjen na področje gibanja in zaznav na prizadeti in zdravi strani, prepoznavanje vidnih motenj in težav z zbranostjo in ostalimi miselnimi procesi, ki so opazni že pri izvajanju enostavnih dnevnih aktivnosti (Janša in Angleitner, 2012).

Pomembno je, da vsi člani tima in prav tako svojci uporabljamo osnove nevroterapevtskih pristopov, ki poudarjajo vključevanje slabše strani telesa v funkcijo za izvedbo naloge. Predvsem je pomembno, da spodbujamo bilateralnost pri izvedbi aktivnosti, da s tem preprečimo nezaželena stanja v procesu zgodnje rehabilitacije, kot so: zvišan mišični tonus, nezavedanje in posledično ne vključevanje prizadete polovice telesa, subluksacija rame s spremljajočo bolečino, depresija in zmanjšana motivacija za aktivno sodelovanje v terapevtskem programu. Poleg tega je pomembno vzpostaviti dogovor, da so pacienti preko dneva nameščeni v pravilnih terapevtskih položajih.

Namen prispevka je s pomočjo pluralne študije treh primerov proučiti kratkoročno učinkovitost fizioterapevtskega programa v kombinaciji z delovno terapevtsko obravnavo na pacientovo izvajanje osnovnih motoričnih nalog, kot so sedenje, hoja, hranjenje, skrb za osebno higieno, oblačenje, uporabe stranišča. S pomočjo pregleda literature je bil sestavljen fizioterapevtski in delovno terapevtski program.

Namen prispevka je prikaz primera dobre prakse interdisciplinarnega sodelovanja v Splošni bolnišnici Jesenice na internem oddelku, kjer se stroki fizioterapije in delovne terapije v večini povezuje in izvajata kombinirano obravnavo že v akutni fazi po možganski kapi.

2 Metodologija

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu prispevka smo uporabili metodo deskriptivnega pisanja. Podatke smo črpali iz literature v slovenščini in angleščini. Pri iskanju znanstveno-raziskovalnih člankov smo uporabili podatkovne zbirke, kot so PEDro, Cochrane library: Cochrane reviews, Medline, PubMed, COBISS, Google Učenjak. V prispevku smo opredelili pojme, kot so možganska kap, delovna terapija, nevrofizioterapija, senzomotorika, interdisciplinarno sodelovanje in kombinacijo obravnav. V nadaljevanju smo opisali z dokazi podprte učinkovite fizioterapevtske in delovno terapevtske postopke pri pacientih po možganski kapi, ki so usmerjeni v izboljšanje funkcije v akutni fazi po možganski kapi.

V empiričnem delu prispevka smo izvedli multiplo (študija večih posameznih primerov) študijo primera na treh pacientih po možganski kapi. Za študijo primera smo uporabili integracijo kvantitativne in kvalitativne metodologije (angl. mixed methods). Uporabili smo pojasnjevalni pristop, ki velja za enega najpogosteje uporabljenih zaporednih raziskovalnih načrtov pri mešanih metodah (angl. mixed methods), saj kvalitativni podatki dodatno pripomorejo k razlagi pridobljenih kvantitativnih podatkov (Creswell idr., 2007, str. 236; Creswell, 2014). V prvi fazi smo izvedli kvantitativni del raziskave, ki mu je sledila uporaba kvalitativne metodologije (fenomenološka študija s pomočjo polstrukturiranega intervjuja pacientov po možganski kapi). Uporabili smo pojasnjevalni načrt, tako imenovano spremljanje modela razlage, v katerem je poudarek na kvantitativni metodologiji.

2.2 Opis instrumenta

Ob sprejemu pacienta na interni oddelek je bil tako s strani fizioterapevtov kot delovnih terapevtov opravljen začetni polstrukturirani intervju, ki je povzemal anamnezo in družinsko anamnezo, funkcioniranje pred možgansko kapjo in subjektivno zaznavanje površinske senzibilitete. Fizioterapevti smo izvedli nevrološko oceno po lestvici NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), delovni terapevti pa po lestvici RBI (razširjen Barthel index). Ob odpustu pacienta je bil opravljen še poglobljeni končni intervju in ponovno ocenjevanje po lestvicah NIHSS in RBI.

NIHSS lestvica

Najnovejša na dokazih podprta priporočila pri ocenjevanju pacienta po možganski kapi priporočajo uporabo lestvice NIHSS ter ocenjevanje tveganja zapletov zaradi možganske kapi (globoka venska tromboza, kognitivna disfunkcija, disfagija in malnutricija, zmanjšana pokretnost) (Hoenig in Emeric, 2021).

Lestvica NIHSS ni namenjena ocenjevanju funkcionalnega doseganja pacienta, temveč je merilo nevrološkega deficita. Pacienta ocenjujemo na lestvici od 0 do 42, pri čemer večja ocena pomeni večji nevrološki deficit. NIHSS lestvica ima visoko intraopazovalno in interopazovalno zanesljivost, je preprosta in lahka za uporabo ter nudi objektivno ocenjevanje stopnje nevrološkega deficita po možganski kapi. Ob tem nudi dobro prognostično oceno za dolgotrajno rehabilitacijo in funkcionalne rezultate po možganski kapi. NIHSS lestvica uporablja 15 tematik, ki ocenjujejo stopnjo obsežnosti nevrološkega deficita: stopnja zavesti, očesna motorika, vidno polje, simetrija obraza, motorična moč, senzorna funkcija, funkcija govora in razumevanja, koordinacija in ekstinkcija dražljajev. Večina tem ocenjuje pacienta z vrednostmi od 0 do 4 (nekateri s tremi).

Razširjen Barthelov indeks (RBI)

Za ocenjevanje spremljanja napredka pacienta pri izvedbi dnevnih aktivnosti smo uporabili RBI, ki ima 64 možnih točk. Za uporabo RBI smo se odločili, ker je ocenjevanje z njim hitro in zanesljivo ter je veljavna in zanesljiva ocenjevalna lestvica. Poda nam dve vrsti informacij, in sicer stopnjo odvisnosti pacienta od tuje pomoči pri izvedbi nekaterih osnovnih dnevnih aktivnosti in pri nekaterih vidikih kognitivnega procesiranja. Z ocenjevalno lestvico RBI ocenjujemo pacientovo sposobnost opravljanja 10 osnovnih dnevnih aktivnosti (hranjenje, osebna nega, oblačenje, umivanje-kopanje, presedanje, gibanje, hoja po stopnicah, uporaba stranišča, odvajanje blata in nadzor mehurja) in 6 spoznavnih funkcij (razumevanje, izražanje, reševanje težav, socializacija, spomin in vid).

2.3 Opis vzorca

V multiplo študijo primera smo vključili tri paciente po možganski kapi. Pogoji za sodelovanje v raziskavi je bilo stanje po možganski kapi v akutni fazi, pri čemer je bilo pacientovo razumevanje motoričnih nalog ohranjeno. V raziskavi sta sodelovali dve ženski in moški. Povprečna starost pacientov je bila 66 let.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Podatke smo zbrali iz lastnih virov medicinske dokumentacije, ki je bila opravljena ob sprejemu in vsak dan do odhoda pacienta v domačo oskrbo ali rehabilitacijsko ustanovo. Zaradi majhnega vzorca raziskave, statističnih testov nismo uporabljali.

3 Rezultati

Pacient 1 je bil 72-letni moški po ishemični kapi, pri katerem je bila prisotna levostranska hemipareza, motorična afazija, disfagija, dizartrija ter ataksija. Pri začetnem ocenjevanju je bil na NIHSS ocenjen z 8, RBI je bil 22. Končna ocena po NIHSS je bila 4, po RBI pa 39.

Pacientka 2 je bila 59-letna ženska po ishemični kapi z manifestacijo levostranske plegije roke in pareze noge, s hipotonijo leve strani, motorično afazijo, hudo disfagijo, levostranskim neglektom in popolno hemianopsijo. Pri začetnem ocenjevanju je po INIHSS bila ocenjena s 17, po RBI pa z 22. Končna ocena po NIHSS je bila 11, po RBI pa 49.

Pacientka 3 je bila 67-letna ženska po ishemični kapi z levostransko plegijo roke in parezo noge, blago disfagijo, dizartrijo. Pri začetni oceni je bila po NIHSS ocenjena s 6, po RBI pa z 20. Končna ocena po NIHSS je bila 5, po RBI pa 37.

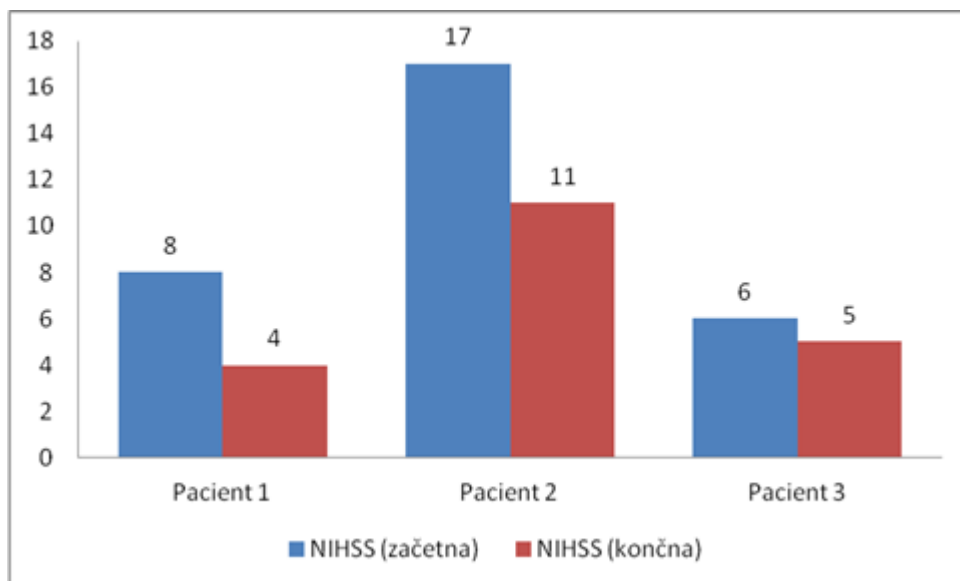
Tabela 1: Začetne in končne ocene po lestvici NIHSS

Lestvica	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3
NIHSS (začetna)	8	17	6
NIHSS (končna)	4	11	5

Vir: Lastni vir, 2022.

V tabeli 1 je prikazano izboljšanje stanje vseh treh pacientov glede na fizioterapevtsko ocenjevanje po lestvici NIHSS.

Graf 1: Grafični prikaz začetne in končne ocene po lestvici NIHSS



Vir: Lastni vir, 2022.

Na grafu 1 je grafično prikazano izboljšanje stanje vseh treh pacientov glede na fizioterapevtsko ocenjevanje po lestvici NIHSS.

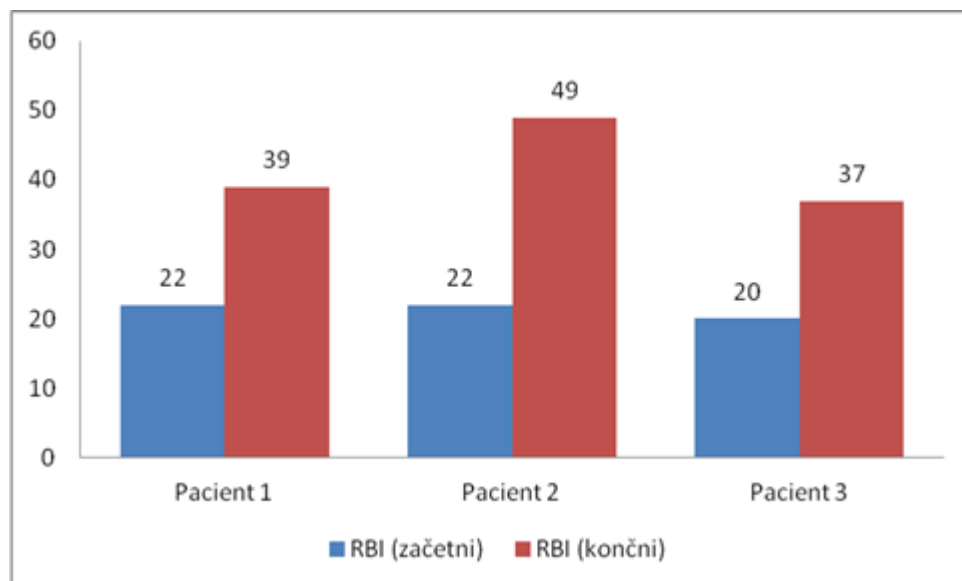
Tabela 2: Začetne in končne ocene po lestvici RBI

Lestvica	Pacient 1	Pacient 2	Pacient 3
RBI (začetni)	22	22	20
RBI (končni)	39	49	37

Vir: Lastni vir, 2022.

V tabeli 2 je prikazano izboljšanje stanj vseh treh pacientov glede na delovnoterapevtsko ocenjevanje po lestvici razširjenega Barthelovega indeksa.

Graf 2: Grafični prikaz začetne in končne ocene po lestvici RBI



Vir: Lastni vir, 2022.

Na grafu 2 je prikazano izboljšanje stanj vseh treh pacientov glede na delovnoterapevtsko ocenjevanje po lestvici razširjenega Barthelovega indeksa.

Tabela 3: Kvalitativna analiza polstrukturiranih intervjujev na področju telesnih zgradb in funkcij

Tema	Kategorija	Koda
Telesne zgradbe in funkcije	Splošne duševne funkcije	Pacienta 1 in 3 sta navajala večjo motivacijo in boljše počutje ob izboljšanju samostojnosti.
	Dodatne funkcije čutil	Pacientka 3 je navajala, da bolje čuti dotik z različnimi materiali pri treningu funkcije paretične roke.
	Bolečina	Pacientka 2 je ob uporabi osmice pri preprečevanju subluksacije plegične roke navajala zmanjšanje bolečine.
	Funkcije mišičja	Pacient 1 je navedel, da čuti razliko v moči prijema s slabšo roko.

Vir: Lastni vir, 2022.

V tabeli 3 so navedene povzete izjave pacientov, ki smo jih pridobili iz polstrukturiranih intervjujev na temo telesnih zgradb in funkcij.

Tabela 4: Kvalitativna analiza polstrukturiranih intervjujev na področju dejavnosti in sodelovanja

<i>Tema</i>	<i>Kategorija</i>	<i>Koda</i>
<i>Področje dejavnosti in sodelovanja</i>	Splošna opravila in zahteve	Pacienta 1 in 3 sta navedla, da so bile aktivnosti, kot so obuvanje, oblačenje in slačenje veliko lažje.
	Gibanje	Pacientka 3 je navajala, da je lažje izvajala premestitev s postelje na invalidski voziček ter premeščanje sebe po postelji. Vsi trije pacienti so navajali večji občutek varnosti zaradi kombinirane obravnave kot razlog doseganja višjih položajev in kompleksnejših gibalnih vzorcev.
	Skrb zase	Pacientka 3 je skrb zase opisala kot olajšanje, saj je bilo oblačenje in slačenje zaradi boljšega prijema z roko lažje. Najbolj se je veselila, da se je izboljšalo hranjenje z žlico, ki ji je pred programom delalo veliko težav. Pacientka 2 je navedla, da je po kombinaciji fizioterapije in delovne terapije lažje skrbela zase, predvsem v smislu umivanja zob in česanja las, tudi oblačenje je postalo lažje zaradi večje gibljivosti in ravnotežja. Pri hranjenju je prišlo do večje koordinacije in natančnosti gibov.
	Osnovno učenje in uporaba znanja	Pri pacientkah 2 in 3 se je pri pisanju opazil napredek v koordinaciji in natančnosti pri izvajanju finih motoričnih gibov.
	Medosebni stiki in odnosi	Pri vseh treh pacientih je bilo ob izboljšanju afazije mogoče opaziti objektivno razliko pri govornem sporazumevanju.

Vir: Lastni vir, 2022.

V tabeli 4 so navedene povzete izjave pacientov, ki smo jih pridobili iz polstrukturiranih intervjujev na temo področij dejavnosti in sodelovanja.

S prikazom primera smo želeli avtorji predstaviti prednosti in slabosti kombinirane obravnave znotraj obeh strok - fizioterapije in delovne terapije. Skupni cilji obravnave temeljijo na izboljšanju funkcije na gibalnem, zaznavnem in spoznavnem področju ter na čim večji samostojnosti pri izvedbi dejavnosti in sodelovanju v življenjskih situacijah.

Glavni cilj fizioterapije je pomagati pacientu do čim večje neodvisnosti pri gibanju ter skrbeti za dobro posturalno kontrolo in ravnotežje. Delovna terapija pa se bolj podrobno posveča funkciji zgornjih udov ter rokovanju s pripomočki za varno in učinkovito izvedbo osnovne dnevne aktivnosti oziroma dejavnosti.

Pri interpretaciji rezultatov je razvidno, da osebe napredujejo tako na motoričnem in procesnem področju. Ob končni oceni dosegajo višjo število točk, kar prikazuje napredek na izvedbi posamezne naloge, katera se tekom akutne rehabilitacije ponavlja. Pacienti so izzvani, da izvedbo aktivnosti izvajajo v višjih položajih, saj jim je okolje dveh terapevtov bolj varno. V obravnavi, kjer nastopata oba profila, poskušamo terapijo peljati v smer »dati več izziva«, »več izkušenj« v varnem okolju ter jim dati možnosti, da naučeno znanje ponesejo v domače okolje. Ob dveh terapevtih se pacient počuti bolj varno in zanesljivo, poleg tega pa vsak terapevt skrbi za dobro facilitacijo ter dobro posturalno kontrolo. Raznolike terapevtske postopke izvajamo v aktivnem in spodbujajočem okolju. Pacientova motivacija in pripravljenost do sodelovanja je višja.

Potrebno se je zavedati, da je spontanega okrevanja največ v prvih treh mesecih po možganski kapi. Na splošno velja, da je 95 % popravljanja motoričnih funkcij končano po treh mesecih, medtem ko popravljanje kognitivnih funkcij (tudi jezikovnih) poteka počasneje. Izsledki raziskav potrjujejo, da je takojšna nevrorehabilitacija najbolj učinkovita in najuspešnejša. Domneva se, da s posegi rehabilitacijskega tima ugodno vplivamo na biološke procese, ki se

pričnejo neposredno po okvari možganovine in vodijo v tako imenovano plastičnost (Rossini idr., 2003, str. 493–502).

4 Razprava

Akutno obdobje po možganski kapi je tisto obdobje rehabilitacije, v katerem pacienti potrebujejo največ fizične pomoči, vzpodbude in psihološke spodbude in opore. Začetna oziroma takojšna rehabilitacija predstavlja temeljna izhodišča za nadaljnjo rehabilitacijo. Rehabilitacijski programi znotraj naše bolnišnice pa so različno dolgi in s tem so tudi naše terapevtske obravnave časovno prilagojene. Pomemben del terapevtske obravnave je tudi sodelovanje s svojci. Izvede se edukacija o možnostih funkcioniranja pacienta, svetovanje pri adaptaciji okolja ter uporaba ustreznih medicinskih pripomočkov, za varno, učinkovito, samostojno in brez napora izvedbo aktivnosti, ki si jo pacient želi izvesti.

Z visoko strokovnim delom, usklajenim delovanjem znotraj fizioterapevtskega in delovnoterapevtskega pristopa ter sodelovanjem s širšo okolico ter z veliko mero empatije in sočutja bo terapija med dvema različnima strokama prinesla velik doprinos k akutni rehabilitaciji po možganski kapi.

Pacienti v naših obravnavah niso le pacienti, med drugimi so tudi ljudje z življenjsko izkušnjo in znanjem, od katerih se lahko marsikaj naučimo vsi člani tima, ki smo aktivni v samem procesu akutne rehabilitacije.

LITERATURA

1. Acerra, N. (2007). Is Early Post-Stroke Upper Limb Mirror Therapy Associated With Improved Sensation and Motor Recovery? A Randomised-Controlled Trial. *Sensorimotor Dysfunction in CRPS1 and Stroke: Characteristics, Prediction and Intervention*. Brisbane, Australia: University of Queensland. Pridobljeno s <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:139098>.
2. Belagaje, R. S. (2017). *Stroke Rehabilitation*. Continuum (Minneapolis, Minn). Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28157752/>.
3. Bissolotti, L., Villafañe, J. H., Gaffurini P. idr. (2016). Changes in Skeletal Muscle Perfusion and Spasticity in Patients With Poststroke Hemiparesis Treated by Robotic Assistance (Gloreha) of the Hand. *J Phys Ther Sci*, 28(3), 769–773. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4842437/>.
4. Cheryl, C., Kenneth, C., Westgate, P. M. idr. (2016). Nerve Stimulation Enhances Task-Oriented Training in Chronic, Severe Motor Deficit After Stroke: A Randomized Trial. *Stroke*, 47(7), 1879–84. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27188405/>.
5. Creswell, W. J. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Method Approaches*. California: Sage Publications.
6. Creswell, W. J., Hanson, W., Plano, V. C. idr. (2007). *Qualitative Research Designs. The Counseling Psychologist*, 35(2), 236–264.
7. de Diego, C., Puig, S. in Navarro, X. (2013). A Sensorimotor Stimulation Program for Rehabilitation Of Chronic Stroke Patients. *Restor Neurol Neurosci*, 31(4), 361–371. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23524843/>.
8. Globokar, D., Ocepek, J. in Mlinarič Lešnik, V. (2021). *Tehnološki izzivi v rehabilitaciji po možganski kap*. Ljubljana: URI Soča.
9. Hall, J. (2016). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. Philadelphia: Elsevier.
10. Hoenig, H. in Colon - Emeric, C. (2021). Overview of Geriatric Rehabilitation: Patient Assessment and Common Indications for Rehabilitation. Pridobljeno s <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-geriatric-rehabilitation-patient-assessment-and-common-indications-for-rehabilitation?csi=6334f257-0855-4373-a181-42d42fa1f856&source=contentShare#disclaimerContent>.

11. Hostak, H., Škorjanc, T. in Škulj, A. (2019). Klinični primer bolnika z možgansko kapjo in spastičnostjo. Terapevtski pristop k zdravljenju spastičnosti. Pridobljeno s <https://www.zfrm.si/system/files/events/ZBORNİK%20MONS%201.2.2019.pdf>.
12. Hunter, S. M. in Crome, P. (2002). Hand Function and Stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*; Cambridge, 12(1), 68–81. Pridobljeno s <https://search.proquest.com/openview/519fb0a0b651c467ea991fc6effc1bef/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34286>.
13. Janša, J. in Angleitner, K. (2012). Kaj lahko bolnik z možgansko kapjo pričakuje od delovne terapije? V J. Kelneric (ur.), *Po možganski kapi* (str. 55–56). Ljubljana: Združenje bolnikov s cerebrovaskularno boleznijo Slovenije
14. Leeanne, C. (1995). Somatosensory Loss after Stroke. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 7(1), 51–91. Pridobljeno s: <http://www.dl.begellhouse.com/journals/757fcb0219d89390,58e9038f7231b7dc,7af41ca30975d27f.html>.
15. Leeanne, C., Matyas, T. A. in Baum, C. (2018). Effects of Somatosensory Impairment on Participation After Stroke. *Am J Occup Ther*, 72(3). Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29689179/>.
16. Rossini, P., Calautti, C., Pauri, F. idr. (2003). Post-Stroke Plastic Reorganisation in the Adult Brain. *The Lancet Neurology*, 2(8), 493–502. Pridobljeno s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S147444220300485X>.
17. Schabrun, S. M. in Hillier, S. (2009). Evidence for the Retraining of Sensation after Stroke: a Systematic Review. *Clin Rehabil.*, 23(1), 27–39. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19114435/>.
18. Tyson, S., Hanley, M., Chillala, J. idr. (2008). Sensory Loss in Hospital-Admitted People With Stroke: Characteristics, Associated Factors, and Relationship With Function. *Neurorehabil Neural Repair.*, 22(2), 166–172. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17687023/>.
19. Vujasinovič, N. in Žvan, B. (2012). Akutno možgansko kap lahko uspešno zdravimo. *eSINAPSA*. Pridobljeno s: <https://www.sinapsa.org/eSinapsa/stevilke/2012-4/47/akutno-mozgansko-kap-lahko-uspesno-zdravimo>.
20. Zaletel - Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M. (2011). *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Promet lekova u Bosni i Hercegovini i usaglašenost regulative sa susjednim državama i Evropskom unijom

UDK 340.134:661.12(497.6)

KLJUČNE REČI: promet lekova, regulativa, usaglašenost, lekovi

POVZETEK - Promet lekova je materija koja je u svim zemljama regulisana isključivo zakonima, a podrazumeva širok niz pitanja od kojih zavisi da li će lek biti stavljen u promet. Imajući u vidu da su na tržištu Bosne i Hercegovine u prometu lekovi koji su proizvedeni u drugim državama, veoma često u zemaljama Evropske unije, to je veoma bitno odrediti stepen usaglašenosti regulative o prometu lekova u BiH u odnosu na zemlje regiona i Evropske unije. Za komparaciju legislative EU uzeta je Hrvatska imajući u vidu da je članica EU i da je bila u obavezi uskladiti celokupnu zakonsku regulativu, pa i onu koja se odnosi na lekove. Autori su mišljenja da u regulativi o prometu lekova u BiH postoje izvesna odstupanja u odnosu na susedne zemlje, odnosno zemlje Evropske unije. U radu će se koristiti metod deskripcije, analize i komparacije. Autori zaključuju da je regulativa o prometu lekova u BiH relativno usklađena, sa izvesnim odstupanjima koja nisu od važnosti koja bi uticala na ometanje distribucije i prometa lekova, ali da ipak postoji nesigurnost, jer je u procesu prenošenje nadležnosti u ovoj materiji sa institucija BiH na institucije Republike Srpske. Međutim, autori su mišljenja da će se Politika o lekovima i u Republici Srpskoj, kao i najveći dio postojeće legislative, zasnivati na Evropskim vrednostima.

UDC 340.134:661.12(497.6)

KEYWORDS: medicine circulation, regulation, compliance, medicines

ABSTRACT - Circulation of medicines is regulated in all countries exclusively by the law and implies a great number of questions based on which it is determined if the medicine will be put in circulation. Considering that there are medicines on the Bosnian and Hercegovinian market that are manufactured in other countries, mostly in the countries of the European Union, it is very important to determine the degree of compliance with the regulations on medicine circulation in the region and the countries of the European Union. To compare the legislation, Croatia was selected as it is a member of European Union and was obligated to comply with all regulations, including those that govern medicinal products. The authors believe that the regulations on medicine circulation in Bosnia and Hercegovina deviate to a certain extent from those of the neighbouring EU countries. This work uses the methods of description, analysis and comparison. The authors conclude that the regulations on medicine circulation in Bosnia and Hercegovina is relatively compliant, with certain deviations which are not significant in a sense that they would hinder the distribution and circulation of medicines, but there is still uncertainty because of the transfer of competence from the institutions of Bosnia and Hercegovina to those of the Republic of Srpska. However, the authors are of the opinion that the policy on medicines in the Republic of Srpska, as well as the majority of the existing legislation, will be based on European values.

1 Uvod

Promet lekova vezuje se za niz uslovljavajućih pitanja, kao i pitanja koja su ključna po dobijanju dozvole za puštanje leka u promet. Ta pitanja odnose se na ispitivanje lekova, proizvodnju lekova, označavanje lekova, farmakovigilanca, oglašavanje leka, kontrola kvaliteta lekova i

dostupnost lekova. U BiH promet lekova i sve navedene faze koje se tiču prometa lekova regulisan je Zakonom o lekovima i medicinskim sredstvima BiH, dok se promet lekova na malo uređuje propisima entiteta i Brčko Distrikta, koji moraju biti upodobljeni ovom Zakonu. Promet lekova obuhvata promet lekova na veliko i na malo (Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima Bosne i Hercegovine (ZLMSBiH), član 4). Pod prometom lekova na veliko podrazumeva se nabavka, skladištenje, transport i prodaja, uključujući uvoz i izvoz lekova, u okviru delatnosti koju obavljaju pravna lica, koja su od Agencije dobila dozvolu za promet lekova (ZLMSBiH, član 63). Promet lekova je delatnost koja se odvija i reguliše u okviru zdravstvenog sektora (Radišić, 2008). Predmet prometa ovlašćenih privrednih subjekata jesu lekovi i medicinska sredstva. Lek se može definisati kao pretežno medicinski pojam ali se on koristi i izvan medicine, i tada mu se pridaje prenosno i simboličko značenje. Pod lekom se podrazumeva svaka supstanca ili kombinacija supstanci namenjena za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, s tim što supstance mogu biti ljudskog porekla, kao što su ljudska krv i proizvodi od krvi, supstance životinjskog porekla, kao što su mikroorganizmi, cijelevi životinje, delovi organa, toksini, supstance biljnog porekla, kao što su mikroorganizmi, biljke, delovi biljke, ekstrakti, i supstance hemijskog porekla, kao što su hemijske supstance u prirodnom obliku i hemijski proizvodi dobijeni hemijskom sintezom (ZLMSBiH, član 2).

Predmet ovog rada jeste utvrđivanje stepena usaglašenosti relevantne regulative koja se koristi u procu prometa lekova u BiH, sa osvrtom na regulativu susednih zemalja, republika bivše SFRJ, i Evropske unije.

2 Metodologija

U radu će se prevashodno koristiti metod deskripcije, kao i komparativni metod, kako bi se utvrdio promet lekova u posmatranim pravnim sistemima. Metod analize će se koristiti u deelu nacionalnih propisa radi utvrđivanja postojećih rešenja u domenu prometa lekova.

3 Rezultati

3.1 *Regulativa o prometu lekova Bosne i Hercegovine*

Usaglašavanje regulative lekova je jedan od načina koji obezbeđuje zadovoljavajući nivo kvaliteta lekova, koji podrazumeva da svi lekovi u prometu budu kvalitetni, sigurni i efikasni i u skladu sa standardima dobrih praksi. Obezbeđenje kvaliteta lekova predviđeni su i u programu Vlade Republike Srpske (Program u oblasti lijekova (POL) 2019–2020). Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je u okviru svoje vizije i cilja, u oblasti lekova, proklamovala neophobnost da se svim ljudima obezbede dostupni esencijalnih lekovi koji su im potrebni, da su lekovi sigurni, efikasni i dobrog kvaliteta i da se racionalno propisuju i koriste. U Republici Srpskoj i BiH se kroz periodične strategije o lekovima razrađuje navedeni cilj SZO, koji treba da se postigne kroz četiri komponente, a to su: politika, dostupnost, kvalitet i sigurnost, i racionalna upotreba lekova. Nacionalna politika lekova sadrži smernice kako da se taj cilj postigne i pruža okvir za koordinaciju aktivnosti svih učesnika u oblasti lekova. SZO preporučuje da svaka zemlja članica formuliše i implementira obuhvatnu politiku lekova. Sledstveno tome regulativa o lekovima i medicinskim sredstvima, odnosno o prometu lekova u BiH proizilazi iz opštih ciljeva Politike lekova i medicinskih sredstava u BiH (PLMSBiH). Cilj je, dakle, da se regulativa o lekovima u BiH izradi prema Evropskim i Svetskim standardima.

Osnov regulative prometa lekova na veliko u Bosni i Hercegovini jeste Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima BiH, koji, ujedno, predstavlja osnov regulative u entitetima i Brčko Distriktu (ZLMSBiH, član 62–70). U Republici Srpskoj oblast prometa lekova, načelno,

uređena je Zakonom o lekovima, članovima od 52 do 69, dok je u Federaciji BiH, takođe, na snazi Zakonom o lijekovima, a članovima od 61 do 69 propisana je oblast koja se odnosi na promet lekova na veliko. Distrik Brčko nema zasebno zakonodavstvo kada je u pitanju promet lekova, nego je cela oblast o lekovima uređena okvirnim propisima na nivou BiH. Ono što je novina jeste da je Narodna skupština Republike Srpske u oktobru 2021.godine usvojila Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima. Zakon je usvojen u okviru mera prenosa nadležnosti sa Instirucija BiH u okviru Republike Srpske, a njime se predviđa osnivanje Agencije za lijekove Republike Srpske, te da Vlada Republike Srpske u određenom roku imenuje direktora i određena tela Agencije. Agencija se osniva kao samostalna upravna organizacija sa svojstvom pravnog lica, kao ovlašćeni organ nadležan za oblast lekova i medicinskih sredstava koji se proizvode i upotrebljavaju u medicini u Republici (Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima Republike Srpske (LMSRS), član 4). Na organizaciju Agencije se primenjuju odredbe propisa kojim se uređuje oblast republičke uprave, pa je Narodna skupština RS je usvojila Zakon o dopunama Zakona o republičkoj upravi, u februaru 2022.godine. Promet lekova u BiH odvija se kroz dve faze, podnošenje zahteva za pribavljanje dozvole za promet lekova na veliko i izdavanje dozvole za promet lekova na veliko. Promet lekova na veliko podrazumeva i ispunjenost dodatnih uslova za pravno lice koje obavlja ovu delatnost, odnosno potrebno je da pravno lice zaposli odgovorno lice za stavljanje leka u promet koje je odgovorno za kontrolu kvaliteta svake uvezene serije leka u skladu sa izdatom dozvolom za stavljanje leka u promet i da zaključiti zaključen ugovor sa laboratorijom za sprovođenje kontrole kvaliteta lekova (ZLMSBiH, član 65). Za razliku od navedenih odredbi koje uređuju uslove za promet lekova na teritoriji BiH, propisi u Srbiji daju jasniju sliku u smislu navedenih uslova. Tako, zakonodavac u Srbiji jasnije precizira kvalifikacije odgovornog lica navodeći i specifikaciju poslova koje ono obavlja kao i oblik radnog angažmana, a zatim i uslove u pogledu prostora, kadra i opreme koje pravno lice mora da zadovolji. S druge strane, u Republici Hrvatskoj, Zakon o lijekovima omogućava promet lijekova kako pravnim licima, tako i fizičkim licima. Zakonodavac u Hrvatskoj, pored prometa, uvodi i mogućnost posredovanja lekovima. Prednosti propisa u Hrvatskoj u smislu ispunjenosti uslova, pored navedenih, jeste u tome što predviđa i obavezu lica koji obavlja promet da: ima plan hitnog povlačenja leka iz prometa po odluci Agencije ili sporazumno, u saradnji s proizvođačem ili nosiocem odobrenja za stavljanje leka u promet; vodi evidenciju o narudžbama, isporukama i posredovanju u pisanom, elektronskom ili drugom obliku; ima uspostavljen sistem osiguranja kvaliteta koji definiše procese, odgovornosti i upravljanje rizicima; sistemski proverava lekove koje zaprimaju da nisu krivotvoreni, koristeći pritom sigurnosne oznake na pakovnju; da odmah obavijestiti Agenciju o krivotvorenom leku koji zaprimi; kao i da osigura pravovremenu, trajnu i primjerenu opskrbu lekovima na području Republike Hrvatske.

3.2 Ponosilac zahteva za pribavljanje dozvole za promet lekova na veliko

Prema zakonskoj definiciji pod prometom lekova na veliko se podrazumeva nabavka, skladištenje, transport i prodaja lekova, uključujući uvoz i izvoz likova (ZLMSBiH, član 63). Ove aktivnosti se direktno obavljaju kontaktiranjem veletrgovaca kod proizvođača ili njihovim konsignacionim skladištima, uvoznicima, drugim veletrgovcima ili sa apotekama i osobama koje su ovlašćene, odnosno imaju pravo da snabdevaju stanovništvo lekovima u BiH (Pravilnik o dobroj distribucijskoj praksi lijekova za humanitarnu upotrebu u BiH (GDP) , član 2). Prema tome, pojam prometa lekova treba razlikovati od pojma stavljanje leka u promet koji je obezbeđen pre svega za proizvođače lekova. Shodno tome, promet na veliko lekova mogu obavljati samo pravna lica koja su od Agencije za lijekove BiH pribavila dozvolu za promet lekova, tako da mogu prodavati lekove samo pravnim i fizičkim licima koja imaju dozvolu za promet lekova na veliko ili malo. Međutim, Pravilnikom o prometu lijekova u BiH pravo na promet lekova imaju i proizvođači lekova sa sedištem u BiH, za one lekove koje proizvode i za

koje imaju dozvolu za proizvodnju (GDP, član 3.). Pravna lica, odnosno veleprometnici pored obaveze primene zakonskih propisa i ispunjavanja svih potrebnih uslova u pogledu kvaliteta rada, obavezni su lekove nabavljati i vršiti distribuciju samo veleprometnicima koji u svom poslovanju primenjuju principe dobre distributivne prakse. Pitanje ispunjenosti uslova u pogledu tih kvaliteta dokazuje se posjedovanjem sertifikata o dobroj distributivnoj praksi, koji izdaje Inspektorat Agencije za lekove BiH. Podnosilac zahteva za pribavljanje dozvole za promet lekova na veliko za teritoriju BiH, podnosi zahtev Agenciji, koja je dužna u roku od 90 dana od prijema potpunog zahteva izdati dozvolu za promet lekova na veliko za teritoriju BiH. Agencija izdaje dozvolu u obliku rešenja. Ovo rešenje je konačno u upravnom postupku i protiv njega se ne može podneti žalba, međutim, podnosilac zahteva ili druga strana ukoliko smatra da je oštećena rešenjem može tužbom pokrenuti upravni spor kod nadležnih sudova. Slična rešenja o prometu lekova propisana su i u Republici Srbiji, s tim što postoje i određene razlike. Naime, u Srbiji promet lekova može da obavlja ono pravno lice koje je najpre dobilo dozvolu od nadležnog Ministarstva, a zatim i od Agencije za lekove (Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima Srbije (ZLMSS), član 120). Zatim, promet lekova može da obavlja i proizvođač lekova, bez dozvole nadležnog Ministarstva i Agencije, ali samo za lekove iz svog proizvodnog programa, i to, pravnim licima koji vrše promet lekova na veliko, apotekama, zdravstvenim i veterinarskim ustanovama i privatnoj praksi. Kada je reč o pravnim licima koja obavljaju samo poslove uvoza ili izvoza, ona mogu obavljati poslove prometa lekova bez dozvole nadležnog ministarstva, pod uslovom da obavljaju poslove uvoza i carinjenja lekova u ime i za račun nosioca dozvole za promet lekova na veliko, ali samo do mesta puštanja robe u slobodan promet. Kako u BiH i Srbiji, tako i u Crnoj Gori dozvolu za promet lekova na veliko mogu dobiti pravna lica registrovana na teritoriji Crne Gore i koja imaju dozvolu od Agencije i proizvođači lekova sa sedištem u Crnoj Gori, za one lekove koje proizvode (Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima Crne Gore (ZLMSCG), član 94). Za razliku od zakonskih rešenja u pogledu mogućnosti obavljanja poslova koji se odnose na promet lekova u BiH, u Hrvatskoj su prihvaćena drugačija pravila, i to je, čini se, produkt članstva Hrvatske u Evropskoj uniji. Tako, promet lekova na veliko mogu obavljati fizička i pravna lica koja imaju sedišta u Republici Hrvatskoj koje imaju dozvolu za promet lekova na veliko koju je izdala Agencija. Pored toga promet lekova mogu da obavljaju i fizička i pravna lica sa sedištem izvan Hrvatske koja sedišta imaju u drugoj državi Evropske unije, ispunjavajući uslove koje propisuje Agencija države u kojoj imaju sedišta, s tim da su obavezne da početak obavljanja delatnosti na području Hrvatske prijave Agenciji. Pored fizičkih i pravnih lica koje imaju dozvolu za promet lekova na teritoriji Hrvatske i Evropske unije, promet lekova u Hrvatskoj mogu da obavljaju i proizvođači sa sedištem u Hrvatskoj i Evropskoj uniji ali samo za one lekove koje proizvode i za koje imaju odobrenje za stavljanje leka u promet u Republici Hrvatskoj (Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima Hrvatske (ZLMSHR), član 115). Bitna tekovina prava Evropske unije koja je dobrim delom doprnela usaglašavanju regulative o prometu lekova u Republici Hrvatskoj, jeste rešenje kojim je mogućnost prometa lekova data i fizičkim licima. Pored toga, novina u odnosu na države koje nisu članice Evropske unije jeste mogućnost data subjektima da obavljaju promet lekova na teritoriji Hrvatske, i pored činjenice da nisu registrovan u Hrvatskoj. Potrebno je samo da imaju sedišta u drugoj državi članici Evropske unije. Dozvola za promet lekova na veliko izdaje se na period od pet godina, ali može prestati da važi i ranije, ako nosilac dozvole promeni uslove na osnovu kojih je izdata dozvola, ili ako više ne ispunjava uslove utvrđene Zakonom i propisima donesenim na osnovu njega (ZLMSBiH, član 67). Za razliku od BiH u Srbiji zakon predviđa da se dozvola za promet lekova na veliko izdaje na neodređeno vreme, uz obavezu nosioca dozvole da promet lekova obavlja u skladu sa dozvolom.

3.3 Zahtev za pribavljanje dozvole za promet lekova na veliko

Zahtev za pribavljanje dozvole za promet lekova na veliko mora da sadrži određene podatke, da bi bio ispravan i valjan. Tako, Agencija izdaje dozvolu za promet lekova na veliko za teritoriju BiH na osnovu ocene ispunjenosti primene dobre distributerske prakse i dobre skladišne prakse, kao i ocene ispunjenosti drugih uslova (ZLMSBiH, član 64). Zakonski i podzakonski akti u Bosni i Hercegovini su veoma iscrpni u pogledu navođenja dokumentacije koju je podnosilac zahteva dužan dostaviti uz zahtev. Za razliku od propisa Bosne i Hercegovine, u srpskom zakonodavstvu lista dokumenta je kraća, tako da je jasno naveden minimum dokumenta koje je podnosilac zahtevan dužan dostaviti, ali međutim, podzakonskim aktima su detaljnije razrađeni uslovi koje pravno lice treba ispuniti, odnosno dokumente koje treba priložiti uz zahtjev (ZLMSS, član 120). Slična rešenja predviđena su kako u Zakonu o lekovima Crne Gore, tako i u Zakonu o lekovima Hrvatske, sa izvesnim odstupanjima. Dok su rešenja koja predviđa crnogorski zakonodavac skoro prepisana iz srpskog zakonodavstva, u BiH je u jednom segmentu evidentna sličnost zakonu Hrvatske, jer se akcenat stavlja na obvezbjeđenje sistema kvaliteta. Isključiva specifičnost Zakona o lijekovima BiH u ovom dijelu odnosi se na dodatne uslove koje zakonodavac propisuje, a koji se odnose na uvoz lekova. U tom slučaju pravno lice treba da ima odgovorno lice za kontrolu kvaliteta svake uvezene serije leka, kao i zaključen ugovor sa laboratorijom za lekove. Takođe, specifičnost se ogleda i u ulozi Ministarstva civilnih poslova BiH koje na predlog Stručnog savjeta Agencije može za određene vrste lekova propisati ispunjenje i drugih uslova (ZLMSBiH, član 64).

3.4 Uvoz lekova

Kada je reč o uvozu lekova koji imaju dozvolu Agencije za stavljanje u promet u BiH, nije potrebno imati posebnu dozvolu za uvoz koju izdaje Agencija, osim ako se radi o rizičnim lekovima. Agencija za lekove u BiH ima obavezu da obavesti Ministarstvo spoljne trgovine i ekonomskih odnosa u BiH o važećim dozvolama za promet, radi daljeg postupanja tog ministarstva (ZLMSBiH, član 66). Regulativa u BiH ostavlja mogućnost entiteskim ministarstvima da mogu odobriti uvoz lekova koji nisu dobili dozvolu za stavljanje leka u promet u slučaju hitnog uvoza za potrebe pojedinačnog lečenja, na predlog zdravstvene ustanove; hitno potrebnog uvoza ograničenih količina lekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet, a neophodni su za zaštitu zdravlja stanovništva, na predlog zdravstvene ustanove; hitnog uvoza lekova humanitarnog porekla i uvoz lekova potrebnih za naučnoistraživački rad. Odobrenje se odnosi na jednokratni uvoz i vrijedi za jednokratni uvoz nezavisno od toga da li je uvezena celokupna odobrena količina. Agencija može odobriti uvoz lekova koji nisu dobili dozvolu za stavljanje u promet ako su takvi lekovi neophodni za prevenciju, odnosno otklanjanje posledica takvog stanja. Potrebnu dokumentaciju i postupak za podnošenje zahteva za pribavljanje dozvole za uvoz lekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet iz nadležnosti Agencije, kao i postupak za pribavljanje dozvole za uvoz rizičnih lekova sa listom rizičnih lekova, utvrđuje ministar civilnih poslova BiH podzakonskim aktom, na predlog Stručnog savjeta Agencije (Pravilnik o uslovima za uvoz lijekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet u BiH (PULNDSP), 2011). U slučaju odobrenja uvoza lekova koji nemaju dozvolu za stavljanje leka u promet, uvoznik je u obavezi podneti Agenciji za lekove i medicinska sredstva u BiH izveštaj o realizaciji uvoza i distribuciji tako uvezenog leka svaka tri meseca (Obavještenje veleprometnicima lijekova u BiH o izvještavanju o uvozu lijekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet (OVLIULNDSP), 2020.). Srpski zakonodavac je mnogo jednostavnije rešio pitanje uvoza i izvoza lekova, prostom konstatacijom da nosilac dozvole za promet lekova ima pravo da uvozi i izvozi lekove u skladu sa zakonom. Takođe, ovo pravo je predviđeno i za proizvođača, koji može da uvozi ili izvozi lekove iz svog proizvodnog programa, polazne materijale i polazne supstance za proizvodnju, međuproizvode,

poluproizvode, u skladu sa dozvolom za proizvodnju, dozvolom za lek, odnosno ugovorom o uslužnoj proizvodnji (ZLMSS, član 131). Međutim, zakonodavac u Crnoj gori dao je nešto drugačije rešenje, po kome se uvozom i izvozom lekova mogu baviti domaća i strana pravna lica koja nemju dozvolu za promet lekova na veliko, koja su evidentirana od strane Agencije za lekove ili organa uprave nadležnog za poslove veterinastava (ZLMSCG, član 95). Najdetaljniju opservaciju pitanja uvoza i izvoza lekova daje zakonodavac Hrvatske. Imajući u vidu da je Hrvatska u svoje propise o lekovima inkorporisala sve propise koji ovu oblast uređuju u EU, to, za razliku od BiH i drugih država u regionu koje nisu članice EU, odobrenje za stavljanje leka u promet pored nacionalnih agencija, može dati i Evropska komisija, a uvoznik može biti kako domaće pravno lice, tako i drugo pravno lice koje ima sedište na teritoriji EU (ZLMSHR, član 22). Pored mogućnosti da u prometu može biti onaj lek koji ima odobrenje za stavljanje u promet kao što je već navedeno, u prometu može biti i lek koji ima odobrenje za paralelni uvoz ili odobrenje za paralelni promet. Paralelni promet leka na veliko je unošenje leka za koji je dato odobrenje za stavljanje u promet centralizovanim postupkom davanja odobrenja, iz jedne države članice Europske unije u drugu, ako je obavljeno od veleprodaje koja nije poslovno povezana s nosiocem odobrenja za stavljanje leka u promet (ZLMSHR, član 3).

3.5 Zabrana stavljanja leka u promet

Analizirajući definiciju leka koju daje zakonodavac može se izvesti zaključak da samo lek može da ima lekovita svojstva, pa je, sledstveno tome, zabranjeno stavljanje u promet druge proizvode pripisujući im lekovita svojstva, kao i lekove kojima je istekao rok trajanja ili im je dokazan neodgovarajući kvalitet, bezbednost i delotvornost ili neusaglašenost sa dozvolom za stavljanje u promet ili dozvolom za interventni uvoz (ZLMsBiH, član 68). Ako bi se utvrdilo da određeni lek ne ispunjava propisane uslove u pogledu kvaliteta, bezbednosti i delotvornosti ili neusaglašenosti lekova sa dozvolom za stavljanje u promet, nadležne institucije su dužne preduzeti odgovarajuće mere kako bi se predupredile određene posledice. Naime, ukoliko se pokaže da lek ima određene nedostatke, Agencija za lekove BiH će preko entitetskih ministarstava i Odjela za zdravstvo Brčko Distrikta obavestiti nadležne institucije o konkretnom leku i merama koje je neophodno preduzeti. Detaljnije postupanje sa lekovima koji ne ispunjava kriterijume i karakteristike leka u pogledu propisanog kvaliteta, uređeno je podzakonskim aktom (Pravilnik o zbrinjavanju farmaceutskim otpadom (PZFOBiH), 2011). U odnosu na rešenja o zabrani stavljanja lekova u promet koja su predviđena u BiH, propisi Srbije konkretnije i jasnije određuju situacije u kojima se zabranjuje stavljanje leka u promet, propisujući i zabrane u vezi prometa leka putem interneta kao i putem pošte, uključujući i zabrane prometa lekova na malo izvan apoteke. Oskudnije odredbe u pogledu lekova koji nemaju zadovoljavajući kvalitet sadrže propisi Crne Gore, u smislu što lekovi kojima je istekao rok važnosti ili je utvrđena neispravnost u pogledu njihovog propisanog kvaliteta i drugi lekovi kojima je zabranjen promet ili su povučeni iz prometa moraju se uništiti, u skladu sa dokumentacijom proizvođača na osnovu koje je izdata dozvola za lek i u skladu sa zakonom (ZLMSCG, član 111). Pitanje zabrane stavljanja leka u promet, u Republici Hrvatskoj nije posebno obrađeno propisima o lekovima. Naime, lekovi koji nemaju odgovarajuću kakvoću, delotvornost i sigurnost primene, te kojima je istekao rok upotrebe ne mogu biti u prometu i smatraju se otpadom (ZLMSHR, član 143). Problematika vezana za otpad je regulisana propisima koji uređuju pitanja upravljanja otpadom (Zakon o zaštiti okoliša Hrvatske (ZZOHR), 2013).

4 Rasprava

Na osnovu opisane i analizirane regulative o prometu lekova, te izvršenog upoređivanja regulative o prometu lekova u posmatranim pravnim sistemima zaključujemo, da se promet

lekova dobrim delom podudara u većini zakonodavstava, republika bivše SFRJ, odnosno u Srbiji, Crnoj Gori, Hrvatskoj, pa tako i u BiH. Izvesna odsupanja postoje kada je u pitanju regulativa o prometu lekova u Hrvatskoj, jer je reč o članici Evropske unije. Naime, Hrvatska je u svoje zakonodavstvo upotpunosti integrisala regulativu Evropske unije, ne samo kada je u pitanju promet lekova, nego sva pitanja u vezi lekova i medicinskih sredstava. Ono što je bitno jeste činjenica da je u BiH usvojena Politika lekova i medicinskih sredstava, koja postoji i na entitetskim nivoima, te da u oba entiteta postoje strategije kojima se vrši unapređenje propisa o lekovima i medicinskim sredstvima, a samim tim i regulativa o prometu lekova. Bitna karakteristika kada je u pitanju promet lekova, jeste postojanje podzakonskih akata kojima se uređuje distribucija lekova (GMP). Međutim, bez obzira na znatan stepen usaglašenosti regulative o prometu lekova na nivou BiH, ipak postoje određene, u radu ukazane, razlike, koje iziskuju potrebu da Agencija za lekove i medicinska sredstva BiH, zajedno sa entitetskim organima, radi na daljem usaglašavanju pitanja prometa lekova, a i ostalih pitanja iz oblasti lekova i medicinskih sredstava, prema regulativi o lekovima koje je prikazana u ovom radu. Neizvesnost ostaje u delu koji se odnosi na promene u Republici Srpskoj, s obzirom da je tokom 2021 i 2022 godine došlo do izdvajanja nadležnosti o lekovima iz institucija, odnosno zajedničkih organa BiH na entitet Republika Srpska. Smatramo da će vreme, odnosno političke prilike pokazati da li će usvojeni Zakon zaživeti, tj. da li će doći i do faktičkog prenosa nadležnosti na novoformirane institucije Republike Srpske. Ukoliko i dođe do prenosa nadležnosti izvesno je da neće doći do bitnijih promena u pogledu rešenja koja su na snazi u Evropskoj uniji. Procena je da navedene izmene mogu dovesti do kompromisnijih rešenja imajući u vidu da postojeći sistem vlasti u BiH svojom složenošću opterećuje određene procese, pa i između ostalog i proces usaglašavanja regulative iz oblasti prometa lekova.

LITERATURA

1. Obavještenje veleprometnicima lijekova u BiH o izvještavanju o uvozu lijekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet (2020), št. 10-02.3-1264/20.
2. Politika lijekova i medicinskih sredstava u BiH (2011). Službeni glasnik BiH, št. 55.
3. Pravilnik o dobroj distribucijskoj praksi lijekova za humanitarnu upotrebu (GDP) (2013). Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, št. 75.
4. Pravilnik o uslovima za obavljanje prometa lijekova na veliko (2014). Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, št. 49.
5. Pravilnik o uslovima za uvoz lijekova koji nemaju dozvolu za stavljanje u promet u BiH (2011). Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, št. 23.
6. Pravilnik o zbrinjavanju farmaceutskim otpadom (2011). Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, št. 23.
7. Program u oblasti lijekova za period 2019–2020-godina, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite – Vlada Republike Srpske.
8. Radišić, J. (2008). Medicinsko pravo. Beograd: Nemos.
9. Zakon o apotekarskoj djelatnosti (2008, 2012). Službeni glasnik Republike Srpske, št. 119/2008 i 1/12.
10. Zakon o lekovima i medicinskim sredstvima Srbije (2010, 2012, 2017). Službeni glasnik Srbije, št. 30, 107 i 113.
11. Zakon o lijekovima (2001, 2005). Službene novine Federacije BiH, št. 51 i 29.
12. Zakon o lijekovima (2011, 2013). Službeni list Crne Gore, št. 65 i 6.
13. Zakon o lijekovima (2013, 2014, 2018). Narodne novine Republike Hrvatske, št. 76, 90 i 100.
14. Zakon o lijekovima i medicinskim sredstvima BiH (2008). Službeni glasnik Bosne i Hercegovine, št. 58.
15. Zakon o lijekovima Republike Srpske (2001, 2005, 2008). Službeni glasnik Republike Srpske, št. 19, 113 i 34.
16. Zakon o lijekovima Republike Srpske (2021). Službeni glasnik Republike Srpske, št. 118.
17. Zakon o zaštiti okoliša (2013, 2015). Narodne novine Republike Hrvatske, št. 80, 153 i 78.

Empatija u zdravstvu - jesu li zdravstveni djelatnici empatični?

UDK 614.253+159.942

KLJUČNEBESEDE: empatija, osjećaj, zdravstveni djelatnik

POVZETEK – Empatija kao pojam i teorijsko polazište sve više postaje sastavnica u psihoanalizi. U suvremenoj psihologiji zauzima sve veću ulogu kao i u znanstvenim istraživanjima. Empatija predstavlja osjećaj da se s nekim podijele njegovi doživljaji i da se razumije što osoba proživljava, kako se osjeća, o čemu razmišlja i što je prethodilo trenutnom njenom emocionalnom stanju. Podrazumijeva sposobnost razumijevanja svijeta iz tuđe perspektive. Korištenje empatije dovodi do jačanja želje za suosjećanjem da se pomogne i ublaži patnja drugoga. Cilj rada bio je prikazati važnost empatije u zdravstvu i kod zdravstvenih djelatnika. Proveden je sustavni pregled znanstvene i stručne literature iz područja kvalitete zdravstvene zaštite. U modelu zdravstvene skrbi empatija je temeljna. Kada se govori o ulozi empatije kod zdravstvenih djelatnika smatra se jednom od ključnih komunikacijskih vještina koja je usmjerena na pacijente. U posljednjih nekoliko desetljeća zauzima široki pristup i uključena je u mnoge kodekse ponašanja kao i smjernice koje je potrebno implementirati i u sustav obrazovanja zdravstvenih djelatnika.

UDC 614.253+159.942

KEYWORDS: empathy, feeling, healthcare worker

ABSTRACT – Empathy as a concept and theoretical starting point is more and more becoming a component in psychoanalysis. In modern psychology, as well as in scientific research, it plays an increasingly important role. Empathy represents the feeling of sharing one's experiences with someone and understanding what the person is experiencing, how they feel, what they are thinking about and what preceded their current emotional state. It implies the ability to understand the world from someone else's perspective. Using empathy leads to a stronger desire for compassion to help and alleviate the suffering of another. The paper aimed to show the importance of empathy in healthcare and among healthcare professionals. A systematic review of scientific and professional literature in the field of healthcare quality was carried out. In the healthcare model, empathy is fundamental. When talking about the role of empathy in healthcare professionals, it is considered one of the key communication skills that are focused on patients. In the last few decades, it takes a broad approach and has been included in many codes of conduct as well as guidelines that need to be implemented in the education system of health professionals.

1 Uvod

Svjesno razumijevanje pozitivnih i negativnih iskustava drugih smatra se empatijom. Predstavlja ujedno i naklonost da se s nekim podijele njegovi doživljaji i da se razumije što osoba proživljava, kako se osjeća, o čemu razmišlja i što je prethodilo prisutnom emocionalnom stanju. Navedena sposobnost razumijevanja svijeta iz perspektive drugih zahtjeva od osobe angažman i emocionalnih i kognitivnih sposobnosti. Emocionalna komponenta se odnosi na sposobnost pridruživanja osjećajima drugih, kao i vlastite emocionalne reakcije i osjećaje, a kognitivna sposobnost na razumijevanje iskustava drugih. Misli i osjećaja drugih, opažanja i namjere. Korištenje empatije dovodi do jačanja želje za suosjećanjem, da se pomogne i ublaži patnja drugoga (Hojat idr., 2001, str. 355). Stoga, empatiji može prethoditi suosjećanje jer izaziva želju da se nekome pomogne i odgovori na njegove potrebe u određenom emocionalnom stanju. Nasuprot navedenom, suosjećanje zahtjeva empatiju jer kroz empatiju osoba razumije poteškoće drugog i osjeća motivaciju za djelovanjem (Kerasidou, 2019,

str. 173). Gledano iz psihološke perspektive, empatija predstavlja proces ulaženja u situaciju i stanje druge osobe, njegove osjećaje odnosno sposobnost staviti se u položaj drugoga i razumjeti njegov svijet. Koncept podrazumijeva da empatična osoba uranja u svijet drugoga, razumije drugu osobu iz njezine perspektive, ali istodobno ostaje objektivna, svjesna svojih promišljanja, osjećaja, motivacije i vlastitog identiteta (Vuković in Bošnjaković, 2016, str. 735). Empatija kao pojam i teorijsko polazište sve više postaje sastavnica u psihoanalizi i zauzima sve veću ulogu u znanstvenim istraživanjima. Analiza prisutnosti pojma empatije u Freudovim teorijskim spisima upućuje više na naznaku problema negoli na cjeloviti psihoanalitički koncept. Po pitanju empatije Freud se više oslanja na izvore iz filozofije i književnosti nego na egzaktne znanstvene osnove (Kulenović, 2016, str. 25). Empatija, koja se smatra jednom od primarnih vještina, može se učiti i kroz primjere empatičkog ponašanja kroz djetinjstvo. Kasnije u životu, u mnogim profesijama, posebno u zdravstvenim, sposobnost empatičke komunikacije povezane su s zadovoljstvom pacijenta i smanjenjem pogrešaka zdravstvenih djelatnika. Nadalje, empatija i suosjećanje predstavljaju vitalne komponente u zdravstvenoj skrbi. Međutim, bez obzira na dokaze kako trening empatije može biti učinkovit vrlo često zdravstveni djelatnici propuštaju prilike za navedeno u skrbi pacijenata (Villacieros idr., 2017, str. 8).

Kada se govori o ulozi empatije kod zdravstvenih djelatnika ona se smatra jednom od ključnih komunikacijskih vještina koja je usmjerena na pacijente. U posljednjih nekoliko desetljeća zauzima široki pristup i uključena je u mnoge kodekse ponašanja kao i smjernice koje je potrebno implementirati i u sustav obrazovanja zdravstvenih djelatnika. Osnovno načelo skrbi pacijenta je potrebno usmjeriti na moguće intervencije prikladne za svakoga pojedinog pacijenta obzirom na njegovu kulturu, okolnosti, individualne sklonosti i stil života. U analizi i mogućnosti dobivanja takvih informacija uključivanjem procesa empatije potiče se razumijevanje iskustva pacijenta i dobivanje potrebnih navedenih informacija (Williams idr., 2015, str. 3). Kod zdravstvenih djelatnika koji se trude razumjeti svog pacijenta veća je vjerojatnost da će ponuditi stručnije savjete, primjereniju zdravstvenu uslugu koja je kompatibilna s životnim stilom pojedinca kojemu je potrebna pomoć. Ovako navedena strategija upućuje da može izravno utjecati i na kliničke ishode. Istraživanja Del Kanale idr. (2012) i Hojat idr. (2011) upućuju da pacijenti s dijabetesom imaju bolju razinu kontrole glukoze i lipida u krvi ako ih je pregledao i liječio kliničar s višim stupnjem empatije (Del Canale idr., 2012, str. 1243; Hojat, 2011, str. 360). Kada se govori o kvaliteti zdravstvene skrbi empatija je jedna od vitalnih komponenata koja nažalost često izostane kod zdravstvenih djelatnika. Provedena studija Patel idr. o edukaciji vezanoj uz empatiju upućuje da su testirani nastavni programi poboljšali liječničku empatiju i/ili suosjećanje na nekoliko ishoda kao što su otkrivanje pacijentovih neverbalnih znakova emocije, verbalne izjave o podršci i prepoznavanje i odgovaranje na prilike za suosjećanje (Patel, 2019, str. 16). Navedeno upućuje na važnu ulogu empatije u nastavnim programima tj. učenju korištenja empatije u vještinama i ponašanju zdravstvenih djelatnika tijekom skrbi pacijenata.

2 Metode

Pretraživane su neke od dostupnih baza podataka kao što su Medline (PubMed, PubMed Central) i Hrvatska znanstvena bibliografija. U svrhu pretraživanja baza podataka korištene su ključne riječi na hrvatskom jeziku empatija, osjećaj, zdravstveni djelatnik i na engleskom jeziku empathy, feeling, healthcare worker. Tijekom pretrage literature korišteni su sljedeći kriteriji: engleski, hrvatski ili slovenski jezik, vremensko razdoblje 2014–2022, dostupan puni tekst, objavljeni izvorni i pregledni znanstveni članci te stručni članci. Odabir studija uključenih u analizu obavljen je elektronskim pretraživanjem literature. Pretraživanje literature trajalo je od

5. 9. – 1. 10. 2022. Navedene ključne riječi su Booleovim operaterima (AND, OR, NOT) povezane različitim kombinacijama. Poštujući kriterije te uz kombinaciju navedenih ključnih riječi, dobiveno je 60 članaka. Nakon pregleda 30 članaka je isključeno, dok je od preostalih 30 članaka, za izradu ovog rada korišteno 15 članaka. Detaljnom analizom punih tekstova radova izabrani su oni koji su najviše odgovarali temi koja se istražuje.

3 Rezultati

Dobiveni rezultati pretraživanja prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1: Prikaz pregleda članaka

<i>Autori</i>	<i>Cilj/svrha</i>	<i>Uzorak</i>	<i>Rezultati</i>
Brett, W. idr., 2014	Ispitati razinu empatije prema samoprocjeni studenata koji studiraju različite zdravstvene profesije.	Ukupno 1,111 studenata s dva različita sveučilišta upisanih u osam različitih zdravstvenih profesija.	Rezultati upućuju da postoji određena razlika koja se odnosi na empatiju i njezino povećanje/smanjenje kako studenti napreduju kroz program obrazovanja.
Gavranić, D. idr., 2015	Istražiti stavove i mišljenja pojedinaca i članova njihovih obitelji, kojima je pružena pomoć medicinske sestre.	Pacijenti N = 113	Rezultati upućuju na susretljivost, ljubaznost i empatiju medicinskih sestara.
Brett, W. idr., 2015	Proučiti empatiju i razvijanje njenih vještina u obrazovnom okruženju putem radionica.	Studenti 12 različitih zdravstvenih profesija N=293	Rezultati pokazuju, da se razine empatije poboljšavaju nakon radionica temeljenih na DVD simulaciji.
Šilje, M. in Glavinić, N., 2017	Identificirati načine konceptualizacije empatije kao ključne karakteristike u radu medicinskih sestara/tehničara.	/	Rezultati upućuju da je potrebna kontinuirana edukacija medicinskih sestara/tehničara zbog potrebe poticanja, usvajanja i učenja vještina empatije.
Smailović, S., 2018	Ispitati postoji li razlika u izraženosti iskustva i empatije kod zdravstvenih djelatnika i djelatnika u trgovinama.	Medicinske sestre i tehničari N = 50 Trgovci N = 50	Dobiveni rezultati upućuju da ne postoje razlike u stupnju izraženosti osobina ličnosti i komponenti empatije između zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. Utvrđena je povezanost iskustva i varijabli empatije.
Arigliani, M. idr., 2018	Istražiti pouzdanost Mjere vizualne njege za procjenu empatije liječnika u okruženju	Liječnici N=7 djeca, roditelji N=416	Alat je pouzdan i koristan u procjeni empatije i

	pedijatrijske hitne pomoći.		komunikacijskih vještina zdravstvenih djelatnika koji rade u pedijatriji.
Hannan, J. idr., 2019	Istražiti odnos između percepcije pacijenata o empatiji zdravstvenih djelatnika, napravljenih medicinskih pogrešaka i namjere da se pridržavaju liječenja.	Pacijenti N=181	Empatija zdravstvenih djelatnika značajno utječe na percepciju pacijenata o medicinskim pogreškama.
Williams, C. R. idr., 2020	Istražiti prisutnost empatije kod studenata farmacije.	Studenti farmacije N=332	Rezultati pokazuju da je kod većine studenata farmacije prisutna umjereno visoka empatija koja nije povezana s godinom obrazovanja.
Patel, S. idr., 2019	Istražiti edukaciju o empatiji i suosjećanju tijekom medicinskog obrazovanja s cilje, pronalaska specifičnih komponenata kurikulumu (vještine i ponašanja) za koje se pokazalo da su učinkovite.	Pedeset i dvije studije Ispitanici N = 5316	Rezultati upućuju da određena ponašanja zdravstvenih djelatnika putem verbalnih i neverbalnih znakova mogu poboljšati pacijentovu percepciju empatije i/ili suosjećanja zdravstvenih djelatnika.
Parker, D. idr., 2019	Procijeniti utjecaj simulacijske aktivnosti dijabetesa na empatiju kod studenata farmacije	Studenti N = 50	Trodnevna simulacija dijabetesa povećala je empatiju i povjerenje kod studenata farmacije.
Ghaedi, F. idr., 2020	Usporediti razinu empatije medicinskih sestara s pacijentima na odjelima za intenzivnu njegu, psihijatrijskim i odjelima za hitna stanja.	Medicinske sestre N = 112	Prema rezultatima ovog istraživanja nema značajne razlike u razinama empatije među medicinskim sestrama koje rade na različitim odjelima ali su radna okolina i njezini uvjeti samo jedan od čimbenika koji utječu na razinu empatije.
Derksena, F. A. W. M. idr. (2021)	Istražiti iskustva liječnika opće prakse s kliničkom empatijom	Liječnici/polaznici opće prakse N = 35	Rezultati upućuju kako ispitanici izražavaju jasnu želju da klinička empatija igra središnju ulogu u kurikulumu.

Yu, C. C. idr., 2022	Istražiti čimbenike koji doprinose razvoju empatije u zdravstvenom okruženju.	Liječnici, medicinske sestre, pomoćni zdravstveni djelatnici, studenti N = 60	Razumijevanje čimbenika koji utječu na razvoj empatije omogućuju i razvoj mjera koje bi se mogle provoditi na radnom mjestu što bi dovelo do poboljšanja kvalitete skrbi i većeg zadovoljstva kliničkim radom.
Sturzu, L. idr., 2019	Istražiti je li empatija sposobnost razumijevanja onoga što druga osoba doživljava povezana sa izgaranjem osoblja u ustanovama za mentalno zdravlje.	Zdravstveni djelatnici na psihijatriji N = 302	Zdravstveni djelatnici na psihijatriji imaju nižu razinu izgaranja od onih koji rade na forenzici. Forenzičko osoblje pokazalo je nisku razinu suosjećajne skrbi i visoke depersonalizacije.

Izvor: Vlastiti izvor, 2022.

4 Rasprava

Empatija kao sposobnost razumijevanje osobnog iskustva pacijenta bez povezivanja s njim, predstavlja važnu komunikacijsku vještinu kod zdravstvenih djelatnika. Razvoj empatije i suosjećanja su temeljne profesionalne vještine koje treba posjedovati zdravstveni djelatnik (Kerasidou idr., 2021, str. 2–3; Bauchat idr., 2016, str. 357). Povezana je s nizom pozitivnih ishoda u zdravstvenoj skrbi, kako za pacijente tako i za zdravstvene djelatnike. Kod pacijenata, empatija može dovesti do većeg zadovoljstva, povjerenja, boljeg pridržavanja liječenja, poboljšanja emocionalnog zdravlja, smanjenja i nestanka simptoma, poboljšanja fizioloških mjerenja i bolje kontrole boli (Kim idr., 2004, str. 239–241; Kerasidou idr., 2021, str. 4).

Kod zdravstvenih djelatnika empatija smanjuje sindrom izgaranja na radnom mjestu, smanjuje pogreške u radu i pomaže u izgradnji bolje komunikacije s pacijentima (Thirioux idr., 2016, str. 764).

Ipak, posjedovanje dobrih vještina empatije nije dovoljno za izražavanje empatije. Izražavanje empatije zahtijeva moralna uvjerenje, namjeru i orijentaciju, slično potrebi za razvoj i vježbanje vrlina. Prema Aristotelu, da bi osoba stekla vrline, treba htjeti učiniti što je dobro (kalon) više nego ono što nije dobro, sramotno odnosno ružno (aischron). Kao što Tong napominje, osobe koje angažiraju samo svoje kognitivne sposobnosti mogu biti dobre u analizi kako postići određeni cilj, ali nisu dobre u procijeni je li cilj dobar ili vrijedan (Kerasidou idr., 2021, str. 1). Izražavanje empatije, kao profesionalne vještine i vrline zahtijeva angažman kognitivnih i afektivnih sposobnosti kao i namjere i želju, da se čini ono što je dobro. Poučavanje i učenje, kao i primjena kroz cjeloživotno razmišljanje i djelovanje načini su promicanja empatije i suosjećanja među zdravstvenim radnicima (Ahmadian Yazdi idr., 2019, str. 37–39).

Glavni rezultati ovog rada su da zdravstveni djelatnici s empatijom djeluju učinkovitije (Smailović, 2018, str. 35; Hannan idr., 2019, str. 2–5; Ghaedi idr., 2020, str. 118–119; Yu, 2020, str. 12), da empatija zdravstvenih djelatnika ima pozitivan ishod na liječenje pacijenta (Gavranić idr., 2015, str. 117–120; Patel idr., 2019, str. 24; Arigliani idr., 2018, str. 3–5) te da

je neophodno razvijanje empatijskih vještina ne samo tijekom nastavnog procesa (Brett idr., 2014, str. 3; Brett idr., 2015, str. 6; Williams idr., 2020, str. 7; Parker, 2019, str. 70) već tijekom cjeloživotnog i kontinuiranog obrazovanja zdravstvenih djelatnika (Šilje i Glavinić, 2017, str. 19–22; Derksena idr., 2021, str. 3018; Sturzu idr., 2019, str. 21–29).

Empatija je neophodna zdravstvenim profesionalcima kako bi razumjeli osjećaje, mišljenja i iskustva pacijenata, kako bi procijenili potrebu pacijenta za zdravstvenom skrbi te kako bi doprinijeli pozitivnim zdravstvenim ishodima (Moudatsou idr., 2020, str. 4–6; Riess idr., 2010, str. 1606).

Opće je poznato, da sposobnost empatije zdravstvenih djelatnika dovodi do boljih terapijskih rezultata (Moudatsou idr., 2020, str. 1; Taghizade idr., 2006, str. 47). Empatičan odnos zdravstvenih radnika s korisnicima zdravstvene skrbi jača međusobnu suradnju u osmišljavanju individualnog terapijskog plana i intervencije čime se povećava zadovoljstvo pacijenta terapijskim procesom. Razumijevanje temeljeno na empatiji ključno je za odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. Smanjuje se distanciranost između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, povećava se međusobno povjerenje te se smanjuje stres i izgaranje zdravstvenih djelatnika na radnom mjestu (Moudatsou idr., 2020, str. 5–7).

Iako su istraživanja pokazala vrijednost empatije, zdravstveni djelatnici imaju poteškoće u primjeni empatijskih vještina u kliničkoj praksi (Bonvicin idr., 2009, str. 3–5; Moudatsou idr., 2020, str. 8). Relativno visok postotak zdravstvenih djelatnika, oko 70 %, teško razvijaju empatiju sa pacijentima (Bonvicin idr., 2009, str. 6). Razlog navedenog je prevelik broj pacijenata dnevno, svakodnevni stres na radnom mjestu, umor i izgaranje (Duarte idr., 2016, str. 9; Hojat idr., 2013, str. 7; Wagaman idr., 2015, str. 202). Povećanje primjene empatije i poboljšanje razvijanja empatijskih vještina moglo bi se postići reorganizacijom rada i prepoznavanjem empatije kao učinkovitog alata u svakodnevnoj kliničkoj praksi na razini cjelokupnog zdravstvenog sustava. Poznato je da zdravstveni djelatnici koji imaju višu razinu empatije manje doživljavaju izgaranje (Thirioux idr., 2016, str. 765).

Iako je empatija temeljno načelo kvalitete za zdravstvene profesije, istraživanja upućuju da zdravstveni djelatnici ne mogu adekvatno primijeniti empatijske vještine (Hojat idr., 2013, str. 7; Kerasidou idr., 2021, str. 5). Razlog navedenog je nedostatak edukacije o praktičnim empatijskim vještinama, dugo radno vrijeme, nedostatak osoblja, nemogućnost posvećivanja dovoljno vremena pacijentima, povećani pritisak za postizanje operativnih ciljeva i povećano radno opterećenje (Ogle idr., 2013, str. 825). Zdravstveni djelatnici upućuju na potrebu za holističkim, edukacijskim intervencijama u ponašanjima koja u središte stavljaju potrebe pacijenata, s naglaskom na osobni razvoj, stručno usavršavanje i programe nadzora, umjesto obrazovanja o bihevioralnim i komunikacijskim vještinama (Shapiro idr., 2002, str. 325–327; Englander, 2014, str. 6–8).

Također, primjena empatije u zdravstvu ovisi i o okruženju u kojem zdravstveni djelatnici rade. Jer ako se empatija shvati i kao vrlina, a ne kao vještina, ukoliko okruženje u kojem rade zdravstveni djelatnici ne podržava izražavanje takve vrline, manje je vjerojatno da će pojedinci koji djeluju u takvom okruženju imati priliku da razviju empatijske vještine (Allmark, 2013, str. 46–48). Slijedom navedenog važno je odmaknuti se od shvaćanja empatije samo kao vještine ili vrline pojedinca, zdravstvenog djelatnika, već je potrebno razvijati širi pogled i doživljaj empatije kao relevantne za cjelokupno zdravstvo odnosno na razini zdravstvene sustave i njihovu ulogu u primjeni empatijskih vještina.

Oblikovanje empatijskih zdravstvenih sustava i/ili institucija neophodno je za razvijanje pozitivnih stavova prema empatiji kod svih sudionika u zdravstvu. Štoviše, empatični zdravstveni sustav i/ili institucija imaju važnu ulogu u edukaciji i primjeni empatijskih vještina kod zdravstvenih djelatnika, osiguranju uvjeta za implementaciju i evaluaciju te promicanja

empatije u svakodnevnom kliničkom radu. Cjeloživotno obrazovanje zdravstvenih djelatnika imperativ je za jačanje empatijskih vještina (Kahrima idr., 2016, str. 7; Stanley idr., 2015, str. 54–56). Razvijanje i primjena empatijskih vještina kod zdravstvenih djelatnika neophodna je za poboljšanje zdravstvenih ishoda i cjelokupne zdravstvene skrbi.

5 Zaključak

Zdravstveni djelatnici tijekom svog školovanja stječu profesionalne kompetencije, ali potrebnim međuljudskim odnosima ovladavaju tek kada su uključeni u proces rada. Iznimno je važno da se tijekom školovanja studenata zdravstvenih profesija radi na emocionalnom obrazovanju, poticanju razvoja vještina empatije, stavljanje na mjesto drugog, stjecanju vještina dobre i učinkovite komunikacije s pacijentima. Razvoj obrazovanja i učenja zdravstvenih djelatnika ključan je čimbenik ne samo za podizanje znanja već i poboljšanja kvalitete života svakog pojedinca i očuvanja mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika. Zbog raširenog mišljenja da se suvremena medicina distancirala od emocionalnih komponenti potrebno je proučiti i ishoditi najkvalitetnije i najučinkovitije metode emocionalnih vještina prvenstveno u obrazovanju ali i u samom procesu rada.

LITERATURA

1. Ahmadian, Y. N., Bigdeli, S. in Soltani Arabshahi, S. K. (2019). The Influence of Role-Modeling on Clinical Empathy of Medical Interns: a Qualitative Study. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 7(1), 35–41.
2. Allmark, P. (2013). Virtue and Austerity. *Nursing Philosophy*, 14(1), 45–52.
3. Arigliani, M., Castriotta, L., Pusiol, A. idr. (2018). Measuring Empathy in Pediatrics: Validation of the Visual CARE measure. *BMC Pediatrics*, 18(57), 2–9.
4. Bauchat, J. R., Seropian, M. in Jeffries, P. R. (2016). Communication and Empathy in the Patient-Centered Care Model—Why Simulation-Based Training is not Optional. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(8), 356–359.
5. Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L. idr. (2009). Impact of Communication Training on Physician Expression of Empathy in Patient Encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(4), 3–10.
6. Brett, W., Brown, T. in McKenna, L. (2014). Empathy Levels among Health Professional Students: a Cross-Sectional Study at Two Universities in Australia. *Advances in Medical Education Practice*, 5(5), 107–113.
7. Brett, W., Brown, T., McKenna, R. idr. (2015). Student Empathy Levels Across 12 Medical and Health Professions: an Interventional Study. *Journal of Compassionate Health Care*, 2(4), 2–6.
8. Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V. idr. (2012). The Relationship between Physician Empathy and Disease Complications: an Empirical Study of Primary Care Physicians and their Diabetic Patients in Parma, Italy. *Academia Medica*, 87(9), 1243–1249.
9. Derksena, F. A. W. M., Olde Hartmana, T. C., Lagro - Janssen, A. L. M. idr. (2021). Clinical Empathy in GP-Training: Experiences and Needs among Dutch GP-Trainees. Empathy as an Element of Personal Growth. *Patient Education and Counseling*, 104(12), 3016–3022.
10. Duarte, J., Pinto - Gouveia, J. in Cruz, B. (2016). Relationships between Nurses' Empathy, Self-Compassion and Dimensions of Professional Quality of Life: a Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 60(5), 1–11.
11. Englander, M. (2014). Empathy Training from a Phenomenological Perspective. *Journal of Phenomenological Psychology*, 45(4), 5–26.
12. Gavrančić, D., Ivet, V. in Sindik, J. (2015). Percepcija zanimanja medicinske sestre u javnosti. *Sestrinski glasnik*, 20(2), 115–120.
13. Ghaedi, F., Ashouri, E., Soheili, M. idr. (2020). Nurses Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(2), 117–120.

14. Hannan, J., Sanchez, G., Musser, E.D. idr. (2019). Role of Empathy in the Perception of Medical Errors in Patient Encounters: a Preliminary Study. *BMC Research Notes*, 12(327), 2–5.
15. Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V. idr. (2013). Empathy and Health Care Quality. *American Journal of Medical Quality*, 28(7), 6–10.
16. Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W. idr. (2011). Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Academia Medica*, 86(3), 359–364.
17. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J. idr. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 349–365.
18. Kahrma, I., Nural, N., Arsal, U. idr. (2016). The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 18(2), 1–10.
19. Kerasidou, A. (2019). Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity. *Health Care Analysis*, 27(3), 171–184.
20. Kerasidou, A., Bærøe, K., Berger, Z. idr. (2021). The Need for Empathetic Healthcare Systems, *Journal of Medical Ethics*, 47(2), 1–5.
21. Kim, S. S., Kaplowitz, S. in Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation and Health Professions*, 27(3), 237–251.
22. Kulenović, M. (2016). Empatija u Freudovim teorijskim razmatranjima i psihoanalitičkoj perspektivi. *Psihoterapija*, 30(1), 4–35.
23. Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A. idr. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(26), 1–9.
24. Ogle, J., Bushnell, J. A. in Caputi, P. (2013). Empathy is related to Clinical Competence in Medical Care. *Medical Education*, 47(5), 824–831.
25. Parker, D., Fontem, A., Ojong, E. idr. (2019). Impact of Diabetes Simulation on Empathy in Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(1), 69–72.
26. Patel, S., Pelletier - Bui, A., Smith, S. idr. (2019). Curricula for Empathy and Compassion Training in Medical Education: A Systematic Review. *PLoS One*, 14(8), 1–25.
27. Riess, H. (2010). Empathy in Medicine: a Neurological Perspective. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), 1604–1609.
28. Shapiro, J. (2002). How do Physicians Teach Empathy in the Primary Care Setting. *Academic Medicine*, 77(3), 323–329.
29. Smailović, S. (2018). Uticaj osobina ličnosti i empatije na rad medicinskih sestara i rad trgovaca. *Ekonomski izazovi*, 7(14), 128–138.
30. Stanley, S. in Sethuramalingam, V. (2015). Empathy in Social Work: Implications for Practice. *International Journal of Production Research*, 20(7), 51–61.
31. Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M. idr. (2019). Empathy and Burnout – A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of Medicine and Life*, 12(1), 21–29.
32. Šilje, M. in Glavinić, N. (2017). Potrebna znanja i vještine medicinske sestre/tehničara: vještine postavljanja pitanja potrebne za savjetovanje i metode koje pomažu u prihvaćanju dijagnoze. *Sestrinski glasnik*, (1), 18–22.
33. Taghizade, Z. I., Rezaiepour, A., Mehran, A. B. idr. (2006). Communication Skills Application and its' Relation to Clients' Satisfaction. *Hayat*, 12(8), 47–55.
34. Thirioux, B., Birault, F. in Jaafari, N. (2016). Empathy is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Frontiers in Psychology*, 7(3), 763–767.
35. Villaceros, M., Olmos, R. in Bermejo, J. C. (2017). The Emphatic Process and Misconceptions that Lead to Burnout in Healthcare Professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(68), 1–12.
36. Vuković, D. in Bošnjaković, J. (2016). Empatija, suosjećanje i milosrđe: Psihološke i teološke perspektive. *Bogoslovska smotra*, 86(3), 731–756.
37. Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. idr. (2015). The Vole of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Journal of Social Work*, 60(3), 201–209.

38. Williams, C. R., Rodgers, P., McLaughlin, J. idr. (2020). Comparing Empathy Levels in Doctor of Pharmacy Students and Exemplary Pharmacist Preceptors. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(3), 311–318.
39. Yu, C. C., Tan, L., Le, M. K. idr. (2022). The Development of Empathy in the Healthcare Setting: a Qualitative Approach. *BMC Medical Education*, 22(245), 2–13.

Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju arterijske hipertenzije v bolnišničnem okolju

UDK 616.12-008.331.1-083

KLJUČNE BESEDE: arterijska hipertenzija, medicinska sestra, bolnišnično okolje, zdravstvena nega, krvni tlak

POVZETEK – Arterijska hipertenzija ali visok krvni tlak je kronična bolezen, ki je razširjena po celem svetu. Odkrita je pri več kot 40 % odrasle populacije. Je eden izmed glavnih in najpomembnejših vzrokov/dejavnikov ogroženosti za srčno-žilne zaplete, kot so infarkt, možganske kapi, anevrizme ... Za Slovenijo je znano, da ima potrjeno diagnozo arterijske hipertenzije že skoraj vsak drugi Slovenec, veliko pa se jih ne zaveda, da so oboleli za visokim krvnim tlakom, saj ga ne občutijo. Ti ljudje po navadi nimajo nikakršnih težav, občasno se lahko pojavi kakšen glavobol ali omotica, tudi motnje vida, vendar nič hujšega. Zato je priporočljiva preventivna kontrola krvnega tlaka, se pravi vsakodnevno merjenje le-tega. Dolgotrajno zvišan in nezdravljen povišan krvni tlak lahko nepopravljivo okvari telesne organe in zaradi tega kasneje lahko nastopi tudi smrt, saj visok krvni tlak neposredno poškoduje ožilje, ki vpliva na funkcijo organov. Po najnovejših smernicah za obravnavo arterijske hipertenzije velja, da o povišanem krvnem tlaku govorimo, ko ta preseže mejno vrednost 140/90 mm Hg (normalna vrednost krvnega tlaka sega do 130/80 mm Hg). Veliko lahko naredimo sami, s primernim – zdravim načinom življenja, kot so omejitev soli (do 5 g/dan), alkohola (zmerne količine), opustitev kajenja, zdrava prehrana (veliko zelenjave ter sadja, vlaknin, beljakovin z malo maščob, polnozrnatih žit ...), nadzor telesne teže (z zmanjšanjem telesne teže zmanjšamo krvni tlak).

1 Uvod

Visok krvni tlak (hipertenzija) je stanje, ki praviloma ne povzroča simptomov, vendar pa nenormalno visok krvni tlak v arterijah povečuje tveganje za bolezni, kot so npr. možganska kap, anevrizme, srčno popuščanje, srčni infarkt in ledvična odpoved. Hipertenzija je skupno ime za stanja z visokim krvnim tlakom, ne glede na vzrok. Visok krvni tlak imenujejo tudi »tih ubijalec«, ker po navadi dolga leta ne povzroča simptomov – dokler se ne pojavi okvara kakšnega življenjsko pomembnega organa (Berkow, 2000, str. 112).

UDK 616.12-008.331.1-083

KEYWORDS: arterial hypertension, nurse, hospital environment, nursing, blood pressure

ABSTRACT – Arterial hypertension or high blood pressure is a chronic disease which is spread all around the world. More than 40% of the adult population are dealing with it. It is one of the main and most important causes/factors of the risk of cardiovascular complications, such as heart attack, strokes and aneurysms. In Slovenia, almost every second person has a confirmed diagnosis for arterial hypertension. However, most of them do not know about their high blood pressure because they do not feel it. These people usually do not have any health problems, they have occasional headaches, dizziness or visual impairment. Therefore, it is recommended to monitor blood pressure every day. Prolonged and untreated high blood pressure can cause damage to the body's organs and can subsequently lead to death, as it directly damages the vascular system, which affects the function of the organs. According to the latest guidelines for the treatment of arterial hypertension, we consider a high blood pressure when it exceeds the 140/90 mm Hg limit (normal blood pressure reaches up to 130/80 mm Hg). We can do a lot on our own – with a healthy lifestyle, such as salt restriction (up to 5g/day), alcohol restriction, quitting smoking, healthy diet (fruits, vegetables, low-fat protein, whole grains), weight control (by losing weight, we decrease blood pressure).

Pri obolelih za diabetesom lahko povišan krvni pritisk izzove poškodbe vida in privede celo do slepote.

Arterijska hipertenzija v veliki meri prispeva k obolevnosti in umrljivosti po vsem svetu in zato predstavlja veliko socialno-ekonomsko breme. Kljub velikemu napredku v zaznavanju, diagnosticiranju in zdravljenju hipertenzije je nadzor krvnega tlaka neustrezen pri manj kot polovici hipertenzivnih bolnikov (<140/90 mm Hg). Diagnoza arterijske hipertenzije se pri večini bolnikov začne s klasičnim uradnim merjenjem krvnega tlaka. Za doseg pravega ciljnega krvnega tlaka so na voljo številna učinkovita antihipertenzivna zdravila. Evropske smernice iz leta 2018 in enake nemške nacionalne smernice priporočajo ciljni krvni tlak <140/90 mm Hg za večino bolnikov. Nedavna študija SPRINT je pokazala, da lahko nekaterim bolnikom koristi še nižji krvni tlak (Wermelt in Schunkert, 2017, str. 515–526).

Mnogi smatrajo, da rahlo povišan pritisk ni škodljiv, vendar pa, če se ne zdravi, lahko privede do resnih posledic (Gončarov, 2012, str. 7).

Za meritve krvnega tlaka je značilna velika spontana spremenljivost v enem dnevu in med dnevi, meseci, letnimi časi. Zato mora diagnoza hipertenzije temeljiti na več meritvah krvnega tlaka, ki jih izmerimo ob več priložnostih v določenem časovnem obdobju. Na splošno bi morala diagnoza hipertenzije sloneti na vsaj dveh meritvah krvnega tlaka ob vsakem obisku pri vsaj 2–3 obiskih. Krvni tlak lahko izmeri zdravnik, medicinska sestra ali tehnik v ordinaciji ali v ambulanti (krvni tlak v ordinaciji), bolnik ali njegov sorodnik doma ali samodejni merilnik v 24 urah (Košnik, 2011, str. 281).

2 Bolnišnična obravnava bolnika z arterijsko hipertenzijo

Velik pomen pri sprejemu ima prvi stik z bolnikom, saj z njim zdravstveno osebje pridobi njegovo zaupanje, ki je zelo pomembno pri nadaljnji oskrbi, pri kateri potrebujemo bolnikovo sodelovanje. Pomemben podatek za bolnike s hipertenzijo je tudi, da z zmanjšanjem vnosa soli znižamo krvni tlak in povečamo delovanje antihipertenzivnih zdravil. Če zmanjšamo vnos soli na 5 g /dan, se krvni tlak zniža pri osebah z normalnim krvnim tlakom od 1–2 mmHg, pri bolnikih s hipertenzijo pa od 4–5 mmHg (Babić in Sušnik, 2016, str. 23–24).

Timska oskrba je ena ključnih komponent za ustrezno oskrbo, ki je osredotočena na bolnika. Študije so dosledno pokazale, da lahko ekipe, ki vključujejo medicinske sestre in tudi farmacevte pri vodenju bolnikov, znatno izboljšajo nadzor krvnega tlaka. Te ugotovitve so bile prikazane v več metaanalizah in sistematičnih pregledih. Ti pregledi so na splošno ugotovili, da lahko timska oskrba zniža sistolični krvni tlak za 4–10 mmHg v primerjavi z običajno oskrbo. Novejše strategije vključujejo telefonsko in/ali spletno upravljanje, ki je razvijajoče se področje za izboljšanje nadzora krvnega tlaka pri velikih populacijah. Družbeni mediji in druga tehnologija se trenutno preiskuje za pomoč farmacevtom ali medicinskim sestram pri komunikaciji z bolniki za izboljšanje obvladovanja hipertenzije (Carter idr., 2012, str. 51–65).

Bolnišnični sprejemi zaradi arterijske hipertenzije vplivajo na odstotek sprejemov zaradi primarno občutljivih stanj. Krepitev dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva, ozaveščanje strokovnjakov o pomenu celostne oskrbe in vlaganje v družbeni razvoj so ključnega pomena za spremembo realnosti hipertenzije v smislu njenega nadzora in zapletov (Dantas idr., 2018, str. 16).

2.1 Jemanje terapije pod nadzorom

Pravilno in redno uživanje terapije je zelo pomembno pri ureditvi visokega krvnega tlaka, zato medicinska sestra bolniku ob sprejemu obrazloži potek uživanja zdravil, ki jih predpiše sobni

zdravnik na temperaturni list. Medicinska sestra prinese bolniku zdravila ob določeni uri, zdravila bolnik zaužije pod njenim nadzorom. Obrazloži mu naj ne uživa nobenih svojih zdravil, ampak le zdravila, ki mu jih je predpisal sobni zdravnik (Babić in Sušnik, 2016, str. 25).

2.2 *Merjenje krvnega tlaka po standardu*

Natančno merjenje in ustrezno vrednotenje krvnega tlaka sta pri diagnostiki in obravnavanju hipertenzije nujna. Spremljanje krvnega tlaka od zdravstvenega osebja zahteva razumevanje in poznavanje smernic za arterijsko hipertenzijo. Predno pričnemo z merjenjem krvnega tlaka bolniku obrazložimo postopek merjenja. Pred začetkom merjenja naj bolnik sedi naslonjen na hrbet 3–5 min. nogi ne smeta biti prekrižani in stopala morajo počivati na tleh. Podlahti morata biti podprti na trdi podlagi, v pravilnem položaju. Bolnik naj med merjenjem ne govori. Potrebna je pravilna izbira manšete glede na obseg nadlahti. Manšeta se namesti 2–3 cm nad komolcem in naj bo v višini srca ne glede na bolnikov položaj (Babić in Sušnik, 2016, str. 25).

S pogostimi meritvami spremljamo tudi učinek predpisanih zdravil (Žontar in Kvas, 2012, str. 15).

Krvni tlak običajno merimo z elektronskimi merilniki, uporabljamo tudi manometre na pero, živosrebrne sfigmomanometre pa opuščamo. Princip delovanja vseh je podoben. Manšeto, ki je povezana z merilnikom, ovijemo okrog nadlahti, ob pritisku na gumb jo naprava napihne in ob spuščanju zraka iz manšete izmeri krvni tlak. Rezultat meritve je sestavljen iz treh števil: za sistolični krvni tlak (npr. 120 mm Hg), diastolični (npr. 80 mmHg) in pulz (npr. 70 utripov na minuto). Meritev po nekaj minutah ponovimo vsaj še enkrat. Krvni tlak normalno neprestano niha; že ob manjšem razburjenju je lahko višji (Acetto in Bulc, 2014, str. 5).

Meritev krvnega tlaka izvajamo po metodi Riva Roccija (l.1896) z avskultacijo t. i. Korotkoffovih žilnih zvokov (l.1905) po standardni metodi (Košnik, 2011, str. 281).

Pravilna velikost manšete, pravilna lega manšete ter pravilna lega bolnikove roke med merjenjem so pogoj za natančno meritev krvnega tlaka. Velikost manšete se izbira glede na obseg nadlahti, in sicer mora dolžina manšete znašati vsaj 80 % obsega nadlahti, širina manšete pa približno 40 % obsega nadlahti. Meritev s preozko manšeto lahko poda višjo vrednost krvnega tlaka od realne, medtem ko lahko meritev s preširoko manšeto poda nižjo vrednost krvnega tlaka, kot je realna. Za pravilno izbiro manšete je treba najprej izmeriti obseg nadlahti (Žontar in Kvas 2012, str. 16).

2.3 *Napake pri merjenju krvnega tlaka*

Do napak pri merjenju krvnega tlaka lahko pride zaradi predrtega gumijastega meha, preperelih cevi ali ker zrak uhaja iz manšete. Do napak lahko pride tudi, če je velikost manšete premajhna ali prevelika in če zvon slušalk ni nameščen nad brahialno arterijo. Spremljanje krvnega tlaka od zdravstvenega osebja zahteva razumevanje in poznavanje smernic za arterijsko hipertenzijo. V procesu zdravljenja lahko aktivno sodeluje le bolnik, ki bolezen, potek zdravljenja in možne zaplete dobro pozna in med zdravljenjem usvoji tudi nekatere potrebne veščine, kot je pravilno merjenje krvnega tlaka, poznavanje merilnikov krvnega tlaka, njihovo servisiranje in vzdrževanje (Žontar in Kvas, 2012, str. 18–20).

3 **Vloga medicinske sestre pri prepoznavanju arterijske hipertenzije**

Vloga medicinske sestre pri izboljšanju nadzora nad arterijsko hipertenzijo se je v zadnjih 50 letih razširila ter izpopolnila in dopolnjevala vlogo zdravnika. Sodelovanje medicinskih sester se je začelo z merjenjem in spremljanjem krvnega tlaka, ter izobraževanjem pacientov. Tako se

je to sodelovanje razširilo v eno najučinkovitejših strategij za izboljšanje nadzora krvnega tlaka. Vloga medicinske sestre pri obvladovanju hipertenzije vključuje vse vidike oskrbe, vključno z odkrivanjem, napotitvijo in nadaljnjim spremljanjem; diagnostika in zdravljenje z zdravili; izobraževanje pacientov, svetovanje in pridobivanje veščin; koordinacija oskrbe; vodenje klinike ali pisarne; upravljanje zdravja prebivalstva; in merjenje uspešnosti in izboljšanje kakovosti. Osredotočenost na bolnika, je dejavnik, za katero je odgovoren multidisciplinarni tim, kot ključna značilnost učinkovitih modelov oskrbe, za katere je bilo ugotovljeno, da izboljšujejo postopke oskrbe. Poleg svojih kliničnih vlog, medicinske sestre vodijo klinične in skupnostne raziskave za izboljšanje vrzeli v kakovosti hipertenzije in etničnih razlik s celostnim preučevanjem socialnih, kulturnih, ekonomskih in vedenjskih determinant izidov hipertenzije, ter oblikovanjem kulturno občutljivih intervencij za obravnavo teh determinant (Himmelfarb idr., 2016, str. 82).

Medicinska sestra mora poznati mora posebnosti posameznih obolenj, ukrepanje v primeru poslabšanja stanja, poznati mora učinke zdravil in neželene učinke zdravil, ki jih je aplicirala bolniku. Pomembno vlogo ima tudi pri preventivnem delu. V preventivno delo zajamemo bolnika in njegove svojce. Pomembno je, da na primarni ravni poskušamo preprečiti nastanek arterijske hipertenzije in s tem nastanek akutnih stanj. Na sekundarni ravni odkrivamo rizične skupine, ki imajo veliko možnost, da zbolijo za arterijsko hipertenzijo. Veliko možnost imajo osebe, ki imajo družinsko anamnezo z arterijsko hipertenzijo. Pri že obolelih uporabimo podporne ukrepe za odpravljanje dejavnikov tveganja, na katere bolniki lahko vplivajo. Spodbujamo k rednemu jemanju predpisanih zdravil in rednem kontroliranju krvnega tlaka. Na terciarni ravni pomagamo bolniku k čimprejšnjemu okrevanju. Preden bolnik zapusti našo bolnišnično oskrbo, mu damo napotke za zdravo življenje in preprečevanje ponovnega nastanka akutnih stanj (Mislovič, 2009, str. 42–43).

4 Metode

Namen raziskave je preveriti znanje zaposlenih na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja - SB Celje, glede same obravnave arterijske hipertenzije na oddelku, zdravljenja, zapletov in njenih posledic.

4.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri raziskovanju smo uporabili deskriptivno metodo raziskovanja, ki je temeljila na proučevanju domače in tuje znanstvene ter strokovne literature (PubMed, CINAHL, DKUM). Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, anketni vprašalnik pa pripravili s pomočjo spletnega orodja www.1ka.si.

4.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo kot instrument uporabili spletni anketni vprašalnik, ki je bil sestavljen iz 20 vprašanj, zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop spletnega anketnega vprašalnika se je nanašal na demografske podatke (spol, starost, dosežena izobrazba), drugi sklop pa se je nanašal na samo temo raziskave.

4.3 Opis vzorca

Vzorec je zajemal srednje in diplomirane medicinske sestre ter srednje zdravstvene tehnike in diplomirane zdravstvenike, ki so zaposleni v Splošni bolnišnici Celje na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Spletni vprašalnik je bil poslan 31 zaposlenim, v celoti pa je vprašalnik izpolnilo 25 anketirancev.

4.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Udeleženci raziskave so bili pozvani k sodelovanju pri izpolnitvi anketnega vprašalnika preko socialnega omrežja Facebook. Zbiranje podatkov je potekalo v mesecu septembru 2022 (21. 9. 2022–25. 9. 2022).

5 Rezultati

Spletni anketni vprašalnik je bil poslan 31 zaposlenim na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja, SB Celje; ustrezno izpolnjenih je bilo 25 vprašalnikov. Anketni vprašalnik je izpolnilo 72 % žensk in 28 % moških, ki so bili različnih starosti – največ (40 %) jih je bilo starih med 26 in 36 let. Med anketiranimi je imelo 64 % zaposlenih doseženo izobrazbo srednje medicinske sestre/zdravstvenega tehnika, 36 % je bilo diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov.

Na vprašanje »Kolikokrat na dan menite, da bi morali pri pacientu z AH meriti krvni tlak?« je 68 % zaposlenih odgovorilo, da bi morali pri pacientih z arterijsko hipertenzijo meriti krvni tlak 3x na dan. Ostalih 28 % se je strinjalo z merjenjem krvnega tlaka 1x na dan. Le 4 % zaposlenih so bili mnenja, da bi morali krvni tlak meriti več kot 3x na dan. V 96 % so bili zaposleni mnenja, da je vrednost normalnega tlaka 120/80 mmHg. 40 % pa, da je vrednost krvnega tlaka 145/90 mmHg, tudi mišljena kot normalna vrednost. Vsi anketirani so bili mnenja, da je vrednost krvnega tlaka 175/95 mmHg smatrana kot abnormalna, prav tako so anketirani zaposleni v 100 % mišljenja, da pridružene bolezni vsekakor vplivajo na ciljne vrednosti krvnega tlaka. Glede pridruženih bolezni so v 92 % odgovorili, da je srčno popuščanje tista pridružena bolezen, zaradi katere je lahko krvni tlak povišan. Sledi ledvična odpoved (68 %), covid-19 in bolezni ščitnice (40 %), sladkorna bolezen, povišan holesterol ter anemija v 40 %. Najmanj anketiranih se je strinjalo, da bi lahko prehlad ali putika (16 %) vplivala na ciljne vrednosti krvnega tlaka. Le 4 % zaposlenih je odgovorilo, da je luskavica tista pridružena bolezen, ki bi prav tako lahko povzročala višji krvni tlak. Sodeč po naslednjih rezultatih, zaposleni kar dobro poznajo dejavnike tveganj za visok krvni tlak. Dednost opredeljujejo kot najpogostejšo (96 %), sledijo debelost, stres (92 %), kajenje in alkohol v 71 %, ter sol v prehrani (54 %) in tudi depresija (42 %). Za tem so se v celoti (100 %) strinjali, da je srčni infarkt opredeljen kot najpogostejša posledica, ki nastane zaradi povišanega krvnega tlaka. Okvare ledvic in okvare vida, pa si delita 55 % odgovorov. Izpadanje las ni nihče označil kot pravilen odgovor. Pri vprašanju št. 10, »ali znate pri pacientu prepoznati simptome arterijske hipertenzije? Če, da, kateri so?«, je bilo iz odgovorov razvidno, da zaposleni prav tako kot dejavnike tveganj, poznajo tudi simptome, ki so značilni za arterijsko hipertenzijo. V kar 91 % jih je odgovorilo, da je glavobol prvi najpogostejši simptom zvišanega krvnega tlaka. Značilne so tudi motnje srčnega ritma (77 %), vrtoglavice (68 %), poslabšanje vida (59 %), možen simptom je tudi občutek zadihanosti in pa krvavitev iz nosu (50 %). Za simptom kašlja se je odločilo 9 % anketiranih. Peroralna antihipertenzivna terapija je pri zaposlenih dobro poznana. Kaptopril je dosegel največ odgovorov v 95 %, takoj za njim tudi Adalat OROS v 91 %, nato še Bloxan (36 %). Byol (18 %) in Cordarone (9 %); oba spadata v terapijo za srčna obolenja, zato tudi verjetno takšni odgovori. Če je meritev krvnega tlaka na elektronskem aparatu abnormalna, se jih 82 % odloči še za kontrolno meritev z ročnim merilnikom, ostalih 18 % pa zaupa elektronskemu in le v redkih primerih naredi ponovno kontrolo krvnega tlaka še z ročnim merilnikom. V nekaterih primerih lahko pri katerem pacientu na drugi roki izmerimo drugačno vrednost krvnega tlaka, kot prvič, zato se jih je 95 % odločilo za ponovno meritev krvnega tlaka na drugi roki, 5 % pa se to ne zdi pomembno. Pri merjenju krvnega tlaka lahko velikokrat pride do napak, ki se jih včasih niti ne zavedamo. Merjenje krvnega tlaka s premajhno/preveliko manšeto anketirani opredeljujejo kot glavno napako (95 %), prav tako tudi, če pacient med

merjenjem tlaka govori, kašlja, se premika itd. (95 %). Tudi predrta manšeta se smatra kot napaka pri merjenju KT (82 %). Za ročno merjenje v hrupnem okolju in, če zvon fonendoskopa merilnika ni nameščen nad brahialno arterijo, se je odločilo 64 %. Merjenje krvnega tlaka čez oblačila pa je doseglo 59 % odgovorov. Kadar pride do patoloških odstopanj pri izmerjenih vrednostih krvnega tlaka, so anketirani zaposleni dobro seznanjeni z odstopanji pri izmerjenih vrednostih krvnega tlaka. 100 % so odgovorili, da pokličejo zdravnika, ko je izmerjen krvni tlak 190/80 mmHg in 77 % zaposlenih pokliče zdravnika, ko je krvni tlak nizek - 90/50 mmHg. Eden izmed njih je odgovoril, da bi poklical zdravnika, ko bi izmerjen krvni tlak znašal vrednost 150/90 mmHg, kar je po najnovejših smernicah že zgornja meja visokega krvnega tlaka. Zanimalo nas je, ali zaposleni poznajo pomen sindroma »bele halje«; na to vprašanje je odgovorilo 21 anketiranih zaposlenih. Vsi odgovori so si bili med seboj podobni - akuten strah pred zdravnikom, - da je pacient ob prisotnosti zdravnika zavestno ali podzavestno bolj vznemirjen in ima tako posledično zvišan krvni tlak; - zvišanje krvnega tlaka ob vstopu v zdravstveno ustanovo; - podzavesten strah pred zdravnikom; - da ima pacient pri zdravniku višji tlak kot normalno, ... Anketirani zaposleni so v 68 % mnenja, da znajo pravočasno prepoznati in ukrepati ob izmerjenem povišanem krvnem tlaku, medtem, ko jih 9 % ni prepričanih o svojih sposobnostih prepoznavanja akutnega poslabšanja pacienta. Ostalih 23 % je mnenja, da bi morali pridobiti še nekaj znanja glede arterijske hipertenzije. V nadaljevanju sta za zaposlene pri merjenju krvnega tlaka v 68 % oba (sistolični in diastolični) pomembna. Eden izmed njih je odgovoril, da je pomemben samo diastolični krvni tlak, ostalih 27 %, pa se je odločilo, da je bolj pomemben sistolični tlak. V bolnišničnem okolju se vsak dan srečujemo z različnimi pacienti, ki imajo različna obolenja in stanja zavesti. Vedno več je tistih, ki so dementni, zmedeni, neorientirani, zato lahko hitro pride do odstopanj pri jemanju predpisane terapije, v tem primeru pri jemanju antihipertenzivov. Zato nas je zanimalo, kaj storijo zaposleni, če pacient ne zaužije terapije, je odklonilen; anketirani so soglasno odgovorili, da bi obvestili zdravnika in se tako posvetovali z njim, kaj storiti. Eden izmed njih ne bi ukrenil ničesar. Na vprašanje, kaj bi kot medicinska sestra/tehnik svetoval/a pacientu ob odpustu iz bolnišnice, odgovorilo 19 anketiranih zaposlenih, kateri bi pacientu ob odpustu svetovali veliko gibanja, zdravo prehrano, omejitev soli v prehrani, redno merjenje krvnega tlaka, opustitev uživanja kofeina, alkohola in kajenja, izogibanje stresu, dovolj spanca in uživanje zdrave hrane, ter redno jemanje antihipertenzivne terapije, če jo ima le-ta predpisano.

6 Razprava in zaključek

S pomočjo spletnega anketnega vprašalnika 1 ka, smo pridobili želene odgovore medicinskih sester in tehnikov, zaposlenih na Oddelku za infekcijske bolezni in vročinska stanja, SB Celje. Podani odgovori so bili pri skoraj vseh vprašanjih zelo dobri, kar pomeni, da je osebje dobro seznanjeno s samo antihipertenzivno terapijo, z znaki povišanega krvnega tlaka in ob tem tudi pravočasno ukrepajo. Pravočasno obvestijo zdravnika, če izmerijo povišan krvni tlak in tako poskrbijo, da ne pride do dodatnih zapletov. Zaposleni dobro poznajo normalne in abnormalne vrednosti krvnega tlaka, dejavnike tveganja in simptome arterijske hipertenzije ter posledice same bolezni. Večina zaposlenih je mnenja, da bi morali pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo krvni tlak meriti trikrat dnevno, tako bi lažje vodili evidenco o možnem porastu krvnega tlaka. Pri pacientih, ki imajo poleg primarnega obolenja tudi eno ali več pridruženih bolezni, znajo zaposleni takšnim nameniti več pozornosti oz. samega pacienta bolj opazovati, če bi prišlo do odstopanj pri meritvah krvnega tlaka. Tudi glede pravilnega merjenja krvnega tlaka so zaposleni dobro seznanjeni. Meritve krvnega tlaka znajo pravilno izvesti, poznajo napake, ki se pojavljajo ob merjenju tlaka, npr. nerealne meritve, če krvni tlak merimo čez rokav pacienta, če pacient med meritvijo govori, kašlja, se opira na roko, kjer se meri krvni tlak, itd, ...

Zdravstvena vzgoja se začne s sprejemom bolnika na oddelek. Medicinska sestra se mora truditi spremeniti pacientova stališča in vedenjske vzorce, ki so ga privedli v bolezen. Bolnikovo zaupanje je najpomembnejše pri izvajanju zdravstvene vzgoje, saj je povezano z zvezo bolnik – medicinska sestra. V kolikor bolnik nima zaupanja, težko upošteva navodila in nasvete medicinske sestre.

Motivacija je zelo pomembna za vsako človeško dejanje, še posebno za učenje. V motivacijskem procesu je treba biti pozoren na posameznikov življenjski slog, njegovo zdravstveno stanje ter posameznikovo reagiranje na določeno situacijo in okolje. O vključevanju zdravega vedenja v življenjski slog se odloča vsak posameznik sam. Zato je naloga zdravstvenega delavca profesionalno delovanje, s katerim motivira in spodbuja posameznika. Dejavnosti, ki jih izvaja zdravstveni delavec, so: razumevanje zdravega življenjskega sloga, povečanje posameznikove zavesti, spodbujanje posameznika, da komentira, zavrača, sprejema, deluje ter izbira. Na ta način bo posameznik motiviran za učenje in bo razvil interes za obravnavano temo ter spoznal vključenost (Babić in Dolenc, 2016, str. 23–25).

Tako v ambulanti, kot na bolnišničnem oddelku je naloga medicinske sestre (MS), da bolniku pravilno izmeri krvni tlak in ga pouči, kako naj meritve izvaja sam v domačem okolju. Prav zato MS potrebuje dodatno znanje o pravilnem načinu izvajanja meritev krvnega tlaka in o vzdrževanju aparatov. V vsakdanji praksi pogosto opažajo, da je to znanje pomanjkljivo in da so meritve izvedene nenatančno. Opažajo tudi izbor nepravilne velikosti manšete, nepravilen položaj roke in izvajanje meritev samo na eni strani. Zato je treba večjo pozornost nameniti predvsem izobraževanju medicinskih sester in spremljanju izvajanj meritev krvnega tlaka (Škorić in Dolenc, 2016, str. 17–21).

Priporočeno je, da se udeležujemo pregledov v referenčnih ambulantah, kjer nas obravnavajo celotno, osveščajo in dajejo nasvete glede zdravega življenja. Prav tako je priporočljivo preventivno merjenje krvnega tlaka; na ta način imamo sami nekakšen pregled glede svojega arterijskega krvnega tlaka; v primeru mejnih vrednosti lahko začnemo z ne-farmakološkimi ukrepi. S pravočasnim prepoznavanjem te bolezni in z znižanjem krvnega tlaka lahko močno zmanjšamo srčno-žilna tveganja in zaplete, ki ogrožajo življenje oz. poslabšajo njegovo kakovost. Arterijska hipertenzija je kronična bolezen, ki potrebuje vseživljenjsko zdravljenje. Namen zdravljenja je zmanjšanje obolenosti in umrljivosti zaradi srčno-žilnih, možganskožilnih in ledvičnih bolezni. Za zdravljenje oz. zaviranje arterijske hipertenzije lahko veliko naredimo sami, če se pravilno prehranjujemo, tako da omejimo sol v svoji prehrani, opustimo kajenje, uživamo alkohol v zmernih količinah ali pa sploh ne, tudi kava – kofein vpliva na visok tlak. Prav tako je pomembno vsakodnevno gibanje, vsaj pol ure dnevno, da se nam zviša pulz, se zadihamo in spotimo; ob tem pa velja tudi redno merjenje telesne teže. Če pa je povišan krvni tlak genetskega izvora in izvira v družini, je pomembno redno merjenje in kontrola krvnega tlaka ter pravočasno ukrepanje. Za medicinsko sestro je pomembno, da bolnika pouči, ga spodbuja in odvadi slabih navad ter da ga prepriča v zdrav način življenja in ohranjanje dobrih navad. Dobra komunikacija tako vpliva na ugodnejši izid zdravljenja in poveča motivacijo bolnika, da zase stori največ, kolikor zmore. Pravilno izmerjen krvni tlak je diagnostična osnova za obravnavanje, proučevanje in zdravljenje arterijske hipertenzije. V bolnišničnem okolju pa je pomembno, da zna prepoznati simptome arterijske hipertenzije in nato tudi čim prej ukrepati. Natančna meritev krvnega tlaka je pogoj za nadaljnjo obravnavo bolnika, ki ga je treba naučiti pravilnega merjenja tlaka v domačem okolju, če je tega sposoben - v nasprotnem primeru o tem poučimo svojce. Spremljanje krvnega tlaka zahteva s strani zdravstvenega osebja veliko razumevanja in poznavanja smernic za obravnavo arterijske hipertenzije. Ker v procesu zdravljenja bolnik aktivno sodeluje, je sam tisti, ki svojo bolezen, njena odstopanja, možne zaplete najbolj pozna in s tem med zdravljenjem usvoji novosti, kot

so pravilno merjenje tlaka, kako vzdrževati merilnik krvnega tlaka, kako ukrepati ob povišanem krvnem tlaku, itd.

Pomembno je kontinuirano izobraževanje zdravstvenega osebja, predvsem novo zaposlenih, ki se morda prvič srečujejo z arterijsko hipertenzijo, preverjanje znanja o sami bolezni, dejavnikih tveganja, posledicami arterijske hipertenzije, nadzor nad pravilnim merjenjem krvnega tlaka, nadzor nad pravilno aplikacijo antihipertenzivnih zdravil, predvsem pa nadzor nad poznavanjem antihipertenzivnih zdravil.

LITERATURA

1. Acetto, R. in Bulc, M. (2014). Visok krvni tlak – arterijska hipertenzija. Novo mesto: Krka, d. d..
2. Babić, D. in Sušnik, A. (2016). Vloga medicinske sestre v bolnišnični obravnavi bolnika z novoodkrito hipertenzijo. Ljubljana: Klinični oddelek za hipertenzijo, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
3. Berkow, R. (2000). Veliki zdravstveni priročnik: za domačo uporabo. Ljubljana: Mladinska knjiga.
4. Carter, B. L., Bosworth, H. B. in Green, B. B. (2012). The Hypertension Team: the Role of the Pharmacist, Nurse, and Teamwork in Hypertension Therapy. *Journal of Clinical Hypertension*, 14(1), 51–65. [https://doi: 10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2011.00542.x)
5. Dantas, R. C. O. idr. (2018). Factors Associated with Hospital Admissions Due to Hypertension. *Einstein (Sao Paulo)*, 16(3):eAO428321. [https://doi: 10.1590/S1679-45082018AO4283](https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4283)
6. Gončarov, A. (2012). Naravno zdravljenje - visok krvni pritisk. Ljubljana: Begen.
7. Himmelfarb, C. R., Commodore - Mensah, Y. in Hill, M. N. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Health*, 82(2), 243–253. [https://doi: 10.1016/j.aogh.2016.02.003](https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003)
8. Košnik, M. (2011). Interna medicina. Ljubljana: Slovensko medicinsko društvo.
9. Mislovič, M. (2009). Zdravstvena nega bolnika z akutnimi stanji v poteku arterijske hipertenzije. Maribor: Univerza v Mariboru.
10. Škorić, S. in Dolenc, P. (2016). Vloga medicinske sestre v ambulanti za hipertenzijo. Ljubljana: Klinični oddelek za hipertenzijo, Interna klinika. Univerzitetni klinični center Ljubljana.
11. Wermelt, J. A. in Schunkert, H. (2017). Management of Arterial Hypertension. *Herz*, 42(5), 515–526. [https://doi: 10.1007/s00059-017-4574-1](https://doi.org/10.1007/s00059-017-4574-1).
12. Žontar, T. in Kvas, A. (2012). Bolnik s povišanim krvnim tlakom in motivacija v procesu zdravljenja. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege. Pridobljeno s https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/kardio_zbornik_2012.pdf.

Zdravstvena nega in zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem

UDK 378.147:616-083

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, klinično usposabljanje, zadovoljstvo

POVZETEK – Klinično usposabljanje, ki je s študijskim programom predpisana oblika študija v učnem zavodu je pomembno, saj dopolnjuje in nadgrajuje teoretične vsebine, ki jih študenti spoznajo med izobraževanjem na področju zdravstvene nege. Med opravljanjem kliničnega usposabljanja se študent največkrat znajde v zanj neznanem okolju, zato je tudi zadovoljstvo z opravljanjem kliničnega usposabljanja med študenti različno, s tem pa tudi nivo usvojenega znanja. Namen tokratne študije je ugotoviti zadovoljstvo študentov Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede s kliničnim usposabljanjem. Izvedli smo kvantitativno raziskavo in uporabili deskriptivno metodo dela. Analizirali smo 6644 v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov za zadnjih pet študijskih let. Povprečne ocene zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem so v povprečju zelo visoke ($PV = 4,6$) in kažejo zadovoljstvo. Izkazalo se je še, da se v zadovoljstvu po posameznih študijskih letih pri 13 od 22 kriterijih pojavljajo tudi statistično značilne razlike ($p < 0,05$). Menimo, da je zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem študentov UNM FZV zelo dobro, da pa je temu zagotovo pripomoglo tako motiviranje študentov s strani visokošolskih učiteljev že na kabinetnih vajah in predavanjih, kot tudi kontinuirano izobraževanje kliničnih mentorjev.

UDC 378.147:616-083

KEYWORDS: nursing, clinical training, satisfaction

ABSTRACT – Clinical training, which is a form of study in an educational institution prescribed by the study program, is important, as it complements and builds on the theoretical content that students learn during education in the field of nursing. During the course of clinical training, the student often finds himself in an unfamiliar environment, so satisfaction with the course of clinical training varies among students, as does the level of acquired knowledge. The purpose of this study is to determine the satisfaction of students of the University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, with clinical training. We carried out a quantitative research and used a descriptive method of work. We analysed 6,644 fully completed questionnaires for the last five academic years. Average scores for satisfaction with clinical training are on average very high ($PV = 4.6$) and indicate satisfaction. It also turned out that there were also statistically significant differences in satisfaction according to individual study years for 13 out of 22 criteria ($p < 0.05$). We believe that the satisfaction with the clinical training of the UNM FZV students is very good, and that this was certainly helped by the motivation of the students by the university teachers already in the cabinet exercises and lectures, as well as the continuous training of the clinical mentors.

1 Uvod

Redno klinično usposabljanje (KU) se, glede na učni načrt posameznega predmeta, izvaja na različnih področjih v kliničnem okolju. Vodja kliničnega usposabljanja na fakulteti je zadolžen za komunikacijo z zavodi in razporejanje študentov glede na zmožnosti posameznega učnega zavoda. Študente pošlje v bolnišnično okolje, zdravstvene domove in v socialno varstvene zavode oziroma domove starejših občanov ter zdravilišča. Študenti bi naj med redno razpisanim KU krožili po oddelkih na različnih področjih, ki so skladni s študijskim programom, in sicer glede na teoretično obravnavano področje v vsakem letniku (Draginc in Laznik, 2017, str. 8). Zakon o visokem šolstvu (2011, 33. člen) sicer določa, da je praktično usposabljanje v

delovnem okolju obvezen del študija, Čuk (2013, str. 221–222) pa dodaja, da je KU za študente pomembno predvsem z vidika pridobivanja izkušenj in kompetenc, s čimer pa se strinjata tudi Kermavnar in Govekar - Okoliš (2016, str. 24). Namen tokratne študije je osnovni kriterijev oceniti zadovoljstvo študentov Univerze v Novem mestu, Fakultete za zdravstvene vede (UNM FZV) s kliničnim usposabljanjem (KU) v času od 2017 do 2022.

2 Klinično usposabljanje in mentoriranje študentov zdravstvene nege

KU je torej aktivna oblika študija, ki študentu omogoča uporabo teoretičnih znanj in njihov prenos v prakso. Med KU razvija osebne kompetence, kot so odgovornost do dela, profesionalna komunikacija, sodelovanje v timu ..., kakovostno izvajanje kliničnega usposabljanja pa je v veliki meri odvisno tudi od same organizacije KU, torej dogovora med fakulteto in organizacijo, ki zagotavlja strokovne in praktično usposobljene mentorje. Za ostale zaposlene pa je za kakovostno usvajanje znanj študentov pomembno še, da študente ne vidijo zgolj kot motnjo delovnega procesa ali nadomestno delovno silo, ampak potencial za odkrivanje novih sodelavcev (Kermavnar in Govekar - Okoliš, 2016, str. 24–25).

Namen KU je po našem mnenju vzpostaviti varen prostor, kjer študenti teoretično znanje povezujejo s praktičnimi izkušnjami in jih preoblikujejo v strokovne veščine, Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari in Andreou (2016, b. s.) pa trdijo, da KU ne vpliva ugodno na učne izide ali na razvoj kompetenc. Študenti zdravstvene nege, ki so sodelovali v kvantitativni raziskavi, so klinična usposabljanja namreč zaznali kot stresno, saj morajo hkrati igrati vlogo posameznika, ki se uči in dela. Sahan in Dilek Guven (2020, str. 2088) pa v nasprotju s tem trdita, da je glavni namen KU razvijanje spretnosti sprejemanja odločitev, kritično razmišljanje, kar pa so pomembne poklicne kompetence v učnem načrtu pri izobraževanju na dodiplomskem nivoju s področja zdravstvene nege.

Učenje celostne in individualne zdravstvene nege pri študentih zdravstvene nege poteka med kliničnim usposabljanjem direktno med mentorjem in študentom. Problem pa se največkrat pojavi v tem, da zaradi svoje obilice dela mentorji v učnih zavodih pozabijo na vključevanje študentov v sam proces dela diplomirane medicinske sestre (mislimo na oba spola), kar izkazujejo tudi analize anket o zadovoljstvu študentov s kliničnim usposabljanjem, ki so objavljene v samoevalvacijskih poročilih. Klinični mentorji se glede na mnenja študentov vse prevečkrat osredotočijo le na aktivnosti zdravstvene nege in ne v spoznavanje celotnega procesa zdravstvene nege in dela diplomirane medicinske sestre, da bi si s tem oblikovali svoja poklicna identiteta (Samoevalvacijsko poročilo, 2021, str. 43).

Če pa pogledamo z vidika mentorjev, pa v tem istem poročilu (Samoevalvacijsko poročilo, 2021, str. 79) podatki analize kažejo na to, da študentje od kliničnega usposabljanja odnesli iz leta v leto odnesejo več, torej usvajajo več znanj in veščin in s tem kompetenc kot pretekla študijska leta (PV = 4,5). Mentorji med drugim z isto povprečno oceno ocenjujejo tudi spoznavanje dejavnosti zavoda in varnostne zahteve delovnega okolja in uporabo ustreznih zaščitnih sredstev. Podatki še kažejo na to, da so klinični mentorji v študijskem letu 2020/2021 še vedno, kot pretekla leta, najmanj zadovoljni s časom, ki ga imajo na voljo za delo s študenti, res pa je, da se je povprečna ocena v zadnjih treh letih nekoliko izboljšala. Najslabše ocenjujejo (PV = 3,8) »samoiniciativno sodelovanje študentov pri načrtovanju dnevnega programa dela« in s povprečno oceno 3,9 »sodelovanje študentov pri predaji službe« ter nekoliko višje »motiviranost študentov za pridobivanje novega znanja« (PV = 4,1). Šenica (2018, str. 125) pa denimo piše, da je mentorstvo je sestavni del nalog diplomiranih medicinskih sester, ki je vpeto v sklop vseh naših drugih nalog. Do problema pa pride zato, ker v zdravstvenih institucijah mentorskega dela ne upoštevajo in ne nagradujejo, tako da mentorstvo dojemajo medicinske

sestre zgolj kot moralno obveznost, ki izhaja iz našega etičnega kodeksa, ob tem pa morajo vse svoje delo opravljati nemoteno naprej.

Da obstajajo razlike v motivaciji do kliničnega usposabljanja med izrednimi in rednimi študenti ugotavlja tudi Pajnič (2016, str. 127). Z analizo rezultatov ugotavlja, da imajo izredni študenti po navadi večjo motivacijo za učenje, saj njihovi motivi za učenje izhajajo iz notranjih potreb in želje po več znanja, boljšem zaslužku in delovnem mestu, zato si želijo več sodelovanja z mentorjem med kliničnim usposabljanjem. Redni študenti, ki si po eni strani želijo več samostojnega dela, pa so na drugi strani veliko bolj dovzetni za negativne dejavnike motivacije pri študiju, kot so premalo znanja, prevelika pričakovanja, neuspeh in slabše komunikacijske sposobnosti.

Vloga mentorja v kliničnem okolju je, da pripravi študenta zdravstvene nege na samostojno delo, da ta usvoji znanja obravnave pacienta po procesni metodi dela, ki bo kakovostna in varna, ter usklajena s sprejetimi kliničnimi potmi, pri te. Mentor mora, poleg strokovnega in pedagoškega ter praktičnega znanja, imeti tudi dodiplomsko izobrazbo zdravstvene nege in najmanj pet let delovnih izkušenj na mentoriranem področju. Dobro znanje, organiziranost dela in sposobnost prenašanja znanja študentu o izvajanju intervencij v praksi in raziskovanje, pa so še tiste vrline oziroma lastnosti, ki dobrega mentorja ločijo od povprečnega Kojc in Poštrak (2016, str. 40). Da je ključnega pomena v zdravstveni negi tudi odnos diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov do raziskovanja, ki pa vpliva na uspešen razvoj v kliničnem okolju, poudarjata tudi Zaluberšek in Ličen (2021, str. 149).

Zakon o višjem strokovnem izobraževanju (ZVSI) v 50. členu določa (Uradni list RS, št. 86/04 in 100/13), da je praktično usposabljanje del študijskega procesa in je obvezno za vse študente zdravstvene nege. Šole morajo sodelovati z delodajalci, ki izvajajo praktični del izobraževanja. Šola, delodajalec in študent sklenejo pogodbo o praktičnem izobraževanju v skladu s študijskim programom. V pogodbi se določijo pravice in odgovornosti študenta ter naloge in odgovornosti delodajalca in šole. Delodajalec lahko sklene pogodbo o izvajanju praktičnega izobraževanja za študente, če ima ustrezne prostore in opremo, njegovo poslovanje obsega dejavnost poklica, za katerega se študent izobražuje in ima zaposlenega, ki je lahko mentor ali mentorica študentu.

3 Metodologija

Namen raziskave je na osnovi kriterijev oceniti zadovoljstvo študentov UNM FZV s kliničnim usposabljanjem v času od 2017 do 2022.

Cilji raziskave so:

- opredeliti zadovoljstvo študentov UNM FZV s kliničnim usposabljanjem od 2017 do 2022,
- opredeliti kriterije, pri katerih bi se moralo zadovoljstvo izboljšati.

Pri tem smo si zastavili tudi raziskovalno vprašanje ter hipotezo, in sicer:

- RV: Kakšno je bilo zadovoljstvo študentov UNM FZV s kliničnim usposabljanjem v obdobju od 2017 do 2022?
- H1: Med posameznimi kriteriji se v izražanju zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem v obdobju od 2017 do 2022 pojavljajo statistično značilne razlike.

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativno raziskovalni pristop z deskriptivno metodo dela. Pregledali in analizirali smo vse v popolnosti izpolnjene anketne vprašalnike, ki so jih izpolnjevali tako redni kot izredni študentje ob zaključku kliničnega usposabljanja s študijskim programom

predpisanega področja. Študentje prvega letnika so izpolnjevali anketo na dveh, drugega na sedmih in tretjega na petih področjih. Kontrola oddaje izpolnjenih anketnih vprašalnikov, se je v zadnjih dveh letih še nekoliko povišala, saj se je na UNM FZV vpeljalo elektronsko oddajanje. Vse to se odraža tudi v številu oddanih anketnih vprašalnikov in boljšo analizo.

3.2 Opis instrumenta

Uporabili smo lastni, namensko razvit anketni vprašalnik izdelan s pomočjo spletne aplikacije www.1ka.si. Anketni vprašalnik ob zaključku KU na vseh kliničnih področjih posebej izpolnjujejo študentje vseh treh letnikov in obeh oblik študija. Anketni vprašalnik je sestavljen iz štirih delov. V prvi del so vključena demografska vprašanja (lokacija kliničnega usposabljanja, spol, letnik, oblika študija, predhodna izobrazba študentov), v drugem je v Likertovi lestvici stališč navedenih 22 indikatorjev, ki predstavljajo kriterije za vrednotenje, v tretjem delu odprta vprašanja, na katere študenti odgovarjajo opisno. Med 22 indikatorji, smo za namen prispevka izbrali štiri indikatorje. Statistično analizo podatkov smo opravili s programom SPSS 25.0.

3.3 Opis vzorca

V pregled smo vzeli rezultate anketnih vprašalnikov o zadovoljstvu s kliničnim usposabljanjem za zadnjih 5 let, ki so jih študenti UNM FZV izpolnili. V teh petih letih je bilo v popolnosti izpolnjenih 6644 anketnih vprašalnikov.

Tabela 1: Sociodemografski podatki anketiranih študentov po letih

Leto študija		2017/2018		2018/2019		2019/2020		2020/2021		2021/2022		skupaj	
Sociodemografski podatki		f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Spol	Moški	129	15,1	270	21,1	256	19,9	411	25,8	448	27,5	1514	22,8
	Ženske	727	84,9	1009	78,9	1031	80,1	1180	74,2	1183	72,5	4830	77,2
Način študija	Redni	614	71,7	769	60,1	691	53,7	737	46,3	750	46,0	3561	53,6
	Izredni	242	28,3	510	39,9	596	46,3	854	53,7	881	54,0	3083	46,4
Letnik študija	1 letnik	186	21,7	241	18,8	130	10,1	275	17,3	319	19,6	1151	17,3
	2 letnik	420	49,1	583	45,6	695	54,0	837	52,6	834	51,1	3369	50,7
	3 letnik	250	29,2	455	35,6	462	35,9	479	30,1	478	29,3	2124	32,0
Okolje opravljanja KU in ocenjevanje zadovoljstva	Bol. okolje	492	57,5	724	56,6	917	71,3	847	53,2	871	53,4	3851	58,0
	Zdr. dom	272	31,8	414	32,4	320	24,9	521	32,7	512	31,4	2039	30,7
	Socialno varstveni zavod	92	10,7	141	11,0	50	3,9	223	14,0	248	15,2	754	11,3
skupaj		856	12,9	1279	19,3	1287	19,4	1591	23,9	1631	24,5	6644	100

Vir: https://fzv.uni-nm.si/o_fakulteti/kakovost/porocilo_o_samoevalvaciji/.

V tabeli 1 so predstavljeni sociodemografski podatki, ki so navedeni v 6644 izpolnjenih anketnih vprašalnikih. Število je seveda višje od števila študentov vpisanih v posamezni letnik, kar pa izhaja iz razlogov opisanih v 3.1. Iz izpisa podatkov je torej razvidno, da je anketo na različnih področjih kliničnega usposabljanja izpolnilo 1514 moških (22,8 %) in 4830 žensk (77,2 %). Med njimi 3561 (53,6 %) anket, ki so jih izpolnjevali redni in 3083 (46,4 %) izredni študentje. Ker je kliničnih področij opravljanja KU v drugem letniku študija na področju zdravstvene nege največ, se to odraža tudi na številu izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Za prvi letnik smo tako v zadnjih petih študijskih letih prejeli 1151 (17,3 %), v drugem 3369 (50,7 %) in v tretjem 2124 (32,0 %) izpolnjenih anketnih vprašalnikov. Največ izpolnjenih anketnih vprašalnikov je bilo za opravljanje KU v bolnišničnem okolju (3851; 58,0 %), nekaj manj v zdravstvenih domovih (2039; 30,7 %) in še nekaj manj v socialno-varstvenih zavodih (754; 11,3 %).

V letih od študijskega leta 2017/2018 je tudi pogodb sklenjenih med UNM FZV in učnimi zavodi iz 40 naraslo že na več kot 80, klinično usposabljanje pa se je, glede na izražene želje

študentov pri izbiri učnega zavoda v študijskem letu 2021/2022 izvajalo v 71 učnih zavodih. Od tega je bilo 29 socialno varstvenih zavodov, 10 bolnišnic, 26 zdravstvenih domov, štiri psihiatrične ustanove, onkološki inštitut Ljubljana in oba Univerzitetna klinična centra, skupaj 71 (Samoevalvacijsko poročilo, 2021/2022).

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za potrebe naše raziskave smo podrobneje pogledali in med seboj primerjali rezultate in analize vseh 6644 v popolnosti izpolnjenih anket od študijskega leta 2017/2018 do 2021/2022. Analize so sicer objavljene v samoevalvacijskih poročilih, mi pa smo imeli dostop tudi do podrobnejših podatkov in tudi vpogled v vse rezultate izpolnjenih anket, ki so v osebni arhivu vodje kliničnega usposabljanja na UNM FZV. Statistično analizo smo na koncu opravili s statističnim programom SPSS 25.0.

4 Rezultati in razprava

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati ocen kriterijev zadovoljstva študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju za obdobje od 2017 do vključno leta 2022.

Tabela 2: Zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem v letih od 2017 do 2022

Kriterij za zadovoljstvo s KU	2017/2018			2018/2019			2019/2020			2020/2021			2021/2022			Skupaj (S)
	R	I	S	R	I	S	R	I	S	R	I	S	R	I	S	
Organiziranost kliničnega usposabljanja v učni bazi.	4,6	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6
Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kliničnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	4,5	4,8	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,5	4,8	4,7	4,7
Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor.	4,3	4,7	4,4	4,4	4,6	4,5	4,4	4,5	4,5	4,5	4,6	4,6	4,3	4,7	4,5	4,5
Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	4,6	4,8	4,7	4,6	4,7	4,6	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,5	4,8	4,7	4,7
Upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja.	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7
Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	4,5	4,7	4,6	4,5	4,6	4,6	4,5	4,6	4,5	4,6	4,7	4,6	4,4	4,7	4,6	4,6
Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	4,5	4,7	4,6	4,5	4,6	4,5	4,5	4,6	4,5	4,6	4,6	4,6	4,4	4,7	4,5	4,5
Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	4,5	4,7	4,5	4,5	4,7	4,6	4,5	4,6	4,5	4,6	4,7	4,6	4,4	4,7	4,5	4,5
Možnost povezovanja teorije in prakse.	4,6	4,8	4,6	4,6	4,7	4,6	4,5	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	4,4	4,7	4,6	4,6
Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu.	4,5	4,8	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	4,7	4,7	4,5	4,7	4,6	4,6
Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	4,5	4,7	4,5	4,5	4,7	4,6	4,5	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6
Sodelovanje pri predaji službe.	4,3	4,6	4,3	4,3	4,6	4,4	4,2	4,5	4,4	4,4	4,6	4,5	4,3	4,6	4,4	4,4
Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	4,2	4,5	4,3	4,3	4,5	4,4	4,3	4,5	4,4	4,4	4,5	4,5	4,3	4,6	4,4	4,4
Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	4,5	4,7	4,6	4,6	4,7	4,6	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,6
Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	4,5	4,7	4,5	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,5	4,8	4,6	4,6
Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	4,6	4,8	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7
Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin.	4,5	4,8	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,5	4,8	4,6	4,6
Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,6	4,6	4,6	4,7	4,7	4,4	4,7	4,6	4,6
Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	4,6	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7
Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,6	4,8	4,7	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,8	4,7	4,7
Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,7	4,8	4,6	4,8	4,7	4,7
Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	4,7	4,9	4,8	4,7	4,8	4,7	4,8	4,9	4,8	4,8	4,8	4,8	4,7	4,8	4,8	4,8
Skupaj	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,7	4,6	4,6	4,7	4,7	4,5	4,7	4,6	4,6

Vir: https://fzv.uni-nm.si/o_fakulteti/kakovost/porocilo_o_samoevalvaciji/.

Večina kriterijev zadovoljstva študentov UNM FZV je ocenjena s povprečno oceno 4,6, pri določenih pa je zaznati povišanje zadovoljstva za 0,1 do 0,3. Tudi skupne povprečne ocene po letnikih in obliki študija so med 4,5 in 4,7, razlike med izrednimi in rednimi, pa so prisotne pri veliki večini kriterijev v prid izrednih študentov, vendar ne za več kot tri desetinke točke (tabela 2).

Rdeča nit naše raziskave je torej zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem. Ob upoštevanju, da so povprečne ocene zadovoljstva, ki so jih podali izredni študentje pri večini kriterijev za desetinko ali dve višji, kar pa verjetno izvira iz želje po pridobivanju specifičnih znanj in s tem kompetenc za svoje delo lahko na podlagi rezultatov, ki so predstavljeni v tabeli 2 sklepamo, da je KU na UNM FZV organizirano zelo dobro. To potrjuje tudi povprečna ocena 4,6, ki velja za celotno raziskovalno obdobje in vse kriterije zadovoljstva skupaj

Največjo razliko ugotovimo pri ocenah kriterijev »Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor«, »Sodelovanje pri predaji službe«, »Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela« in »Vaše počutje v timu zdravstvene nege«, med izrednimi in rednimi študenti. Slednjega povezujemo s tem, da v samem delovnem procesu zaposleni bolj vključujejo izredne študente v svoje delo že zaradi njihovih izkušenj, širjenja znanj, novitet ... saj prihajajo iz različnih delovnih okolij celotne Slovenije.

Kljub temu, da ob pogledu na rezultate, ki so prikazani v tabeli 2 vidimo visoko stopnjo zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem študentov UNM FZV, smo z uporabo statistične metode ANOVA želeli preveriti še, ali morda med posameznimi kriteriji, glede na študijska leta obstajajo statistično značilne razlike.

Tabela 3: Test ANOVA test - ocena kriterijev med študijskimi leti od 2017/2018 do 2021/2022

ANOVA					
Kriterij zadovoljstva v kliničnem okolju – obdobje od 2017 do 2022	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
Organiziranost kliničnega usposabljanja v učnem zavodu.	1,732	4	0,433	0,631	0,640
Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kličnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	2,612	4	0,653	0,936	0,442
Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor.	15,010	4	3,752	3,871	0,004
Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	5,590	4	1,397	2,164	0,070
Upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja.	2,326	4	0,582	1,110	0,350
Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	7,767	4	1,942	2,321	0,055
Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	14,233	4	3,558	4,332	0,002
Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	13,400	4	3,350	4,307	0,002
Možnost povezovanja teorije in prakse.	5,815	4	1,454	2,243	0,062
Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu.	4,163	4	1,041	1,484	0,204
Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	6,827	4	1,707	2,422	0,046
Sodelovanje pri predaji službe.	32,651	4	8,163	7,540	0,000
Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	26,394	4	6,598	6,249	0,000
Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	16,210	4	4,052	7,306	0,000
Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	14,437	4	3,609	5,244	0,000
Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	13,227	4	3,307	6,424	0,000
Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin.	10,683	4	2,671	4,318	0,002
Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	8,737	4	2,184	2,924	0,020
Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	5,595	4	1,399	2,908	0,020
Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,018	4	1,004	1,864	0,114
Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	3,398	4	0,849	1,677	0,152
Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	10,230	4	2,557	5,911	0,000

Legenda: df – stopnja prostosti; F – frekvence;

Vir: Lasten vir, 2022.

S statistično analizo pridobljenih rezultatov našega anketnega vprašalnika ugotavljamo, da se med posameznimi študijskimi leti pri izražanju zadovoljstva pojavljajo statistično značilne razlike, in sicer pri kriterijih:

- Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor;
- Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi;
- Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov;
- Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku;
- Sodelovanje pri predaji službe;
- Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela;
- Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta;
- Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva;
- Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja;
- Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin;
- Vaše počutje v timu zdravstvene nege;
- Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja;
- Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.

Na podlagi zapisanih kriterijev, pri katerih so se s statistično metodo ANOVA izkazale statistično značilne razlike pri ocenjevanju stopnje zadovoljstva med posameznimi študijskimi leti hipotezo potrdimo in kot odgovor zapišemo, da med posameznimi študijskimi leti obstaja statistično značilna razlika v opredeljevanju stopnje zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem pri 13 od 22 zapisanih kriterijev ($p < 0,05$).

5 Zaključek

Klinično usposabljanje je nepogrešljivo za pridobivanje znanj in veščin na tej stopnji izobraževanja in če študenti želijo svoje poslanstvo opravljati kakovostno in za paciente varno, morajo že med samim izobraževanjem usvojiti potrebna znanja in veščine, s tem pa si pridobijo tudi ustrezne kompetence za delo.

Sistem kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege je na Univerzi v Novem mestu Fakulteti za zdravstvene vede vzpostavljen že več kot 10 let, kljub temu pa ga je zaradi prilagajanja razvoja zdravstvene nege potrebno nenehno izboljševati. Klinično usposabljanje je proces, ki se zaradi različnih vplivov okolja, kakor tudi vplivov znotraj samega sistema nenehno spreminja. Osnovni namen izboljševanja kakovosti in učinkovitosti sistema kliničnega usposabljanja je torej izobraziti in usposobiti kompetentnega, odgovornega in etično naravnanega diplomanta, ki bo izvajal varno zdravstveno nego pacientov.

Vsako leto se na UNM FZV trudimo kakovost kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege nadgraditi in povzdigniti na še višji nivo, vendar je to v veliki meri odvisno tudi od mentorjev in števila študentov, ki jih v mentoriranje dobi en mentor. Mentorje in zavode zato vsako leto pozivamo, da se klinično usposabljanje izvaja v največji možni meri na način, da ima en mentor naenkrat v procesu mentoriranja največ 2 študenta.

Naša raziskava, ki bi jo lahko opredelili kot longitudinalno študijo zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem študentov UNM FZV zajema 6644 anketnih vprašalnikov za obdobje zadnjih petih letih. Izkazalo se je, da so študenti sicer s kliničnim okoljem in pridobivanjem praktičnih veščin zadovoljni, se pa še vedno kažejo možnosti za izboljšave, sploh pri ocenah in vrednotenju časa, ki ga mentor nameni študentom ter vključenosti študentov v organizacijo dela v kliničnem okolju. Opaziti je, da študente še vedno v kliničnem okolju nekateri mentorji ne jemljejo kot njihove potencialne sodelavce v prihodnosti.

Zaključimo lahko s predvidevanjem, da se težave v sistemu kliničnega usposabljanja pojavljajo predvsem zato, ker manjka jasna zakonska podlaga. Ta bi kliničnemu usposabljanju dala dovolj veliko težo, da se bi, razen ob izpolnjevanju pogojev uradno pridobljenega statusa učnega zavoda, učni zavodi v vseh točkah organizirali po njihovih najboljših zmožnostih. Pri organizaciji kliničnega usposabljanja v zavodih pa gre tako vse prevečkrat predvsem za nadomeščanje primanjkljaja negovalnega osebja z dijaki in študenti ter s tem posledično slabi volji mentorjev, ki za dodatne obremenitve z mentoriranjem ob svojem, že tako polnem delovniku niso dodatno plačani, pomanjkanju časa za izvajanje mentorstva, ob tem pa tudi za nezkušenost in primanjkljaj v didaktičnih znanjih za predajanje znanj.

LITERATURA

1. Čuk, V. (2013). Poučevanje in učenje zdravstvene nege v kliničnem okolju. V D. Klemenc, S. Dvoršak Majcen in T. Kolnik Štemberger (ur.), *Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema* (str. 220–226). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
2. Draginc, A. in Laznik, G. (2017). Klinično usposabljanje. V A. Draginc in G. Laznik (ur.), *Vodnik za klinične mentorje*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
3. Kermavnar, N. in Govekar - Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22, 23–37. Pridobljeno s <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-9ZF2EQFA>.
4. Kojc, B. in Postrak, A. (2016). Uvajanje študentov v kakovostno izvajanje zdravstvenih storitev. V N. Kregar Velikonja (ur.), *Kakovost zdravstvenih storitev* (str. 37–42). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Lobão, C. idr. (2022). Changes in Clinical Training for Nursing Students during the Covid-19 Pandemic: A Scoping Review Protocol. *Nursing reports*, 12(1), 210–216. <https://doi.org/10.3390/nursrep12010021>
6. Pajnič, M. (2016). Kaj študente zdravstvene nege motivira za učenje in kako ocenjujejo simulirano klinično usposabljanje. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), 126–134. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.86>
7. Papastavrou, E. idr. (2016). Nursing Students' Satisfaction of the Clinical Learning Environment: A Research Study. *BMC Nursing*, 15(44). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0164-4>
8. Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov visokošolskega strokovnega študijskega programa 1. stopnje zdravstvena nega (2021). Pridobljeno s https://fzv.uni-nm.si/uploads/fzv/public/document/40-pravilnik_o_izvajanju_ku_zn_1352021_sl.pdf.
9. Prosen, M., Rebec, D. in Skočir, H. (2021). *Praktikum zdravstvene nege 1: visokošolski učbenik za študijski program zdravstvena nega*. Koper: Založba univerze na Primorskem.
10. Sahan, S. in Dilek Guven, S. (2020). Identifying Hinders of Clinical Nurses to Participation in the Training of Nursing Students: A Descriptive Study from Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 13 (3), 2088–2093.
11. Samoevalvacijska poročila od leta 2017 do 2022. Pridobljena s https://fzv.uni-nm.si/o_fakulteti/kakovost/porocilo_o_samoevalvaciji/.
12. Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2021/2022 (2022). Pridobljeno s https://fzv.uni-nm.si/uploads/_custom/03_unmfzv/samoevalvacijska_porocila/Samoevalvacijsko_poroilo_20_21_konna_verzija_22.2.2022.pdf.
13. Seničar, Z. (2018). Medgeneracijsko sodelovanje: mentor – mentoriranec. V *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov* (str. 124–140). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede. Pridobljeno s http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/Zbornik_DMT_2018.pdf.
14. Zakon o visokem šolstvu (uradno prečiščeno besedilo) (2011). Uradni list RS, št. 94/06 (23. 09. 2011). Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2012-01-1406?sop=2012-01-1406>.

15. Zakon o višjem strokovnem izobraževanju (ZVSI - Zakon o višjem strokovnem izobraževanju (Uradni list RS, št. 86/04, 100/13 in 54/22 – ZUPŠ-1). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4093>.
16. Zaluberšek, J. in Ličen, S. (2021). Odnos stališča medicinskih sester do raziskovanja v klinični praksi zdravstvene nege: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(3), 148–157.

Rebeka Lekše, dr. Mirko Prosen
Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem

Dijana Godec
Zdravstveno vzgojni center Ilirska Bistrica

Perspektiva zdravstvenih delavcev in staršev na življenjski slog osnovnošolskih otrok

UDK 613:373.3:614.253+173.5

KLJUČNE BESEDE: otroci in mladostniki, zdrav način življenja, promocija zdravja, vzgoja za zdravje

POVZETEK – Življenjski slog posameznika in njegovo zdravje sta med seboj neločljivo povezana, saj z njim posameznik kompleksno vpliva na svoje zdravje in počutje. Namen raziskave je bil preučiti in predstaviti dejavnike, ki soustvarjajo življenjski slog današnjih osnovnošolskih otrok ter kako le ti vplivajo na njihovo zdravje. Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna paradigma. Dve fokusni skupini s po petimi udeleženci so predstavljali starši in zdravstveni delavci. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjujema. Pridobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine. Z analizo intervjujev smo identificirali tri kategorije: (1) življenjski slog, (2) perspektiva zdravstvenih delavcev in skrbnikov in (3) medsebojno sodelovanje. Ugotovljeno je bilo, da se današnji otroci zelo nezdravo prehranjujejo, poročajo o slabem gibanju in izpostavljajo ovire in dejavnike tveganja, ki v veliki meri posegajo v življenjski slog otrok. Tvegana vedenja so po mnenju staršev velik vzrok skrbi. Šola je pomembno okolje za spodbujanje zdravja, zato bi se morali zdravstveni delavci aktivneje vključevati v šolski prostor z vsebinami iz področja promocije zdravja in vzgoje za zdravje, ter z namenom usposabljanja vzgojiteljev in staršev. Trend nezdravih in tveganih navad je še vedno prisoten in narašča. Izrednega pomena je, da otroke priučimo, razvijemo zdrave navade in njihov odnos do zdravega načina življenja, zato je pomembno medsebojno sodelovanje vseh, ki so vpeti v vzgojo otrok.

UDC 613:373.3:614.253+173.5

KEYWORDS: children and adolescents, healthy lifestyles, health promotion, health education

ABSTRACT – Lifestyle and health are inextricably linked, with lifestyle having a complex impact on health and well-being. The aim of the study was to investigate and present the factors that shape the lifestyles of today's primary school children and how they affect their health. A qualitative research paradigm was used. Two focus groups with five participants each consisted of parents and health professionals. Data was collected through semi-structured interviews. The data obtained was analysed using the content analysis method. Three categories were identified based on the analysis of the interviews: (1) lifestyle, (2) perspective of health professionals and caregivers, and (3) mutual cooperation. It was found that today's children have very unhealthy diets, report poor exercise and highlight barriers and risk factors that interfere to a large extent with their lifestyles. Parents see risky behaviours as a major cause for concern. Schools are important environments for health promotion, and health professionals should be more actively involved in the school environment with health promotion and health education content, and with the aim of training educators and parents. The trend towards unhealthy and risky habits is still present and growing. Teaching children, developing healthy habits and attitudes towards healthy lifestyles is of paramount importance, so it is important that everyone involved in their education works together.

1 Uvod

Zdrav življenjski slog otrok, ki bi moral glede na splošni razvoj človeštva biti neopazna realnost, postaja v času nasičenosti s sodobno tehnologijo in komunikacijami iskana dobrina, do katere pa vsi otroci nimajo enakovrednega dostopa (Starc, 2014). Božič (2020) opisuje, da se življenjski slog prične oblikovati že v otroštvu, saj način otrokovega vedenja v prvi vrsti

zaznamuje njegova primarna družina. Z opazovanjem in ponavljanjem v zgodnjih obdobjih življenja, poleg pomnjenja in kopičenja podatkov, posameznik spreminja tudi vedenje, zaznavanje, razumevanje in doživljanje sveta in sebe (Bregant, 2021). Proces učenja, ki poudarja na zunaj opazovano vedenje in gleda na učenje kot na povezavo med dražljaji in reakcijami (ne glede na starost posameznika), se imenuje behaviorizem (Brečko, 2015). Ključna značilnost behaviorizma je tudi poudarek vpliva okolja.

Za boljše razumevanje vpliva okolja, moramo razumeti notranje, zunanje dejavnike in dejavnike družbenega okolja, ki vplivajo na zdravje ljudi. Dejavniki na zdravje ne vplivajo ločeno, ampak v obliki kompleksnih kombinacij, ki jih imenujemo determinante zdravja (Rebernik, 2018; Dahlgren in Whitehead, 2006, cit. po Buzeti idr., 2011). Peternel in Hubert (2020) opozarjata, da so zaradi velikega števila dejavnikov, ki vplivajo na zdravje in kompleksne prepletenosti med njimi, javnozdravstveni problemi (kronične nenalezljive bolezni, neenakosti v zdravju, podnebne spremembe ipd.) trdovratni. Pomembno za soočanje s tovrstnimi težavami pa je védenje, da je za trdovratni problem značilno, da ga je težko ali nemogoče rešiti zaradi nepopolnih, nasprotujočih si ali spreminjajočih se zahtev, ki jih je pogosto težko prepoznati.

Vsi otroci in mladostniki v Sloveniji imajo pravico do zdravstvenih storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva. Del teh storitev so tudi redni sistematični preventivni pregledi in vzgoja za zdravje. Zdravstvena vzgoja se izvaja tako v zdravstvenih domovih, kot tudi vzgoja za zdravje v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah ter v lokalnih skupnostih. Izvajalci zdravstvene vzgoje izvajajo dejavnosti za otroke, mladostnike, starše in strokovne delavce v vrtcih in šolah (Slovenska mreža zdravih šol, 2019).

Skrb za otroke in njihovo blaginjo v Sloveniji je področje, ki se mu namenja veliko pozornosti. Pomembno je, da poznamo vedenjske in druge dejavnike, ki so povezani z zdravjem otrok in mladostnikov, da jih spremljamo skozi daljša časovna obdobja in da poznamo stanje v širšem mednarodnem okolju, katerega del smo. Temu so namenjene tudi raziskave za diagnostiko telesnega in gibalnega razvoja otrok, t. i. SLOfit (Starc idr., 2021). Poleg omenjenega nacionalnega spremljanja telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladina, tudi Svetovna zdravstvena organizacija z raziskavami HBSC (angl. »Health behaviour in school aged children«) longitudinalno spremlja vedenja v zvezi z zdravjem v šolskem obdobju (Jeriček Klanšček idr., 2015).

Za otroke in mladostnike so na splošno značilni zdravstveni problemi, ki so povezani z značilnostmi rasti in razvoja ter načina življenja. Današnji način življenja otrok, mladostnikov in družine omogoča razvoj nezdravega življenjskega stila, ki vključuje nezdrave razvade kot so pomanjkanje gibanja, hitra prehrana, z dolgočasnost, zloraba alkohola in prepovedanih drog (Dobrinja, 2011). Problem spodbujanja zdravega življenjskega sloga med osnovnošolci ostaja kot ena ključnih kompetenc precej aktualen. Zato je treba posebno pozornost treba nameniti spodbujanju zdravega načina življenja med osnovnošolci, saj že v zgodnjem otroštvu prispeva k učenju otrok k skrbi za svoje zdravje in zdravega načina življenja.

1.1 Namen in cilj raziskave

Namen raziskave je bil preučiti in predstaviti nekatere osrednje dejavnike, ki soustvarjajo življenjski slog današnjih osnovnošolskih otrok, ter kako le ti vplivajo na njihovo zdravje. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kako na življenjski slog osnovnošolskih otrok s svojimi izkušnjami vidijo, razumejo in vplivajo starši in zdravstveni delavci, ter kako razumejo svojo vlogo v kontekstu zdravstvenega opismenjevanja otrok.

Na podlagi cilja smo zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako starši in zdravstveni delavci izkusijo, doživljajo in zaznavajo razvoj življenjskega sloga osnovnošolskih otrok ter vplive nanj?
- Kako razumejo svojo vlogo v promociji zdravja in s tem oblikovanja življenjskega sloga otrok?

2 Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metodologija, z namenom razumevanja izkušenj, vrednot, prepričanj in obnašanja udeležencev v povezavi s kontekstom, v katerem je izvedena raziskava (Clarke in Braun, 2013).

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V okviru kvalitativne metodologije je bila uporabljena deskriptivna interpretativna kvalitativna metoda, preko katere smo s pomočjo delno strukturiranih intervjujev ugotovili, kakšen je življenjski slog šoloobveznih otrok v osnovi šoli, prav tako pa smo na slednje rezultate pridobili subjektivni pogled intervjuvancev.

Za potrebe raziskave in v skladu z ubranim metodološkim pristopom smo izbrali namenski vzorec. Udeleženci so zdravstveni delavci in starši, zaradi njihovih raznolikosti področij pa na problem gledajo z različnih zornih kotov.

2.2 Opis instrumenta

Metoda pridobivanja podatkov je bil delno strukturiran intervju. Pred izvajanjem raziskave je bila narejena pilotna študija na enem intervjuvancu, za ocenitev jasnosti in razumljivosti določenih vprašanj.

Raziskovalni instrument je bil sestavljen iz dveh sklopov: prvi del je zajemal vprašanja doživljanja in zaznavanja razvoja življenjskega sloga osnovnošolskih otrok. Drugi del pa se je nanašal na razumevanje vloge pri promociji zdravja in oblikovanju življenjskega sloga otrok. V uvodu so bili intervjuvanci seznanjeni z namenom raziskave. Nato so bili naprošeni za podajo nekaj splošnih podatkov, in sicer starost, najvišja doseženo izobrazbo, število let delovne dobe in poklic, ki ga opravljajo. Sledila so vodilna, vnaprej pripravljena vprašanja (ang. interview guide), povezana z življenjskim slogom osnovnošolskih otrok. Intervjuvance smo z dodatnimi podvprašanji spodbujali k aktivnemu sodelovanju.

2.3 Opis vzorca

Za potrebe raziskave in v skladu z ubranim metodološkim pristopom smo izbrali namenski vzorec. Udeleženci so zdravstveni delavci in starši otrok. Udeleženci zaradi raznolikosti področij na problem gledajo z različnih zornih kotov. Pri vključevanju v vzorec smo upoštevali smernice, ki opredeljujejo kriterij nasičenosti podatkov (Hennink idr., 2017), ter kriterij informacijske moči, ki pravi, da več relevantnih informacij kot jih ima vzorec za izbrano raziskavo, manjše število udeležencev v raziskavi potrebujemo (Malterud idr., 2016). V namenski vzorec je bilo vključenih 10 intervjuvancev razporejenih v dve fokusni skupini. Intervjuvanci so se med seboj razlikovali po spolu, starosti, letih delovne dobe in vrsti dela. Pri slednjih smo opis deloma generalizirali, da zagotovimo sodelujočim, ki živijo na tem geografsko omejenem območju, napovedano anonimnost.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Sodelujoči so bili predhodno seznanjeni z namenom in ciljem raziskave. Intervjuja sta potekala med 22. 2. 2022 in 10. 5. 2022. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. Zaradi upoštevanja etičnih vidikov raziskovanja so udeleženci v raziskavi pred začetkom samega intervjuja podpisali t. i. informirano soglasje ter se tako seznanili z varovanjem vseh podatkov, namenom in potekom raziskave. Vsem sodelujočim je bila ponujena tudi možnost povratnih informacij, če bi jih želeli. Intervjuja sta bila zvočno snemana, njihova zvočna zapisa pa se bosta hranila pri avtoricah raziskave v datoteki, zaščiteni z geslom. Vsi so bili seznanjeni z možnostjo odstopa od intervjuja na katerikoli točki brez kakršnihkoli posledic.

Za obdelavo podatkov je bila uporabljena metoda analize vsebine, katere cilj je dobiti veljavne, zanesljive in preverljive rezultate (Vogrinc, 2008). Kvalitativna analiza vsebine pa je nato potekala po naslednjih korakih (Bryman, 2012; Gibson in Brown, 2009):

- transkripti so bili večkrat v celoti prebrani;
- besedilo je bilo odprto kodirano, kode so bile nato združene v večje, vsebinsko povezane skupine – podteme;
- posamezne podteme smo združevali v večje celote (teme), ki so gradile koncept opisa in interpretacije proučevane tematike.

Za analizo izvedenih intervjujev smo izbrali tematsko analizo, ki temelji na prepoznavanju tako eksplicitnih kot tudi implicitnih idej oz. tem, ki so prisotne v podatkih (odgovorih udeležencev). V splošnem se nanaša na proces analize podatkov glede na njihove medsebojne podobnosti in razlike (Gibson in Brown, 2009).

Predvidene omejitve, ki jih predstavlja kvalitativna metodologija, se osredotočajo na nezmožnost širšega posploševanja in potencialne subjektivne vplive raziskovalca. Na slednje smo poskušali vplivati že v fazi načrtovanja raziskave (npr. načrtovanje – strukturiranje osnovnih vprašanj) oz. jih omejiti. Izpostaviti je treba tudi kulturni kontekst raziskave in geografsko omejeno, ruralno območje, ki ima verjetno drugačno perspektivo na življenjski slog kot urbano območje

3 Rezultati

Metoda analize vsebine je potekala v naslednjem zaporedju: kodiranje, kategorizacija in oblikovanje končne teoretične formulacije (Robinson, 2006). Po fazi kodiranja besedila je bilo oblikovanih 30 kod, ki so utemeljene s citati udeležencev. Identificirali smo osem kategorij, ki smo jih tematsko združili v tri osrednje teme s posameznimi podtemami, ki opredeljujejo življenjski slog osnovnošolskih otrok. S kvantifikacijo smo tako tudi deloma lažje organizirali besedilo in prepoznane (pomembne) dejavnike življenjskega sloga.

Tabela 1: Identificirane teme v kvalitativni analizi

Tema	Kategorija	Število kod
Življenjski slog	Prehrana	3
	Gibanje	2
	Zdravje	5
Perspektiva zdravstvenih delavcev in skrbnikov	Perspektiva na vzgojo in skrb za zdravje	2
	Dejavniki, ki vplivajo na življenjski slog	8
Medsebojno sodelovanje	Vloga ključnih deležnikov	2

	Interakcije med udeleženci in otroci	4
	Povezovanja med udeleženci	4

Vir: Intervju, 2022.

Rezultati kvalitativne analize besedila so osredotočeni na tri identificirane teme, ki opredeljujejo vidik strokovnih delavcev in skrbnikov življenjskega sloga osnovnošolskih otrok. Vodilna in najbolj izstopajoča tema raziskave je bila poimenovana Življenjski slog. V omenjeni temi intervjuvani zdravstveni delavci in starši predstavljajo način življenjskega sloga otrok, tj. prehrane, gibanja, tveganih vedenj in promocije zdravja. Vodilna tema raziskave se deli na tri podteme: (1) Prehrana, (2) Gibanje in (3) Zdravje. Druga tema, Perspektiva zdravstvenih delavcev in skrbnikov, se nanaša na stališča intervjuvancev in vpliv dejavnikov na življenjski slog otrok in se deli na: (1) Perspektiva na vzgojo in skrb za zdravje ter (2) Dejavniki, ki vplivajo na življenjski slog. Tretja tema nosi naslov Medsebojno sodelovanje, v njej so intervjuvani opisali njihovo vlogo pri oblikovanju življenjskega sloga otrok ter vzajemna delovanja in medsebojna vplivanja drug do drugega in se razdeli na podtemo (1) Vloga ključnih deležnikov, (2) Interakcije med udeleženci in otroci ter (3) Povezovanja med strokovnjaki in skrbniki.

Analiza vsebine je pokazala, da je tema »Življenjski slog« najmočnejša, saj je bila glavna tema, na katero smo se navezovali. Zdrav življenjski slog lahko v veliki meri pripomore k boljšemu zdravju skozi celo življenje. Že majhne spremembe življenjskega sloga imajo vidne učinke na zdravje, počutje in kakovost življenja (Sušec in Buzeti, 2014). Na vprašanja kako doživljajo in zaznavajo razvoj življenjskega sloga pri osnovnošolskih otrocih, so udeleženci v naši raziskavi odgovarjali zelo podobno.

Večina intervjuvancev poroča o tem, da se današnji otroci zelo nezdravo prehranjujejo, izbirajo po zelo visoko-kalorični hrani oz. hitri hrani, na hrano ne gledajo z vidika zdravja, ampak predvsem iz vidika okusa. Med otroki narašča površen pristop k prehranjevanju namesto uživanja »dobrih« obrokov, kar je verjetno posledica vedno večje dostopnosti različnih nezdravih prigrizkov. Intervjuvanci se zavedajo pomena prehrane in tudi tega, v kolikšni meri morajo biti zastopana določena živila (zelenjava, sadje, ogljikovi hidrati, topel obrok ipd.).

»... prehranjevanje je slabše, saj je ponudba hitre hrane prevelika in otroci so navajeni na hitro hrano. Ni zelenjave, zelenjave sploh zelo malo jedo, mineštrice oziroma jedi na žlico, predvsem hitro hrano, pomfri, hrenovke, hamburgerje in to si tudi oni najbolj želijo.« (Zdravstveni delavec 1)

»Zelo težko pa je ob tem tempu kuhati zdrave in redne obroke. Moraš imeti zelo dobre predpriprave. Zelo je odvisno od službe in našega življenjskega sloga. Marsikdo, ne skuha niti enega toplega obroka. Je pa tudi to, da je dobro, da se otroci naučijo kuhati in sami začnejo pripravljati obroke, preden starši pridejo domov.« (Starš 3)

Intervjuvani ocenjujejo, da so njihovi otroci premalo telesno (športno) aktivni. Razloge za to prepoznavajo v uporabi sodobne komunikacijske-tehnologije, obšolskih obveznostih, pomanjkanju časa za uravnoteženo kombiniranje vseh aktivnosti družinskih članov in neprimeren odnos staršev do krepitev zavedanja nujnosti vsakodnevne telesne aktivnosti.

»En kup krožkov, tudi takih ne-športnih in potem otrokom zmanjkuje časa, prihajajo pozno domov, pozne in nepravilne večerje, premalo gibanja, ipd. Tudi v popoldanskem času se več ne družijo. Večinoma je vse preko telefona/računalnika.« (Zdravstveni delavec 3)

»Če se mi kot družina gibamo, potem se tudi oni, problem nastane, ko prerastejo druženje z nami in ne želijo več početi stvari z nami, takrat se zapirajo v sobe in iščejo socialna omrežja. Pomembno je tudi, kje živiš, če je v tem kraju otrokom omogočeno, da se gibajo, ali imajo možnost kolesarjenja, igranja odzunaj, skratka, če imajo pogoje.« (Starš 2)

Med osnovnošolci se po mnenju staršev najpogosteje pojavljajo uživanje alkohola, kajenje in izzivalno oblačenje. Zaradi slednjih vedenj starši izpostavljajo strah. Odzivi okolice in predvsem za otroka pomembnih odraslih (staršev, učiteljev) na tvegano vedenje mladostnikov pa so pogosto neustrezni, saj z njimi dosežemo celo nasprotni učinek. Neprimerno usmerjeni pristopi so kazni, represija, omejevanje in označevanje mladostnikov.

»Bojim se, da je ta naš svet toliko napreden in nevaren za naše otroke, saj z vso to dostopnostjo do različnih informacij, lahko nekega otroka pahne v nezdrave in nevarne navade ali celo nagnjenja. Tega enostavno ne moremo več kontrolirati, se mi zdi, da je ušlo iz vseh vajeti.« (Zdravstveni delavec 5)

»Tudi moji so že poskusili alkohol, čeprav sta v osnovni šoli. Znorela sem, lagala sta mi, čeprav sta vedela, kakšna kazen jih čaka.« (Starš 4)

Perspektiva staršev je običajno zožena na interes za svojega lastnega otroka; perspektiva šole in zdravstvenih delavcev pa razširja ta pogled tudi na skupnost otrok, v katero je vključen posameznik. Z ugotavljanjem razlik v mnenjih, stališčih in v navadah med intervjuvanimi o nekaterih dejavnikih, ki oblikujejo življenjski slog otrok, intervjuvanci odgovarjajo, da imajo največji vpliv predvsem starši in duh v družbi vrstnikov, temu sledita ekonomski položaj in sodobna tehnologija. Vpliv pandemije covid-19 je spremenila kakovost življenja otrok in mladostnikov. Intervjuvanci izpostavljajo predvsem zmanjšanje fizične socializacije in zainteresiranosti za šolske dejavnosti, povečala se je pasivnost otrok.

»Med seboj se primerjajo, recimo punce po dragih oblačilih. Ekonomski položaj dela razliko med njimi in tu je zrelost staršev še kako pomembna. Ker imajo vse te dostope do spletnih trgovin in podobnih stvari. Mislim tudi, da socialno stanje v našem okolju jih ne omejuje. Predvsem ta zrelost nas staršev - če ima sosedov otrok, bo imel tudi moj, pa tudi če dajo zadnji denar za to ...« (Starš 1)

»Na otroke poleg vrstnikov vplivajo tudi mediji, v bistvu ga usmerja cela družba. Celotna družba ne vpliva dobro na zdrav življenjski slog naših otrok. Čeprav je dosti odvisno od nas staršev, če nismo preveč pohlepni. Ampak je težko, ker so plače prenizke in ne moreš živeti zdrav življenjski slog, niti za svoj, niti za otroke.« (Zdravstveni delavec 1)

»Korona jih je močno povezala preko socialnih omrežjih in to je bil za njih enostaven način, da se ne rabijo truditi iskati prijatelje od zunaj. Nimajo več potrebe, da se dobijo, ker se vse dogovorijo preko sms-ov, ali snapchatov. Pošljejo sms in ne ostane potreba po pogovoru. Naš celo komaj čaka, da bi ponovno zaprli šolo, v šoli se ne počuti dobro, nobenega pravega prijatelja, vse je brez zveze, najraje bi bil doma in ne imel stike z nikomer.« (Starš 5)

Šola je tako pomembno okolje za spodbujanje zdravja, saj mladostniki v ključnem življenjskem obdobju od otroštva do adolescence v njej preživijo na tisoče ur. V naši raziskavi je čutiti zelo skromno sodelovanje med šolo in zdravstvenim domom oz. je to sodelovanje omejeno na redne sistematske preglede, ki pa jim ne sledi ustrezna analiza stanja in ukrepov. Zdravstveni delavci vidijo svojo vlogo predvsem v usposabljanjih vzgojiteljev in staršev ter aktivnejšemu sodelovanju s šolo.

»Idealno bi bilo medsebojno sodelovanje. Recimo, več povezave zdravstva s šolstvom. Razna predavanja za otroke, starše, učitelje ... Ne more samo en sektor prevzeti skrb. Mislim, da bi bilo najprej izobraziti starše, ampak že takoj na začetku, mogoče začeti že v materinski šoli. Pa saj to se že izvaja, samo ne v takem obsegu, tam se osredotoča predvsem na novorojenčka.« (Zdravstveni delavec 4)

»Bi bilo pa prav, da se predvsem zdravstveni delavci in šolstvo poveže. Problem je v ljudeh, ki ne opravljajo svojega dela, kot bi ga morali opravljati pravilno. "Pravi" zdravstveni delavec,

začne že zgodaj usmerjati otroka kamor je potrebno, v prave institucije, in promovira zdravje....» (Starš 2)

4 Razprava

Glavne težave, ki se pojavljajo v osnovnošolskem izobraževanju, prav tako pa jih tudi drugi avtorji (Dolinšek, 2016; Dora, 2012; Kvas, 2013; Smole, 2014; Gabrijelčič Blenkuš in Robnik, 2013; Ambrožič, 2015; Radivo idr., 2016; Senica, 2017; Oellingrath, 2014; Jeriček Klanšček idr., 2018; Starc idr., 2021; Bodner, 2012) povzemajo so slabe prehranjevalne navade, nezadostna telesna dejavnost, nezdravo preživljanje prostega časa in tvegana vedenja, kot sta uživanje alkohola, kajenje. Večina otrok se srečuje s težavami zaradi odraščanja in telesnega, duševnega ter družbenega dozorevanja, ki prinašajo tveganja za zdravje in nastanek zdravstvenih težav (Pušnik, 2019). Neustrezni vzorci življenjskega sloga, ki izvirajo iz mladosti, se prenesejo v odraslo dobo in povečujejo tveganje za razvoj kroničnih bolezni.

Prehranske navade otrok in vzorci življenjskega sloga so povezani z vse večjo razširjenostjo dejavnikov tveganja za kronične bolezni, kot so debelost, visok krvni tlak, zvišana raven holesterola in sladkorna bolezen. Na razvoj nezdravih prehranjevalnih navad pri otrocih vpliva vrsta dejavnikov, kot so pritiski trženja prehranske industrije, medijev, vrstniške skupine, neurejeno prehranjevanje, pogojeno s spremembami v družinskem življenju, preobremenjenost in pomanjkanje časa zaradi šolskih in drugih obveznosti ter dostopnost do zdrave izbire oz. ponudbe (Dora, 2012; Škedelj, 2014). Iz naše raziskave je razbrati, da se otroci v osnovni šoli nezdravo prehranjujejo, posegajo po hitri ali industrijsko pripravljani hrani, sladkih in slanih prigrizkih, v prehrano ni vključene zelenjave ali sadja. Pri pripravi hrane jim primanjkuje znanja ali pa samo pripravo hrane jim onemogočajo starši zaradi strahu pred neželenimi dogodki (opekline, ureznine, umazanija ipd.). Raziskave (Kvas, 2013; Smole, 2014; Gabrijelčič Blenkuš in Robnik, 2013; Ambrožič, 2015) kažejo, da so nezdrave prehranjevalne navade med mladostniki zelo razširjene in s starostjo naraščajo. Razlogov za nezdravo prehranjevanje je po navedbah Kvas (2013) najpogostejše poseganje po hitri hrani, premalo zaužite zelenjave in morske hrane in premalo število dnevnih obrokov. Ambrožič (2015) navaja, da ravno med šolarji je vedno več nezdravih prehranjevalnih navad. Šolarji namesto petih obrokov dnevno zaužijejo le dva obroka in imajo vmes vrsto prigrizkov, ki so brez ustrezne hranilne vrednosti, polni sladkorjev in nezdravih maščob. Z uživanjem teh prigrizkov primanjkuje otroku in mladostniku kalcija, železa, magnezija in vrst vitaminov, ki jih v obdobju odraščanja še posebej potrebuje. Podatki mednarodne raziskave Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (2020) kažejo, da se odstotek uživanja sadja in zelenjava upada, prav tako je pogostejše izpuščanje zajtrka, povečuje pa se odstotek uživanja sladke in energijske pijače, predvsem med fanti.

Neustrezna prehranjenost otrok in mladine se odraža na njihovi gibalni učinkovitosti. Po mnenju udeležencev v naši raziskavi gibalna sposobnost otrok upada. Na potrebe otrok po gibanju in fizičnih dejavnosti v veliki meri vplivajo starši in družinsko okolje. Vendar zaradi prehitrega tempa življenja in prenatrpanih urnikov primanjkuje časa. Gibanje otrok pogojujejo dejavniki okolja in družbe, vpliv pa intervjuvani vidijo tudi v pretirani uporabi sodobne tehnologije in epidemije covid-19. Nezadostna telesna aktivnost in preveč sedečega vedenja v prostem času še dodatno povečujeta tveganje za zdravje (Radivo idr., 2016). Poleg tega se navade sedečega življenjskega sloga prenesejo v odraslost in so vzrok za vrsto kroničnih nenalezljivih bolezni (Harding idr., 2015). Po priporočilih Bratine idr. (2011) naj bi bili otroci in mladostniki zmerno do visoko intenzivno telesno dejavni vsaj 60 minut na dan oz. vsaj trikrat tedensko. Poročilo raziskave SLOfit iz leta 2020/2021 potrjuje zaskrbljujoče stanje telesnega in gibalnega razvoja otrok ter priča o tem, da so bili otroci ena izmed najbolj

prizadetih populacij zaradi preventivnih ukrepov proti covidu, ki so jim preprečili običajno vsakdanjo telesno dejavnost in popolnoma spremenili njihov življenjski slog (Starc idr., 2021). Pričakujemo lahko bistveno slabšo učno uspešnost, večjo obolevnost za kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, nižjo kakovost življenja in izjemno nizko delovno učinkovitost, s čimer bo slovenska družba obremenjena in tudi gospodarsko nekonkurenčna še naslednja desetletja, zelo verjetno pa bo krajša tudi življenjska doba teh generacij.

Otroci in mladostniki so namreč zelo ranljiva skupina, med katerimi se hitro lahko pojavijo tvegana vedenja. V mladosti se lahko določena vedenja, ki obremenjujejo zdravje, tudi utrdijo (Kokole idr., 2018). Nekatera vedenja pa so posebej nevarna, recimo dolgotrajne diete, tvegano vedenje v prometu itd. (Drev idr., 2016). Večina mladih je usmerjenih predvsem v sedanji trenutek, ne pa v prihodnost, in s tem se v zadostni meri ne zavedajo posledic lastnih dejanj (Drev idr., 2016). Med tveganji, ki najbolj ogrožajo zdravje, so udeleženci v naši raziskavi omenili uporabo alkohola in kajenje. Poleg tega so intervjuvani opazili na neprimerna izzivalna oblačila deklic, ki namigujejo na spolnost. Uporaba zdravju škodljivih snovi vpliva na ključne razsežnosti otrokovega življenja (kot so npr. zdravje, varnost, avtonomija in svoboda) (Becoña idr., 2012). Becoña idr. (2012) navajajo še, če želimo biti pri preprečevanju takšnih tveganj uspešni, moramo obvladati različne socialne tehnike in se prilagoditi tehnološkim in kulturnim razmeram sodobnega časa. Starši so v najboljšem položaju glede razumevanja sprememb in izkušenj svojih otrok pri odraščanju, od koder je razvidno, da opravičujejo tvegano obnašanje svojih otrok s stereotipnimi argumenti, kot so npr. »saj vsi to počnejo« ali »tveganje je del odraščanja mladih« ali se spomnijo svoje mladosti: »Jaz sem tudi to počel, ko sem bil mlad«. Vendar pa tako prohibicionističnim kot tudi permisivnim staršem manjka argumentov in kritičnih informacij, da bi lahko razvili usklajen in na znanju temelječ pristop do svojih odraščajočih otrok (Becoña idr., 2012; Burdian, 2020; Velkova, 2020).

Na zdravje otrok in mladostnikov vpliva kompleksen preplet biopsihosocialnih, kulturnih, okoljskih in ekonomskih dejavnikov. Radivo idr. (2016) omenjajo, da vzroke za nezdrav življenjski slog, neustrezno prehrano in telesno neaktivnost velikokrat najdemo v socialnodemografskih ter ekonomskih pogojih (stopnja izobrazbe, zaposlenost, denarno blagostanje). Največji poudarjen dejavnik v naši raziskavi, ki vpliva na življenjski slog otrok in mladostnikov, so starši. Zavedajo se pomena zdravega življenjskega sloga, vendar jim zaradi pomanjkanja časa, komunikacije in nadzora zdravo obnašanje svojih otrok predstavlja velik izziv. Podpora družine mlade pripravi za spopadanje s stresnimi situacijami in jih zaščiti pred škodljivimi posledicami številnih negativnih vplivov (Sharma idr., 2019). V naši raziskavi je tudi čutiti, da so vrstniki dragoceni socialni stiki, ki prispevajo k zdravju in dobremu počutju mladih, lahko pa tudi negativno vplivajo na tvegana vedenja, kot sta kajenje in pitje. Ker je za izgradnjo otrokove identitete zelo pomembno, da se čuti sprejetega v družbi, mladostnik v želji, da bi ga vrstniki sprejeli, posnema njihovo ravnanje (Milenković Kikelj idr., 2015). Mladostnik še nima popolnega zaupanja vase in na njegove odločitve vplivajo mnenja drugih, še posebej pomembno vlogo ima pri tem mnenje oziroma vpliv vrstnikov.

Večkrat omenjeni dejavnik, ki vpliva na življenjski slog otrok in mladostnikov je socioekonomski status, ki ga udeleženci v naši raziskavi povezujejo predvsem z obnašanjem otrok. Otroke iz bogatejših družin ocenjujejo kot bolj zdrave, bolj zadovoljne z življenjem, kar se kaže tudi z izkazovanjem »zunanjega prestiža«. Opaziti je tudi, da otroci, ki prihajajo iz družin z nižjim socioekonomskim položajem, že sami po sebi ustvarjajo razlike v zaznavanju svojega zdravja, zadovoljstva z življenjem in telesnimi podobami, količini gibanja, uživanja sadja, pogostosti poškodb, umivanju zob itn. Podobne ugotovitve opisujejo Jeriček Klanšček idr. (2012). Mladostniki iz bogatejših družin imajo na primer več možnosti za razvoj svojih potencialov in zdravega načina življenja, zelo verjetno pa tudi starše, ki tudi sami bolj skrbijo za svoje zdravje in so mladostnikom bolj zdrav zgled. Podatki raziskave, ki so jo izvedli oktobra

2020 v Sloveniji (Jeriček Klanšček idr., 2021), kažejo, da imajo mladostniki iz manj premožnih družin, pa tudi iz neklasičnih družin in z nezaposlenimi starši še vedno slabše zdravstvene izide, manj zdrav življenjski slog ter več tveganih vedenj kot mladostniki iz bolj premožnih družin, klasičnih družin, ali družin z obema zaposlenima staršema. Kar zadeva socialno-ekonomski položaj družin, v katerih živijo otroci in mladostniki, pa je bilo ugotovljeno, da tisti iz družin z višjim socialno-ekonomskim statusom izbirajo takšne prostočasne dejavnosti, ki predstavljajo kakovostno izrabo časa in se med drugim pogosteje kot njihovi vrstniki iz družin z nizkim socialno-ekonomskim statusom odločajo za telesno dejavnost (Brumen, 2016).

Zaradi hitrega napredka sodobne tehnologije in vse pogostejše uporabe socialnih omrežij ter igrice se je v zadnjih letih povečal čas uporabe tehnologije pri otrocih in mladostnikih, kar izpostavlja tudi udeleženci v naši raziskavi. Otroci so namesto aktivnega preživljanja prostega časa preusmerili v pasivno preživljanje časa pred zasloni. Zahra in Alanazi (2019) navajata, da je uporaba digitalne tehnologije povezana z več sedečega vedenja in premalo gibanja, kar ima za posledico slabšo psihofizično pripravljenost in debelost. Pogosta posledica pa je tudi pomanjkanje spanja in počasnejši psihosocialni razvoj. Podobne ugotovitve omenja Vintar Spreitzer idr. (2021) opozarjajo, da se pri prekomerni uporabi lahko pri otrocih pojavijo prekomerna telesna teža, slab spanec, socialna izoliranost, slabša učna uspešnost in tudi odvisnost. Nasprotno pa Arnšek (2018) navaja, da uporaba sodobne tehnologije ima lahko tudi pozitivne učinke, saj splet ponuja mladostnikom, da sami raziščejo stvari, ki jih zanimajo, socialni mediji pa jim pomagajo pri sklepanju in ohranjanju prijateljstev. Vpliv zaslonov na razvoj in zdravje otrok in mladostnikov pa ni odvisen le od časa pred zasloni, pač pa v veliki meri tudi od vsebine, ki so ji izpostavljeni, ter namen in načina uporabe naprav (Vintar Spreitzer idr., 2021).

Sodelovanje je zapleteno in večplastno, saj imajo starši in strokovnjaki različne prioritete, vendar so oboji osredotočeni na zagotavljanje najboljših zdravstvenih rezultatov za otroka. Sodelovanje bo tem bolj uspešno, čim bolj bodo zdravstveni delavci in starši poznali ter razumeli značilnosti drug drugega in odnos ter držo do medsebojnega sodelovanja. Pri tem so pomembna tudi pričakovanja, ki jih imajo šola, zdravstveni delavci in starši drug do drugega (Šteh in Mrvar, 2011; Mažgon in Muršak, 2016).

Starši navajajo šolsko okolje kot pomemben dejavnik, ki spodbuja učence k zdravemu življenjskemu slogu. Grabar (2015) šolo predstavlja kot primerno okolje za promocijo zdravega načina življenja, zaradi časa, ki ga otroci preživijo tam, infrastrukture in vloge, ki jo imajo šole v izobraževanju in zdravju skupnosti. Veliko vlogo pri spodbujanju zdravja imajo učitelji, ker otroke spremljajo vsak dan. Senica (2017) vlogo osnovnih šol odraža skozi dejstva zaradi telesne dejavnosti in zdrave prehrane, da zdravi otroci imajo večjo učno zmogljivost in so v šoli bolj prisotni; pri otrocih, ki obiskujejo šolo, je večja verjetnost, da so zdravi; pri otrocih je manjša verjetnost, da se bodo vedli tvegano, in večja, da bodo dosegli pozitivne učne uspehe; promocija zdravja in dobrega počutja vodi do manjše odsotnosti od pouka; z dejavno promocijo zdravja bo šola dajala pozitiven vzgled.

Udeleženci v naši raziskavi se strinjajo, da je vsebin iz področja zdravega načina življenja veliko več, kot jih je bilo včasih, prav tako pa so tudi vsi predmeti in programi naravnani na zdravje. Vendar kot oviro izpostavlja pomanjkanje znanja iz tovrstnih vsebin za učitelje. Najpogostejše ovire, ki jih navajajo Gregorič idr. (2016), so preobremenjenost z drugim delom, potrebo po sistematičnem vodenju in podpori s strani odgovornih institucij, potrebo po obsežnejšemu znanju in veščinah s tega področja. Zaradi tega bi se zdravstveni delavci morali aktivneje vključiti v šolsko okolje, kot poudarjajo intervjuvanci v naši raziskavi. Podobno ugotavlja Ditrih (2016) v svoji raziskavi. Skoraj vsi anketirani učitelji ocenjujejo, da največ vsebin in aktivnosti za promocijo zdravja v osnovni šoli izvedejo prav oni, znanje za promocijo

zdravja pa v glavnem pridobivajo s pomočjo spleta. Več kot polovica je ocenilo, da se medicinske sestre premalo vključujejo v zdravstveno vzgojo učencev, prav tako pa bi bilo potrebno, da določene vsebine, kot so prva pomoč, spolna vzgoja, duševno zdravje in osebna higiena prepustijo medicinskim sestram. Tudi Torkar idr. (2014) so prišli do podobnih ugotovitev, in sicer, da se učitelji srečujejo z različnimi zdravstvenimi težavami učencev, ob katerih morajo ukrepati, primanjkuje pa jim znanja in kompetenc. Anketiranci v njihovi raziskavi izpostavljajo močno potrebo po delovanju zdravstvenega kadra v osnovnih šolah. Vendar kot navajajo Zakelj idr. (2012) pa morajo biti učitelji in vsi, ki izvajajo vsebine o zdravju v osnovni šoli, ustrezno strokovno usposobljeni, informirani ter motivirani za stalno doizobraževanje. Koprivnikar idr. (2012) opozarjajo, da zaradi številnih vsebin, ki se usmerjajo v šolsko okolje, šole postajajo vse bolj obremenjene. Zato je ključno prepoznati in razvijati nove vstopne točke in krepiti že obstoječe v okviru zdravstvenega sistema, lokalne skupnosti in družin. Berčnik in Devjak (2014) menita, da je za doseganje cilja – zdrav način življenja – treba vključiti tudi intenzivno sodelovanje z inštitucijami, kot so vrtci, šole, zdravstveni domovi, knjižnice, športni centri, razna društva, lokalne skupnosti idr. Ob ozaveščenih starših, vzgojiteljih, učiteljih in zdravstvenih delavcih lahko mlade vzgojimo v zdrave ljudi, ki bodo zdravje cenili kot eno največjih dobrin (Kerin, 2020).

Večina staršev v naši raziskavi ne ve, kaj zdravstveni delavci pričakujejo od njih in niso prepričani kako lahko prispevajo k skrbi za zdravje svojih otrok oz. se soočajo z negotovostjo glede svoje vloge v odnosu. Tudi zdravstveni delavci v študiji Smith in Kendal (2018) so poudarili, da sodelovanje s starši prinesejo ključne informacije o otroku, vendar se zdravstvenim delavcem morda zdi izziv vključiti starše v informativne klinične odločitve. Pomembno je torej, da zdravstveni delavci vedno znova poskrbijo za medsebojno razjasnjevanje pričakovanj. Treba je izpostaviti tako stališča staršev kot zdravstvenih delavcev drug do drugega, do vloge enih in drugih, do šole ter medsebojnega sodelovanja. Upoštevati moramo, da imajo morda nekateri starši že izoblikovana negativna stališča do zdravstvenih delavcev zaradi lastnih negativnih izkušenj. Problem pa so lahko tudi negativna stališča zdravstvenih delavcev do staršev in dela z njimi. Evalvacija, ki naj bi vključevala vse udeležene v sodelovanju, omogoča tako na institucionalni kot osebni ravni refleksijo o vzpostavljenem odnosu in dosednji praksi medsebojnega sodelovanja (Šteh in Mrvar, 2011). Promocija zdravja, preventivne dejavnosti, vključno z zmanjševanjem neenakosti, so pomembni načini delovanja na področju zdravja otrok. Sistemskih ukrepov in struktur, ki bi podprle starševstvo, zlasti v smislu promoviranja zdravja, v Sloveniji ni veliko. Vsebin in programov, ki bi obravnavale z zdravjem povezana vedenja z biopsihosocialnega vidika oz. izpostavile pomen vzgoje za zdravje v družini in priporočila za promocijo zdravja znotraj družin, primanjkuje (Remec, 2020).

Medicinske sestre smo v stalnem stiku z otroci, mladostniki in njihovimi družinami. Zato je izrednega pomena preventivno delovanje na tem področju, ki mora vključevati tako iskanje potencialnih problemov, preprečevanje le teh ter krepitev zdravja tako otrok, kot družine; okrepitev vsebin zdravja in z zdravjem povezanih vedenj; spodbujanje celostnega pristopa promocije zdravja v šolah; raziskanje vzrokov nezadovoljstva; spremljanje in vrednotenje vsebin vzgoje za zdravje; zagotavljanje ustreznih pogojev za spodbujanje kakovostnih odnosov; povečanje cenovne dostopnosti bolj zdrave hrane; uvedba promocijskih programov za spodbujanje telesne dejavnosti; uvedba programov za izboljšanje ravni varnosti v skupnosti s kombinacijo strategij spreminjanja vedenja in okolja; izboljšanje mehanizmov za učinkovitejše medinstitucionalno sodelovanje za krepitev z zdravjem povezanih vedenj otrok ipd. S preventivnimi programi in izobraževanjem lahko znižamo škodljive vplive razvad, ki pomembno skrajšujejo življenjsko dobo, hkrati pa zagotavljamo tudi boljšo kakovost življenja.

Kot omejitev raziskave je treba izpostaviti vpliv pandemije covid-19, ki je spremenila način življenja in prikrajšala otroke do različnih aktivnosti kot tudi aktivne socializacije, hkrati pa zaradi šole na daljave, otroke prisilila v sedentarno obnašanje. Zato lahko pričakujemo porast kroničnih nenalezljivih bolezni in naraščanje družbenih neenakosti. Udeleženci v naši raziskavi navajajo primanjkljaj znanja in vsebin iz področja promocije zdravja in vzgoje za zdravje, zato bi bila smiselna sistematična vključitev dodatnega predmeta ali izobraževanja iz področja zdravja v osnovnošolski kurikulum z namenom usposabljanja tako učencev kot tudi vzgojiteljev in staršev. Skozi raziskavo smo spoznali, da bi morala biti vloga zdravstvenih delavcev pri osveščanju otrok o zdravem življenjskem slogu večja. Šole potrebujejo resnično interdisciplinarno sodelovanje, da čim bolj izkoristijo svoj potencial pri oblikovanju znanja, odnosov, vedenja in zdravstvenih rezultatov otrok in mladostnikov. Ker prebivalstvo na zdravje pogosto gleda z vidika medicine ali bolezni, je podpora zdravstvenih delavcev in oblikovalcev zdravstvene politike nedvomno eden glavnih dejavnikov razvoja prispevka šole k zdravju.

LITERATURA

1. Ambrožič, J. (2015). Prehranjevalne navade mladostnikov (Diplomska naloga). Nova Gorica: Fakulteta za uporabne študije.
2. Arnšek, N. (2018). Uporaba tehnologije in možgansko delovanje otrok in mladostnikov (Diplomska naloga). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.
3. Bečoňa, E., Brotherhood, A., Calafat, A. idr. (2012). Preprečevanje tveganega obnašanja med odraščanjem mladostnikov - Strategije za delo s starši za strokovne delavce na področju družinske preventive. Pridobljeno s http://www.institut-utrip.si/doc/EFE_prirocnik_stroka_SI.pdf.
4. Berčnik, S. in Devjak, T. (2014). Primarno zdravstvo: preventivna dejavnost otrok in mladine v Sloveniji. V N. Kregar Velikonja in M. Blažič (ur.), Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu (str. 109–116). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
5. Bodner, N. (2012). Vpliv medijev na gibalno dejavnost otrok (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.
6. Božič, E. (2020). Vpliv primarne družine na razvoj posameznika. Panika. Pridobljeno s <http://revijapanika.si/2020/08/20/vpliv-primarne-druzine-na-razvoj-posameznika/>.
7. Brečko, B. (2015). Metodološki pristop k merjenju učinkov rabe informacijsko-komunikacijske tehnologije v izobraževanju (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
8. Bregant, T. (2021). Kar se Janezek nauči, to Janez zna – Zdrav življenjski slog otrok ima daljnosežne posledice. V M. Krajc in N. Rotovnik Kozjek (ur.), Zdrav življenjski slog in rak (str. 7–15). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku in Onkološki inštitut Ljubljana.
9. Brumen, M. (2016). Navade otrok in mladine, povezane z njihovim zdravjem (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport.
10. Bryman, A. (2012). Social research methods. New York: Oxford University Press.
11. Burdian, M. (2020). Vzgojni stili in otrokova pripravljenost za vstop v šolo (Magistrsko delo). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije.
12. Buzeti, T., Djomba, J. K., Gabrijelčič Blenkuš, M. idr. (2011). Neenakosti v zdravju v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/neenakosti_v_zdravju_v_sloveniji.pdf.
13. Clarke, V. in Braun, V. (2013). Successful Qualitative Research: a Practical Guide for Beginners. London: SAGE Publications.
14. Ditrih, M. (2016). Spodbujanje zdravja v osnovni šoli (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
15. Dobrinja, D. (2011). Pregled podatkov o zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji. V A. Ljubič (ur.), Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre v pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem

- zdravstvenemu varstvu (str. 11–16). Ljubljana: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
16. Dolinšek, N. (2016). Prehranjevalne navade osnovnošolskih otrok (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
 17. Dora, B. (2012). Prehranjevalne navade osnovnošolskih otrok v Sloveniji in na Madžarskem (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
 18. Gabrijelčič Blenkuš, M. in Robnik, M. (2016). Prekomerna prehranjenost in debelost pri otrocih in mladostnikih v Sloveniji II. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/debelost_pri_om_daljsa_spletna_avg2016_final_01082016.pdf.
 19. Gibson, W. J. in Brown, A. (2009). *Working with Qualitative Data*. London: SAGE Publications.
 20. Grabar, K. (2015). Vloga in pomen šole pri spodbujanju zdravega načina življenja učencev v osnovni šoli (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko.
 21. Gregorič, M., Bevc, M. in Gabrijelčič Blenkuš, M. (2016). Izvajanje promocije zdravja v šolskem okolju. Pridobljeno s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/izvajanje_promocije_zdravja_16.6.2016_zadnja.pdf.
 22. Guest, G., Namey, E. in McKenna, K. (2016). How many groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *SAGE Journals*, 29(1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
 23. Harding, S. K., Page, A. S., Falconer, C. idr. (2015). Longitudinal Changes in Sedentary Time and Physical Activity during Adolescence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0204-6>
 24. Hennink, M. M., Kaiser, B. N. in Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
 25. Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkuš, M. in Zupanič, T. (2012). Socioeconomic Position and Some Subjective Indicators of Health in Young People in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 51(2), 87–94. <https://doi.org/10.2478/v10152-012-0010-3>
 26. Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Drev, A. idr. (2015). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 27. Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Drev, A. idr. (2019). Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 28. Kerin, Z. (2020). Promocija zdravja v različnih projektih in dnevih dejavnosti na Oš Jurija Dalmatina Krško. V M. Željeznov Seničar (ur.), *Promocija psihofizičnega zdravja otrok in mladostnikov* (str. 90–92). Ljubljana: MIB d. o. o.
 29. Kokole, D., Mali Kovačič, U., Milenković Kikelj, N. (2018). Priročnik za promotorje zdravja. Ljubljana: Združenje slovenskih katoliških skavtinj in skavtov, Mladinsko združenje za preprečevanje zasvojenosti.
 30. Koprivnikar, H., Drev, A., Roškar, M. idr. (2018). Od prvega poskusa do pogoste uporabe tobaka, alkohola in konoplje med mladostniki v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 31. Kvas, M. (2013). Prehranjevalne navade mladih (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
 32. Malterud, K., Siersma, V. D. in Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
 33. Mažgon, J. in Muršak, J. (2016). Osnovna šola kot središče socialnega in kulturnega življenja v lokalni skupnosti. *Androgoška spoznanja*, 22(1), 21–41. <http://dx.doi.org/10.4312/as.22.1.21-41>
 34. Milenković Kikelj, N. (2015). Priročnik za promotorje zdravja. Ljubljana: Združenje slovenskih katoliških skavtinj in skavtov.
 35. Oellingrath, I. M., Svendsen, M. V. in Hestetun, I. (2014). Eating patterns and mental health problems in early adolescence – a cross-sectional study of 12–13-year-old Norwegian

- schoolchildren. *Public Health Nutrition*, 17(11), 2554–2562. <https://doi.org/10.1017/S136898001300274>
36. Peternel, L. in Huber, I. (2020). Skupnostni pristop in ranljive skupine. V V. Pucelj (ur.), *Promocija zdravja za mlade v lokalni skupnosti* (str. 4–5). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 37. Pušnik, M. (2019). Šport na univerzi. Pridobljeno s https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjur_qQ7576AhXugf0HHeU-B9IQFno_ECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fsp.unilj.si%2Fmma%2F00_sport_priloga_1-2_2019_sren.pdf%2F2021061408575403%2F%3Fm%3D1623653874&usq=AOvVaw0hJKemomx64iG52UshQs0k.
 38. Radivo, M., Pucer, P. in Poklar Vatovec, T. (2016). Prehranjevalne navade in telesna aktivnost dijakov primorsko-notranjske regije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 316–326. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.114>
 39. Rebernik, K. (2018). Skupnostni pristop k zdravju: razumevanje vloge medicinskih sester pri promociji zdravja v lokalnih skupnostih (Magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Ljubljana.
 40. Remec, M. (2020). Z zdravjem povezana vedenja predšolskih otrok in življenjski slog njihovih staršev (Doktorska disertacija). Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.
 41. Robinson, J. (2006). *Ordinary Cities: Between Modernity and Development*. London: Psychology Press.
 42. Senica, D. (2017). Odnos mladostnikov do zdrave prehrane in telesne aktivnosti (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
 43. Sharma, S., Mustanski, B., Dick, D. idr. (2019). Protective factors buffer life stress and behavioral health outcomes among high-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(8), 1289–1301. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00515-8>
 44. Slovenska mreža zdravih šol. (2019). Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s <https://www.nijz.si/sl/slovenska-mreza-zdravih-sol>.
 45. Smith, J. in Kendal, S. (2018). Parents' and health professionals' views of collaboration in the management of childhood long-term conditions. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.011>
 46. Smole, V. (2014). Pomen zdrave prehrane in telesne aktivnosti pri osnovnošolcih (Diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
 47. Starc, G. (2014). Zdrav življenjski slog 360° za dobro otrok. V N. Scagnetti (ur.), *Skupaj za boljše zdravje otrok in mladostnikov - ohranjanje in zagotavljanje enakih možnosti* (str. 12–19). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 48. Starc, G. idr. (2021). ŠVK 2021 – Poročilo o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine v šolskem letu 2020/21. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za šport, Laboratorij za diagnostiko telesnega in gibalnega razvoja in Zavod FITLAB.
 49. Sušec, C. in Verban Buzeti, Z. (2014). Koordinacija zdravih šol v Pomurju. V N. Scagnetti (ur.), *Skupaj za boljše zdravje otrok in mladostnikov – ohranjanje in zagotavljanje enakih možnosti* (str. 146–148). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
 50. Škedelj, V. (2014). Prehranska oskrba predšolskih otrok (Diplomska naloga). Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.
 51. Šteh, B. in Mrvar, P. (2011). Stališča in pričakovanja učiteljev, svetovalnih delavcev in staršev drug do drugega v kontekstu sodelovanja med šolo in domom. *Psihološka obzorja*, 20(1), 17–41. Pridobljeno s http://psiholoska-obzorja.si/arhiv_clanki/2011_1/steh_mrvar.pdf.
 52. Torkar, T., Košnik, I. G. in Skela Savič, B. (2013). Cross-sectional research of school principals' view on placement of school nurses in Slovenian schools. *Slovenian Journal of Public Health*, 53(1), 115–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2014-0012>
 53. Velkova, T. (2020). Vzgojni stili z vidika učitelja (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
 54. Vintar Spreitzer, M., Baš, D., Radšel, A. idr. (2021). Smernice za uporabo zaslonov pri otrocih in mladostnikih. Ljubljana: Sekcija za primarno pediatrijo Združenja za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva.
 55. Vogrinc, J. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

56. Zahra, N. A. I. in Alanazi, A. A. (2019). Digital Childhood: the Impact of Using Digital Technology on Children's Health. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, 8(3), 144–154. Pridobljeno s <https://ijpras.com/article/digital-childhood-the-impact-of-using-digital-technology-on-childrens-health>.
57. Zakelj, A., Borstner, M. in Čeh, F. (2012). *Razvijanje in vrednotenje znanja*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Poznavanje potreb pacientov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege

UDK 616-036.8-083+614.253.5

KLJUČNE BESEDE: *pacient, potrebe v paliativni oskrbi, izvajalci zdravstvene nege*

POVZETEK – V današnjem času je vse več kroničnih nenalezljivih bolezni, ki so vodilni vzrok smrti v svetu. Zaradi rakavih bolezni letno umre okoli petnajst tisoč ljudi. Stroka je še vedno bolj naklonjena zdravljenju bolezni, kakor pripravi pacienta na proces umiranja. Ob postavitvi diagnoze neozdravljive bolezni je potrebno takoj in neprekinjeno izvajati paliativno oskrbo, ki vključuje aktivno in celostno pomoč bolnikom in svojcem tako v procesu bolezni kakor tudi med procesom žalovanja. Umirajoči pacient ima potrebe, ki jih izvajalci zdravstvene nege morajo poznati. Kadar so zadovoljene na vseh nivojih, lahko pričakujemo netravmatično, »dobro smrt«. V številnih raziskavah je ugotovljeno, da je znanje izvajalcev zdravstvene nege o paliativni oskrbi pomanjkljivo oziroma nezadostno. Namen študije je bil oceniti poznavanje paliativne oskrbe med izvajalci zdravstvene nege in ugotoviti potrebe pacientov v paliativni oskrbi. Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela s tehniko anketiranja. Rezultati raziskave so pokazali, da imajo pacienti v paliativni oskrbi veliko nezadovoljenih, prezrtih potreb, zlasti na področju socialnih (stik s prijatelji, družbo) in duhovnih potreb (pravica do vere, upanja, miru ...). Ugotavljamo, da o teh potrebah izvajalci težko komunicirajo z umirajočimi še težje pa s svojci umirajočih. Poznavanje potreb pacientov v paliativni oskrbi je ključen dejavnik za zagotavljanje kakovostne obravnave na področju paliativne oskrbe.

UDC 616-036.8-083+614.253.5

KEYWORDS: *patient, palliative care needs, nursing care providers*

ABSTRACT – Nowadays, there are more and more chronic non-communicable diseases, which are the main cause of death in the world. About 15,000 people die of cancer every year. The profession still tends to treat disease rather than prepare the patient for the process of dying. When a diagnosis of an incurable disease is diagnosed, palliative care must be carried out immediately and continuously, which includes active and integrated assistance to patients and their family, both in the process of illness and during the grieving process. A dying patient has needs of which the nursing staff must be aware. If these are met at all levels, we can expect a non-traumatic, "good death". Numerous studies have found that the nursing providers' knowledge of palliative care is poor or inadequate. The aim of this study was to assess the nursing providers' knowledge about palliative care and to identify patients' palliative care needs. The research was based on the quantitative method of working with the survey technique. The research results showed that patients in palliative care have many unmet, ignored needs, such as social (contact with friends, society), spiritual needs (right to religion, hope, peace ...). We find that it is difficult for practitioners to communicate with dying people, and even more difficult to communicate with the relatives of the dying. Knowing the needs of patients in palliative care is a key factor in ensuring quality care in palliative care.

1 Uvod

Paliativna oskrba (PO) je aktivna obravnava človeka s kronično napredujočo boleznijo, ne glede na njegovo starost ali druge lastnosti, ter podpora njegovim bližnjim v času bolnikove bolezni kakor tudi po smrti bližnjega v času žalovanja. Paliativna oskrba je podporna obravnava, integrirana v vse ostale medicinske stroke, ki je celostna in presega okvirje v zdravljenje usmerjene terapije in je usmerjena tako v blaženje bolnikovih telesnih simptomov kakor tudi v

psihološko, socialno in duhovno stisko bolnika in bližnjih ob diagnozi neozdravljive bolezni (Bernot idr., 2021, str. 19).

Evropska zveza za paliativno oskrbo definira kot primerno oskrbo za tiste paciente, ki imajo napredovalo neozdravljivo bolezen, njihova napoved pa je omejena s ciljem kakovosti življenja. Lahko se uvaja že zgodaj ob poteku bolezni skupaj z aktivnim zdravljenjem (Šeruga, 2011, str. 10).

Glavno vodilo celostne oskrbe bolnika je, da sledimo željam bolnika. Večina bolnikov želi oskrbo na svojem domu. V teh primerih s povezovanjem služb na primernem nivoju poskušamo zagotoviti čim večjo mrežo pomoči bolniku in svojcem na domu (patronažna sestra, pomoč na domu, Hospic ...) po odpustu iz bolnišnice. Vedno več je tudi zdravnikov, ki PO izvajajo v področnih bolnišnicah, kamor bolnike usmerimo v primerih večjih težav, ko doma oskrba težave ni več možna. Na ta način dosežemo, da so lahko bolniki tudi v svojih zadnjih dnevih bližje svojcem (Ebert Moltara, 2014, str. 54).

Paliativna oskrba zajame celovito obravnavo bolnikovih psiholoških, socialnih, duhovnih in eksistenčnih potreb, kjer so v ospredju potrebe v zvezi z neozdravljivo boleznijo. Paliativna oskrba zagovarja življenje in pogled na smrt kot naravni proces, ki je pred-vsem osebna izkušnja za posameznika in njegovo družino. Osnovni cilj paliativne oskrbe je doseganje najboljše kakovosti življenja z ublažitvijo trpljenja, obvladovanjem in blaženjem simptomov napredovale bolezni ter obnavljanje funkcij telesa v skladu z občutenji posameznika, kulture naroda, religioznih vrednot, pričakovanj in prakse v določenem okolju (Coyle, 2003, str. 51).

Medicinska sestra prepoznava potrebe pacientov v paliativni oskrbi, natančno dokumentira, upošteva postopke, standarde, pravila, navodila delovne organizacije, opravlja samo tista dela in naloge, za katera je izobražena, izkušena in so v njeni pristojnosti. Upošteva Kodeks etike medicinskih sester, se neprestano strokovno izobražuje, se zaveda etičnih in pravnih dilem tega področja, upošteva načela raziskovanja in z dokazi podprte zdravstvene nege (Skela Savič idr., 2004; Royal College of Nursing, 2002).

Ena od glavnih nalog medicinske sestre je aktivno vključevanje pacientov in njihovih svojcev v zgodnje načrtovanje paliativne zdravstvene nege in oskrbe, v ponujanju predlogov, pojasnjevanju možnosti, informiranje, podpora pri odločitvah pacienta in svojcev, opogumljanje pacienta in svojcev, da storijo tisto, kar želijo (kar jim veliko pomeni), spopadanje z negativnimi občutki pacienta in svojcev, omogočanje izražanja le-teh, aktivno poslušanje (ne samo poslušati, tudi slišati), pomoč pri vzpostavljanju odnosov med pacientom in svojci, učenje in razlaganje o zdravilih, spremembah, bolečini in drugih simptomih (Savič Skela idr., 2014).

Pacientu je treba prisluhniti, ga spoštovati in predvsem spoznati njegovo individualnost ter temu slediti. Treba je vedeti, kaj pacient potrebuje v določenem trenutku in se skladno s tem tudi obnašati (Simonič, 2014, str. 68).

Da bi v svetu premagali številne pomembne ovire in rešili potrebe po paliativni oskrbi, bi morali: bolj usposabljati zdravstvene delavce o paliativni oskrbi, na nacionalni ravni zdravstvene politike in sistemov bi morala biti paliativna oskrba bolj vključena (Paliative care, 2018).

2 Metode

Namen raziskave je bil preučiti poznavanje potreb bolnikov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege.

Cilji raziskave so:

- raziskati poznavanje potreb bolnikov v paliativni oskrbi s strani izvajalcev zdravstvene nege,
- ugotoviti prezrtost potreb bolnikov v paliativni oskrbi s strani izvajalcev zdravstvene nege.

Postavili smo dve raziskovalni vprašanji:

- Katere potrebe prepoznava izvajalci zdravstvene nege v paliativni oskrbi?
- Katere potrebe so prezrte s strani izvajalcev zdravstvene nege pri bolnikih v paliativni oskrbi?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela smo zbrali, analizirali in sintetizirali primarne in sekundarne vire. Primarni podatki za analizo so pridobljeni s tehniko anketiranja. Dodaten vir podatkov smo iskali v bibliografske baze podatkov (Pub Med, Cinahl in Google učenjak).

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturirani anketni vprašalnik. Oblikovan je bil na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature (Ebert Moltara, 2021; Slak, 2011). Anketni vprašalnik je vseboval 14 vprašanj. Za ugotavljanje stališč smo uporabili 5 stopenjsko Likertovo lestvico. Prvi sklop vprašanj vsebuje demografske podatke (spol, starost, izobrazba, delovno mesto, delovna doba). Drugi sklop vprašanj je namenjen raziskovanju poznavanja potreb bolnikov v paliativni oskrbi med izvajalci zdravstvene nege.

2.3 Opis vzorca

Raziskava je potekala na vseh ravneh zdravstvene in socialne dejavnosti. V raziskavo so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege iz različnih področij. Realizacija vzorca je bila 100-odstotna.

Značilnosti vzorca so prikazane v tabeli 1. V raziskavi je sodelovalo 93 oseb, od tega je bilo 14 % moških in 86 % žensk. Poprečna starost vseh anketirancev je znašala 36,2 let. Največ anketirancev (50,5 %) ima srednješolsko izobrazbo, sledijo anketiranci z visokošolsko izobrazbo (39,8 %), najmanj anketirancev pa ima višješolsko (5,4 %) ali drugo stopnjo izobrazbe (4,3 %). Najmanj jih je zaposlenih v socialnovarstvenem zavodu (7,5 %). Na negovalnem oddelku je zaposlenih 22,6 % anketirancev, na oddelku intenzivne terapije pa je zaposlenih 33,3 %. Drugo delovno mesto pa zaseda 36,6 % vseh anketiranih oseb, s povprečno delovno dobo 9,5 let.

Tabela 1: Značilnosti anketirancev (N = 93)

Značilnost	Kategorija	f (f%)
Spol	Ženski	80 (86 %)
	Moški	13 (14 %)
Starost	do 30 let	32 (34,4 %)
	31–40 let	44 (47,3 %)
	41–50 let	14 (15,1 %)
	51 let +	3 (3,2 %)
Izobrazba	Srednješolska	47 (50,5 %)
	Višješolska	5 (5,4 %)
	Visokošolska	37 (39,8 %)
	Drugo	4 (4,3 %)

Delovno mesto	Negovalni oddelek	21 (22,6 %)
	Oddelek intenzivne terapije	31 (33,3 %)
	Socialnovarstveni zavod	7 (7,5 %)
	Drugo	34 (36,6 %)
Delovna doba	Manj kot 2 leti	4 (4,3 %)
	2–5 let	16 (17,2 %)
	6–10 let	30 (32,3 %)
	11–20 let	30 (32,3 %)
	21–30 let	10 (10,8 %)
	31 let +	3 (3,2 %)

Vir: Lastni vir, 2022.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili spletno anketiranje. Potekalo je po odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Anketiranje je potekalo v juliju in avgustu 2022. Povabilo k sodelovanju v raziskavi smo poslali tudi na socialna omrežja Facebook in LinkedIn. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost.

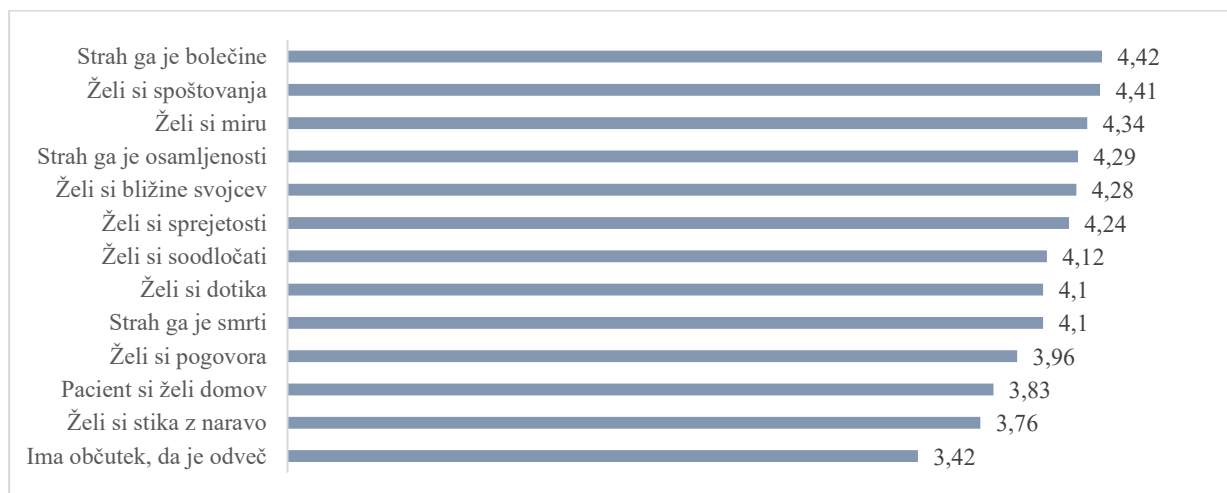
Zbrane podatke smo računalniško obdelali in jih grafično prikazali v obliki tabel in grafov. Zanesljivost merjenja smo preverili z izračunom Cronbachovega koeficienta zanesljivosti α . Rezultati so pokazali, da imajo postavke zadovoljivo diskriminatorsno moč, saj je bil α pri vseh konstruktih nad 0,7.

Podatke smo analizirali z deskriptivno statistiko in pri podrobnejši analizi uporabili dve različni statistični metodi, in sicer analizo variance ter analizo korelacije. Podatki so bili kodirani in analizirani z uporabo IBM SPSS, v. 24.0.

3 Rezultati

Anketirane smo prosili, da ocenijo potrebe in želje pacientov v paliativni oskrbi, ki so prikazani v grafu 1. Rezultati so pokazali, da si pacienti želijo predvsem spoštovanja ($M = 4,41$), miru ($M = 4,34$), bližine svojcev ($M = 4,28$), sprejetosti ($M = 4,24$) in možnost soodločanja ($M = 4,12$). Kot največji strah so ocenili strah pred bolečino ($M = 4,42$) in strah pred osamljenostjo ($M = 4,29$), ki mu sledi strah pred smrtjo ($M = 4,1$).

Graf 1: Potrebe in želje pacientov v paliativni oskrbi



Vir: Lastni vir, 2022.

Tabela 2 prikazuje frekvenčne rezultate trditev, ki se nanašajo na potrebe pacienta v paliativni oskrbi. Na vprašanje o zadovoljivosti življenjski potreb se anketiranci v 75,3 % deležu strinjajo, da so temeljne potrebe po vodi, počitku, kisiku in gibanju pacientom v paliativni oskrbi zagotovljene ($M = 3,95$). Podobno ocenjujejo tudi izpolnjevanje pravice pacienta do preprečevanja in lajšanja trpljenja, kjer 73,1 % anketiranih meni, da so te pravice izpolnjene, 14 % ni prepričanih, 12,9 % pa se s tem ne strinja ($M = 3,87$). Anketirani ocenjujejo, da imajo pacienti najbolj zagotovljene socialne potrebe ($M = 4,05$), torej potrebe po stiku z družino, prijatelji, s čimer se strinja skoraj 80 % vprašanih. Kot najmanj zadovoljene potrebe ocenjujejo anketiranci zagotovljenost duhovnih potreb ($M = 3,69$). Da so slednje zagotovljene se strinja nekaj več kot 60 % anketiranih, slaba četrtnina se niti strinja niti ne strinja, preostalih 14 % pa meni, da pacienti nimajo zagotovljenih potreb po veri, upanju, mir in vrednotah. Kljub temu, pa se anketirani v več kot 90 % strinjajo, da imajo umirajoči pacienti še vedno tako duhovne ($M = 4,54$), kot tudi socialne potrebe ($M = 4,45$).

Tabela 2: Zadovoljenost potreb pacientov v paliativni oskrbi

Trditve	Odgovori					M	SD
	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se strinjam niti se ne strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam		
Zagotovljene so življenjske potrebe	1 (1,1 %)	6 (6,5 %)	16 (17,2 %)	44 (47,3 %)	26 (28,0 %)	3,95	0,901
Zagotovljene so duhovne potrebe	2 (2,2 %)	11 (11,8 %)	21 (22,6 %)	39 (41,9 %)	20 (21,5 %)	3,69	1,011
Zagotovljene so socialne potrebe	1 (1,1 %)	6 (6,5 %)	13 (14,0 %)	40 (43,0 %)	33 (35,5 %)	4,05	0,925
Izpolnjena je pravica pacienta do preprečevanja in lajšanja trpljenja	3 (3,2 %)	9 (9,7 %)	13 (14,0 %)	40 (43,0 %)	28 (30,1 %)	3,87	1,055

Vir: Lastni vir, 2022.

Zanimalo nas je, ali obstajajo statistično značilne razlike glede dojemanja zadovoljenih potreb pacientov v paliativni oskrbi glede na delovno mesto. Izvedeni statistični test ANOVA je pokazal, da statistično značilnih razlik med različnimi delovnimi mesti ni.

Nadalje nas je zanimalo ali med stopnjo zagotovljenih potreb in zmožnostjo prepoznavanja teh potreb obstaja povezanost in kakšna je povezanost s časovno determinanto nujenja zdravstvene nege paliativni oskrbi (tabela 3).

Tabela 3: Korelacijska analiza

		Življenjske potrebe	Duhovne potrebe	Socialne potrebe	Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja
Nudim ustrezno zdravstveno nego	r (p)	0,350*** (0,001)	0,392*** (0,000)	0,356*** (0,000)	0,527*** (0,000)
Znam prepoznati pacientove občutke	r (p)	0,222* (0,033)	0,248* (0,016)	0,250* (0,016)	0,414*** (0,000)
Znam prepoznati bolečino pacienta	r (p)	0,224* (0,031)	0,290** (0,005)	0,404*** (0,000)	0,494*** (0,000)

Prepoznam simptome, ki spremljajo umiranje	<i>r</i> (<i>p</i>)	0,287** (0,005)	0,267** (0,010)	0,348*** (0,001)	0,455*** (0,000)
Imam premalo časa za zdravstveno nego	<i>r</i> (<i>p</i>)	-0,098 (0,348)	-0,205* (0,049)	-0,050 (0,633)	-0,089 (0,398)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Vir: Lastni vir, 2022.

Rezultati korelacijske analize kažejo, da med nudenjem ustrezne zdravstvene nege in potrebami obstaja šibka, vendar statistično značilna povezanost, medtem ko je povezanost srednje močna ($r = 0,527$) pri zagotavljanju pravice do preprečevanja in lajšanja trpljenja. Rezultat nam pove, da nudenje ustrezne zdravstvene nege zagotavlja pacientom v paliativni oskrbi pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja v večji meri.

Med zmožnostjo prepoznavanja pacientovih občutkov, bolečine in simptomov umiranja obstaja šibka povezanost z zagotovitvijo življenjskih, duhovnih in socialnih potreb, medtem ko znova ugotavljamo srednje močno povezanost omenjenih spremenljivk pri zagotavljanju pravice do preprečevanja in lajšanja trpljenja.

Nenazadnje pa nas je zanimalo ali med stopnjo zagotovljenih potreb obstaja povezanost s časovno determinanto. Korelacijska analiza je pokazala statistično značilno povezanost le z zagotavljanjem duhovnih potreb. Čeprav je povezanost med spremenljivkama šibka, je slednja negativna, kar pomeni, da bolj, ko zdravstvenim delavcem primanjkuje časa, manj potreb lahko zagotovijo pacientom v paliativni oskrbi in kot se je izkazalo v statistični analizi, je časovna determinanta najbolj povezana z duhovnimi potrebami, ki so tudi v najmanjši meri zagotovljene v praksi.

4 Razprava

Rezultati izvedene študije so pokazali, da je za področje duhovne oskrbe zelo slabo poskrbljeno oziroma prezrto. Babnik in Karnjuš (2014, str. 12) v raziskavi ugotavljajo, najpogostejše izražene potrebe s strani umirajočih na duhovnem področju, in sicer po viru upanja in moči, sledi izvajanje duhovnih vaj ter izražanje pojma Boga ali božanstva. Iz naše raziskave je razvidno, da so v zadostnem deležu zagotovljene fizične in socialne potrebe v paliativni oskrbi in, da so najmanj zagotovljene duhovne potrebe. Kot razlog navajajo izvajalci zdravstvene nege obremenjenost in neustrezno znanje na tem področju.

V nadaljevanju nas je zanimalo, ali obstajajo statistično značilne razlike glede dojemanja zadovoljenih potreb pacientov v paliativni oskrbi glede na delovno mesto. Ugotovili smo, da med izvajalci zdravstvene nege na različnih delovnih mestih ne obstajajo statistično značilne razlike v stopnji zagotavljanja pacientovih potreb. Raziskave in literatura potrjujejo, da je paliativna oskrba postala globalna nuja. Poznamo jo že dobrih 30 let, vendar imamo kot družba, ki se utaplja v številnih podatkih in informacijah še vedno premalo modrosti in znanja, da bi jo izvajali dovolj učinkovito (Garcia - Baquero Merino, 2018, str. 4).

Nadalje nas je zanimalo, ali med stopnjo zagotovljenih potreb in zmožnostjo prepoznavanja teh potreb obstaja povezanost in kakšna je povezanost s časovno determinanto nudenja zdravstvene nege v paliativni oskrbi. Rezultati so pokazali, da med zmožnostjo prepoznavanja pacientovih občutkov, bolečine in simptomov umiranja obstaja šibka povezanost z zagotovitvijo življenjskih, duhovnih in socialnih potreb, medtem ko znova ugotavljamo srednje močno povezanost omenjenih spremenljivk pri zagotavljanju pravice do preprečevanja in lajšanja trpljenja. To pojasnimo tudi z dejstvom, da v okviru učnega študijskega programa izvajalci zdravstvene nege pridobijo znanje na področju obvladovanja bolečine. Namen paliativne

oskrbe je posameznikom prilagojeno obvladovanje telesnih, duhovnih, psiholoških in socialnih težav, strokovna obravnava in podpora družini (Furman in Lopuh, 2017, str. 146).

Ugotovili smo, da med stopnjo zagotovljenih potreb obstaja povezanost s časovno determinanto. Korelacijska analiza je pokazala statistično značilno povezanost le z zagotavljanjem duhovnih potreb. Čeprav je povezanost med spremenljivkama šibka, je slednja negativna, kar pomeni, da bolj, ko zdravstvenim delavcem primanjkuje časa, manj potreb lahko zagotovijo pacientom v paliativni oskrbi in kot se je izkazalo v statistični analizi, je časovna determinanta najbolj povezana z duhovnimi potrebami, ki so tudi v najmanjši meri zagotovljene v praksi. Vpliv pomanjkanja časa povzroča, da izvajalci zdravstvene nege zagotovijo pacientom v paliativni oskrbi predvsem življenjske in socialne potrebe ter pravico do preprečevanja in lajšanja trpljenja, medtem ko za zadovoljevanje duhovnih potreb jim zmanjka časa.

Ugotovili smo, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomembnosti zadovoljevanja duhovnih potreb, da si pacienti (želijo si miru, spoštovanja, strah jih je smrti) žal, ugotavljamo, da bi izvajalci zdravstvene nege za to potrebovali dodatna znanja s področja prepoznavanja občutkov in stisk pri pacientih v paliativni oskrbi.

V paliativni oskrbi nas mora zanimati človek kot celota, ne zgolj njegovi telesni simptomi. Izhajamo iz dejstva, da je vsak človek enkratna osebnost, ki ima lastne občutke, preteklost, težave, navade, pričakovanja in želje. Zato potrebuje človek kot taka celota v času bolezni holistično, to je celostno zdravstveno obravnavo.

LITERATURA

1. Babnik, K. in Karnjuš, I. (2014). Duhovne potrebe in duhovna oskrba pacientov. *Informatica Medica Slovenica*, 19(1–2), 12–18.
2. Bernot, M., Ebert Moltara, M. in Zakotnik, B. (2021). Vpliv epidemije covid-19 na izvajanje akutne paliativne oskrbe v onkologiji. *Onkologija*, 25(1), 18–30.
3. Ebert Moltara, M. (2014). Paliativna oskrba. *Onkologija*, 14(1), 53–55.
4. Furman, B. in Lopuh, M. (2017). Paliativna oskrba – kaj je to?. V G. Prosen (ur), *Zbornik V. šole urgence* (str. 146–150). Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
5. Garcia - Baquero Merino, G. (2018). Palliative Care: Taking the Long View. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01140>
6. Royal College of Nursing (2002). *A Framework for Nurses Working in Specialist Palliative Care Competencies Project*. London: Royal College of Nursing.
7. Savič Skela, B. idr. (2014). Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), 5–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
8. Simonič, B. (2014). Psihoterapija kot možnost razvoja empatije v odraslosti. *Andragoška spoznanja*, 20(4), 63–76.
9. Skela Savič, B., Lokar, K., Bernot, M. idr. (2004). *Vloga medicinske sestre v paliativni oskrbi*. Interni dokument Službe za zdravstveno nego in oskrbo na Onkološkem inštitutu Ljubljana.
10. Slak, J. (2011). Cilji in pomen načrtovanja oskrbe za bolnika in svojce. V U. Lunder (ur), *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice* (str. 52–54). Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
11. Šeruga, M. (2011). Paliativna oskrba nerakavih kroničnih bolnikov. V T. Žontar in A. Kvas (ur.), *Paliativna oskrba srčno-žilnega bolnika* (str. 10). Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji,
12. World Health Organization, (2018). Palliative care. Pridobljeno s <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>.

Andreja Ljubič

Ministrstvo za zdravje Ljubljana, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

Violeta Bahat Kmetič

Zdravstveni dom Sevnica, Ministrstvo za zdravje Ljubljana

Navigacijska zdravstvena pismenost v luči sporočanja zdravstvenih informacij

UDK 614:004.738.5(497.4)

KLJUČNE BESEDE: navigacijska zdravstvena pismenost, pacient, vladne organizacije, zdravstvene ustanove

POVZETEK – Navigacijska zdravstvena pismenost je danes tesno povezana s kompleksnostjo zdravstvenega sistema ter informacijami, ki jih sporočajo zdravstvene ustanove in ključni deležniki, na spletnih straneh. Namen raziskave je preučiti trenutno sporočanje informacij na spletnih straneh vladnih in zdravstvenih ustanov v Sloveniji in na podlagi informacij oblikovati predloge morebitnih rešitev v sistemu. Izvedena je bila kvantitativna analiza spletnih strani 28 vladnih organizacij in 95 zdravstvenih ustanov na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva, s pomočjo izbranih ključnih besed povezanih z zdravjem ter na področju 10 izbranih najpogostejših kroničnih bolezni/stanj v Sloveniji. Prednosti v dostopnosti informacij vladnih institucij se kažejo v vzpostavljeni skupni spletni strani celotne državne uprave, kar omogoča poenoteno sporočanje zdravstvenih informacij. Večina zdravstvenih informacij je objavljenih na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Pri uporabi ključnih besed za 10 najpogostejših kroničnih bolezni/stanj je največ informacij o preventivnih programih, ki so vodeni iz nacionalne ravni. Potrebno je urediti enotno poročanje na relevantnih spletnih straneh ter omogočiti uporabniku usmerjeno navigacijo po zdravstvenem sistemu, kar bo pripomoglo k poenotenju in uskladitvi vseh aktivnosti, ki se v zdravstvenem sistemu ponujajo uporabnikom, zmanjšanje neenakosti v zdravju ter racionalizacijo financiranja zdravstvenih storitev.

UDC 614:004.738.5(497.4)

KEYWORDS: navigation health literacy, patient, government organizations, healthcare institution

ABSTRACT – Navigational health literacy is closely related to the complexity of the health system and the information communicated by health institutions and key stakeholders on websites. The purpose of the research is to examine the current communication of information on the websites of the government and health institutions in Slovenia and, based on the information, to formulate proposals for possible solutions in the system. A qualitative research was conducted with a review of the websites of 28 government organizations and 95 healthcare institutions at the primary, secondary and tertiary levels of healthcare, using selected keywords related to health and the 10 most common chronic diseases/conditions in Slovenia. The advantages of accessibility of information from the government institutions can be seen in the established joint website of the entire state administration, which enables a unified communication of health information. Most health information is published on the website of the National Institute of Public Health. When using the keywords for the 10 most common chronic diseases/conditions, the majority of information is about prevention programs coordinated at the national level. It is necessary to organize a uniform reporting on the relevant websites and enable user-oriented navigation through the health system, which will help unify and coordinate all activities offered to users in the health system, reduce health inequalities and rationalize the financing of health services.

1 Teoretična izhodišča

Potrebe pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem, so vedno bolj kompleksne in zahtevne. Temu se prilagaja razvoj zdravstvenega sistema s storitvami, usmerjenimi v pacienta, družino in skupnost, kot v bolj poglobljeno, natančno, digitalizirano obravnavo. Zdravstveni sistem ni več samo javno zdravstveni sistem, vedno več je zasebnih ponudnikov storitev, ki ponujajo hitrejši dostop do zdravstvenih storitev (Tang idr., 2021). Zaradi hitre širitve in kompleksnosti zdravstvenega sistema in ponudbe zdravstvenih storitev se pacient vse težje orientira znotraj njega (Griese idr., 2020). Breme prehajanja po tako zahtevnem in enotnem zdravstvenem sistemu pade na pacienta in njihovo družino (Tang idr., 2021). Pacient in njegova družina so ob vstopu v zdravstveni sistem v posebno ranljivi situaciji, ko zaradi različnih vzrokov potrebujejo pomoč, ki bo vplivala na njegovo zdravje, zato so po mnenju (Tran idr., 2008) bolj ranljivi in manj zdravstveno pismeni. Zdravstvena pismenost je koncept, ki se razume kot »kompetence za dostop, razumevanje, oceno in uporabo zdravstvenih informacij« (Sørensen idr., 2012), pomembnih za sprejemanje odločitev, povezanih z zdravjem, za spodbujanje zdravja, aktivno sodelovanje pri obvladovanju zdravja in bolezni v vsakdanjem življenju ter za uporabo zdravstvenega sistema (Schaeffer idr., 2020). Zmanjšana sposobnost razumevanja informacij, kot je nizka zdravstvena pismenost, je povezana s slabimi zdravstvenimi rezultati in uporabo zdravstvenih storitev (Perez idr., 2016). Posameznik z ustrezno stopnjo zdravstvene pismenosti lahko prevzame odgovornost za lastno zdravje, družinsko zdravje in zdravje skupnosti (Sørensen idr., 2012).

Pomembna dimenzija zdravstvene pismenosti je navigacijska zdravstvena pismenost, ki se navezuje na uporabo in krmarjenje po zdravstvenem sistemu (Griese idr., 2020). Razumemo jo lahko tudi kot odnosni koncept med okoljem zdravstvenega varstva in njegovimi strukturami, ki prispevajo k individualnim sposobnostim za orientacijo in navigacijo (Dadaczynski idr., 2021). Gui idr. (2018) pravijo, da je »navigacijska kompetenca nabor integriranih zmogljivosti, ki jih sestavljajo znanje in spretnosti za posamezne uporabnike zdravstvenega varstva, da lahko učinkovito prehajajo skozi kompleksne sisteme zagotavljanja storitev.« Naloge, dodeljene posamezniku, so močno odvisne od kakovosti informacij, ki so na voljo za navigacijo v organizacijah. Če jih je premalo, se zahteve posameznika povečajo. Enako velja za sistemsko raven: bolj, ko so zdravstveni sistemi kompleksni, bolj zahtevna je navigacija po sistemu (Griese idr., 2020). Perez idr. (2016) in Fields idr. (2018) pravijo, da so navigacijske spretnosti povezane z informacijami in izkušnjami kot virom znanja ter so konceptualizirane kot potencialni rezultat zdravstvene pismenosti.

Spodbujanje in podpora pacientom pri krepitvi navigacijske zdravstvene pismenosti, kot intervencijska strategija, je za politične odločevalce in zdravstvene delavce eden od pogojev za zagotavljanje čustvene, instrumentalne in informacijske podpore pacientu, ki vstopa v zdravstveni sistem (Davis idr., 2021).

Prednosti interneta kot orodja za iskanje zdravstvenih informacij vključujejo enostaven dostop do širokega spektra zdravstvenih vsebin ter možnost doseganja širokega občinstva (Reen idr., 2019). Fernandez idr. (2021) navaja, da se digitalne zdravstvene storitve vedno bolj razvijajo in začenjajo tekmovati s tradicionalnimi zdravstvenimi storitvami, posledično postajajo vse bolj zapletene tudi večine, ki jih državljan potrebuje, da lahko v celoti izkoristi digitalne zdravstvene storitve (van Kessel idr., 2022). Karnoe idr. (2018) ter Keselman idr. (2019) ocenjujejo, da je v digitalni dobi ključnega pomena ne le zagotavljanje informacij, temveč tudi zagotavljanje podpornih orodij, ki pacientu pomagajo pri iskanju, ocenjevanju in analizi kakovosti informacij. Zavedanje o zdravstveni pismenosti, njenih posledicah in pomembnosti za posameznikovo in javno zdravje je temeljnega pomena za doseganje ciljev zdravja (Magnani idr., 2018).

Namen raziskave je preučiti trenutno sporočanje informacij na spletnih straneh vladnih in zdravstvenih ustanov v Sloveniji in na podlagi informacij oblikovati predloge morebitnih rešitev v sistemu.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedena je bila kvantitativna analiza vsebine spletnih strani, s katero smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri imajo uporabniki zdravstvenega sistema možnost pridobivanja informacij, povezanih z zdravjem na verodostojnih spletnih straneh. Raziskava je potekala v letu 2020. Pregled spletnih strani so izvedli nezdravstveni delavci, saj je bil namen pregleda usmerjen v ugotavljanje preglednosti, razumljivosti, uporabnosti in dostopnosti do spletnih informacij.

2.2 Opis vzorca

Pregled spletnih strani je zajemal 28 vladnih in z vlado povezanih organizacij ter 95 zdravstvenih institucij na vseh ravneh zdravstvenega varstva. V pregled vladnih organizacij smo zajeli 40 spletnih strani in sicer: spletno stran Vlade Republike Slovenije (RS), spletne strani 13 pristojnih ministrstev in 25 spletnih strani z Vlado RS povezanih institucij. Pri pregledu spletnih strani zdravstvenih institucijah smo v pregled vključili 68 zdravstvenih domov (primarna raven) in spletne strani 27 bolnišnic (sekundarna in terciarna raven).

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Zadetke smo iskali s pomočjo spletnega iskalnika Google. Za pregled spletnih strani tako vladnih organizacij kot zdravstvenih institucij smo uporabili ključne besede: zdravje, zdravstvena pismenost, promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in vzgoja za zdravje. Spletne strani zdravstvenih ustanov so bile pregledane tudi s pomočjo ključnih besed desetih kroničnih bolezni in stanj, ki smo jih izbrali glede na incidenco kot najpogostejše v Sloveniji, to so: depresija, srčno popuščanje, ishemična bolezen srca, sladkorna bolezen tip II, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB), bolečine v križu, rak dojke, rak prostate, možganska kap in parodontalna bolezen. Pridobljeni podatki so bili obdelani in vneseni v Excelove tabele. Glede na zastavljene kategorije so raziskovalci ocenili pregled na podlagi tri stopenjske lestvice, pri kateri je prva stopnja predstavljala slabo oceno, druga stopnja dobro oceno in tretja stopnja zelo dobro oceno. Zaradi lažje preglednosti rezultatov so bile ocene številčno ovrednotene, in sicer slabo (1), dobro (2), zelo dobro (3).

3 Rezultati

Na spletnih straneh Vlade RS, pristojnih ministrstev in vladnih organizacij smo identificirali 46 zadetkov. V skupini ministrstev smo največ zadetkov našli na spletni strani Ministrstva za zdravje ($n = 13$) in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve ($n = 9$). Največ zadetkov je bilo na ključno besedo »zdravje«. Na spletni strani Ministrstva za zdravje so bili zadetki večinoma povezani z besedno zvezo Ministrstvo za zdravje in Minister za zdravje. Na spletnih straneh vladnih Agencij in institucij, povezanih z vladnim sektorjem smo identificirali 6468 zadetkov, od tega 2928 na spletni strani NIJZ na ključno besedo »zdravje«. Zadetki so bili vsebinsko povezani z obvestili za javnost, dovoljenji za opravljanje dejavnosti, medicinskimi pripomočki, nadzori, spremljanjem varnosti zdravil ter neustreznimi izdelki.

Raziskovalci so ugotovili, da imajo vsa ministrstva in njihovi organi v sestavi enotno spletno stran, na katero se dostopa iz skupne spletne strani vladnih struktur, kar predstavlja možnost

poenotenja informacij na področju zdravstvene pismenosti. Velika platforma omogoča podajanje enotnih informacij, povezanih z zdravjem, vendar je bilo zadetkov na spletnih straneh relativno malo glede na razvitost zdravstvenega sistema in preventivnih aktivnosti, ki se izvajajo v Sloveniji. Identificiranih je bilo veliko podatkov, v katerih se lahko iskalec izgubi, informacije so za povprečnega uporabnika pomanjkljive in pogosto nerazumljive, informacije povezane z zdravjem pa pred objavo ne preveri strokovno usposobljen kader. Pri pregledu so raziskovalci zaznali priložnost vzpostavitve medsebojnega sodelovanja med vladnimi in nevladnimi organizacijami glede konkretnih aktivnosti, povezanih z zdravstvenimi vsebinami oziroma zdravstveno pismenostjo.

Na ključno besedo »zdravje« smo našli 124 zadetkov, od tega 114 zadetkov na primarni ravni in 10 zadetkov na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva. Nobenega zadetka nismo zasledili na spletnih straneh 12 zdravstvenih domov, pri bolnišnicah pa smo zadetke našli le na 5 spletnih straneh. Zadetki se večinoma nanašajo na aktivnosti in delavnice v Zdravstveno vzgojnih centrih, Centrih za krepitev zdravja in Dispanzerjih oziroma centrih za duševno zdravje, namenjene tako otrokom in mladostnikom, kakor tudi odraslim. Na sekundarni in terciarni ravni so bili zadetki identificirani kot vabila na dogodke, povezave do internih zdravstvenih glasil, povezave do nekaterih društev ter filmi na različne teme, povezane z zdravjem. Zadetki so bili ocenjeni z oceno dobro, najboljše pa dostopnost do podatkov na primarni zdravstveni ravni.

Na ključno besedo »zdravstvena vzgoja« je bilo najdenih 220 zadetkov, od tega jih je bilo 10 odstotkov povezanih z dokumenti Letno poročilo ali Program dela in finančni načrt za posamezno leto. Ključne besede ni bilo zaslediti na 9 spletnih straneh zdravstvenih institucij na primarni ravni in na 17 spletnih straneh ustanov na sekundarni in terciarni ravni. Zadetki se nanašajo na aktivnosti, ki se izvajajo v okviru Centrov za krepitev zdravja in Zdravstveno vzgojnih centrov. Število zadetkov na posamezni spletni strani niha od 1 do 11 na primarni ravni in od 1 do 5 na sekundarni ravni. Večina zadetkov je bilo ocenjenih z oceno dobro, predvsem dostopnost do podatkov na primarni zdravstveni ravni in uporabnost informacij na sekundarni ravni.

Na ključno besedo »krepitev zdravja« je bilo največ zadetkov (142) objavljenih na primarni ravni in le trije na sekundarni in terciarni ravni. Kar 24 bolnišnic in 18 zdravstvenih domov nima na svoji spletni strani zadetka pod to ključno besedo. Število zadetkov na posamezni spletni strani niha od 1 do 8 objav na primarni ravni, na sekundarni ravni pa je samo po 1 objava na posamezni spletni strani. Prav tako so bili na to ključno besedo zadetki pretežno ocenjeni z oceno dobro na področju dostopnosti do podatkov na primarni zdravstveni ravni.

Na izbrano ključno besedo »promocija zdravja« je bilo skupno 145 zadetkov, od tega 91 na primarni in 54 na sekundarni in terciarni ravni. Ključna beseda je najslabše zastopana na spletnih straneh na primarnem nivoju, saj je nismo zasledili kar na 25 spletnih straneh, medtem ko smo jo na sekundarni in terciarni ravni zasledili na 15 spletnih straneh. Prav tako je bila na vseh treh ravneh več kot polovica zadetkov ocenjena z oceno zelo dobro za dostopnost do podatkov.

Na ključno besedo »zdravstvena pismenost« nismo zasledili nobenega zadetka na nobeni spletni strani.

Zadetke, pridobljene s pregledom spletnih strani zdravstvenih institucij na primarni ali sekundarni/terciarni ravni zdravstvenega varstva na ključne besede desetih najpogostejših kroničnih bolezni / stanj v Sloveniji, prikazujemo v Tabeli 1. Največ zadetkov smo našli na spletnih straneh zdravstvenih organizacij na primarni zdravstveni ravni ($n = 385$). Največ zadetkov je bilo najdenih na ključno besedo »Depresija« ($n = 143$) ter na »Sladkorna bolezen

tipa 2« in »Rak dojke«. To so programi, ki so koordinirani in vodeni na nacionalni ravni. Najmanj zadetkov je bilo najdenih na ključno besedo »Parodontalna bolezen«.

Tabela 1: Sumarni prikaz zadetkov za posamezno kronično obolenje/stanje glede na raven zdravstvenega varstva

<i>Kronično obolenje / stanje</i>	<i>Zdravstvena raven</i>	<i>Število zadetkov</i>
Ishemična bolezen srca	primarna	3
	sekundarna	3
Možganska kap	primarna	23
	sekundarna	42
KOPB	primarna	16
	sekundarna	18
Srčno popuščanje	primarna	11
	sekundarna	35
Depresija	primarna	107
	sekundarna	36
Bolečina v križu	primarna	13
	sekundarna	5
Sladkorna bolezen tipa 2	primarna	123
	sekundarna	16
Rak dojke	primarna	59
	sekundarna	53
Rak prostate	primarna	25
	sekundarna	25
Parodontalna bolezen	primarna	5
	sekundarna	0

V nadaljevanju je bila vsaka najdena vsebina na spletnih straneh ocenjena z vidika preglednosti, razumljivosti, uporabnosti ter dostopnosti do podatkov z oceno 1 (slabo), 2 (dobro) in 3 (zelo dobro). Oceno vsebin glede na izbrano kronično bolezen/stanje na posamezni zdravstveni ravni prikazujemo v tabeli 2. Raziskovalci so ugotovili, da vsebine o »Ishemični bolezen srca« predstavljajo le 3 zdravstveni domovi in 2 bolnišnici in so hitro dostopne, podane vse na enem mestu, izrazoslovje je primerno za uporabnika, informacije so razumljive in so v pomoč pri razumevanju bolezni. Vsebine o »Možganski kapi« so bile identificirane na 17 spletnih straneh zdravstvenih domov in 13 bolnišnic in so jih raziskovalci ocenili s povprečno z oceno dobro. Na spletnih straneh bolnišnic nismo našli nobenega zadetka o »Parodontalni boleznii«. Na primarni zdravstveni ravni je tovrstne vsebine predstavljalo 5 zdravstvenih domov, ki so bile ocenjene s povprečno oceno dobro. Z najnižjo oceno so bile ocenjene vsebine na ključno besedo »Bolečina v križu« na 4 bolnišničnih spletnih straneh, medtem ko so bile na spletnih straneh 13 zdravstvenih domov ocenjene z oceno dobro. Najbolje so raziskovalci ocenili »Depresijo« na spletnih straneh 16 bolnišnic. Več kot polovica zdravstvenih domov ima na spletnih straneh vsebine o »Sladkorni boleznii tipa 2« in o »Raku dojke«, ki so prav tako ocenjene z oceno dobro. Raziskovalci so ugotovili, da spletne strani zdravstvenih ustanov nimajo notranjih povezav, v katere bi lahko uporabnik vtiskal ključno besedo. Veliko zadetkov so morali poiskati preko iskalnika Google tako, da so kot ključno besedo navedli izbrano bolezen/stanje in zdravstveno ustanovo.

Tabela 2: Ocena vsebin na spletnih straneh glede na izbrano kronično bolezen/stanje na posamezni zdravstveni ravni

Kronično obolenje/stanje	Zdravstvena raven	Ocena spletnih strani z vidika raziskovalcev			
		Preglednost	Razumljivost	Uporabnost	Dostopnost do podatkov
Ishemična bolezen srca	primarna	2,00	1,67	2,67	2,67
	sekundarna	2,00	2,00	2,50	3,00
Možganska kap	primarna	1,86	1,71	1,93	2,33
	sekundarna	2,00	2,09	2,08	2,85
KOPB	primarna	2,00	2,00	1,92	2,92
	sekundarna	2,09	2,09	2,50	2,42
Srčno popuščanje	primarna	2,14	2,14	2,14	3,00
	sekundarna	2,08	2,00	2,00	2,42
Depresija	primarna	1,98	1,98	2,02	2,73
	sekundarna	2,17	2,25	2,50	2,63
Bolečina v križu	primarna	2,00	2,00	2,27	2,46
	sekundarna	1,25	1,25	2,00	1,75
Sladkorna bolezen tipa 2	primarna	2,03	2,03	2,06	2,86
	sekundarna	1,91	1,91	2,00	2,64
Rak dojke	primarna	2,03	2,06	2,12	2,71
	sekundarna	2,00	2,00	2,00	1,93
Rak prostate	primarna	1,69	1,75	2,19	2,75
	sekundarna	1,91	1,91	1,91	2,36
Parodontalna bolezen	primarna	1,80	1,80	1,80	3,00
	sekundarna	/	/	/	/

4 Razprava

Potreba po navigaciji pacientov je odgovor na vse večjo kompleksnost zagotavljanja zdravstvenih storitev, staranje prebivalstva, povečano polimorbidnost in socialne neenakosti v zdravju prebivalstva (Carter idr., 2018). Vsi pacienti in uporabniki ne morejo izpolniti sodobnih navigacijskih zahtev, kar vodi do dezorientacije, stresnega iskanja, negotovosti in prekinitve zdravstvene oskrbe (Lopez idr., 2019). To še posebej prizadane ljudi z nizko zdravstveno pismenostjo (van der Gaag idr., 2017), saj imajo več težav pri orientaciji v zdravstvenem sistemu in pri obvladovanju pogosto zapletenih informacij (Griese idr., 2020). Težave z navigacijo po zdravstvenem sistemu običajno nastopijo pri zdravstveni oskrbi oziroma obvladovanju kroničnih nenalezljivih bolezni/stanj. Danes pogost vir informacij so spletne strani, ki lahko ponujajo zavajajoče informacije. Iskalci informacij bi tako morali dobro poznati in zaupati viru, od koder črpajo informacije, povezane z zdravjem, vendar Choung idr. (2017) ocenjujejo, da pogosto ne razmišljajo o izvoru napisanih informacij, zato težko ocenjujejo kakovost informacij, ki jih uporabljajo. Prav tako Manganello idr. (2017) ugotavljajo, da ljudje z nizko stopnjo zdravstvene pismenosti pogosteje uporabljajo spletna mesta družabnih omrežij kot spletna mesta, na katerih bi lahko našli podporo pri ohranjanju zdravja ali obvladovanju bolezni. Glede na to, koliko informacij ponujajo spletna mesta slovenskih vladnih organizacij in zdravstvenih zavodov v Sloveniji, lahko sklepamo, da se tudi v Sloveniji ljudje usmerjajo na iskanje informacij, povezanih z zdravjem na družbena

omrežja ter spletne strani, ki po algoritmih najprej stopijo v ospredje ob vnosu ključnih besed v iskalnike. Mangello idr. (2017) poudarijo močno povezavo med izkušnjami pri iskanju zdravstvenih informacij in uporabo spletnih mest, ki jih pogosteje uporabljajo za informiranje o zdravstvenih vsebinah. Dodajajo, da je pomembna izkušnja, ki jo uporabnik ima pri iskanju relevantnih podatkov, vizualna podoba spletne strani ter zadovoljstvo z iskanjem in najdenimi informacijami.

Vse hitrejša digitalizacija zdravstvenih storitev, vedno pogostejša uporaba digitalnega medija za iskanje vse mogočih informacij, v vseh starostnih skupinah mora postati opozorilo za snovalce zdravstvene politike in zdravstvene delavce, ki potrebujejo ustrezne spretnosti za učinkovito informiranje in poučevanje pacientov s tem povezanih konceptov in veščin (Holt et al., 2020). Pri pregledu spletnih strani na ključne besede izbranih kroničnih bolezni/stanj uporabniki največ dostopnih, razumljivih in preglednih informacij najdejo na področju depresije, sladkorne bolezni tipa 2 in raka dojke. Kar pomeni, da so strokovno preverjene, razumljive informacije o izbranih boleznih/stanjih pri nas najpogosteje dostopne na področju državno koordiniranih programov za obvladovanje kroničnih bolezni. Zato je dostopnost informacij na teh področjih bolj zastopana, saj je pomen preventivnih programov usmerjenost v uporabnika in krepitev njihovega zdravja ter zmanjševanje neenakosti v zdravju. Dostopne vsebine tako v največji meri usmerjajo uporabnika, kje v sistemu lahko dobi informacije ali poskrbi za svoje zdravljenje, če ima katero od izbranih kroničnih bolezni ali stanj. Na ostale kronične bolezni/stanja smo našli izrazito malo zadetkov, kar nas usmerja v razmišljanje, da zdravstveni delavci v Sloveniji še vedno ne uporabljajo spletnih strani zavodov kot uporabnih digitalnih medijev za sporočanje pacientom informacije za lažjo navigacijo po zdravstvenem sistemu ali informacije, ki so pacientu lahko v oporo pri prepoznavanju bolezenskih znakov, rehabilitaciji po obolenju/poškodbi, življenju s kronično boleznijo/stanjem, s katerimi bi pripomogli k povečanju skrbi za lastno zdravje. Schaeffer idr. (2021) predlagajo razvoj nacionalnih strategij za izboljšanje navigacijske zdravstvene pismenosti ljudi, da bi postali zdravstveni sistemi bolj pismeni, uporabniku prijazni in lažji za navigacijo. Tovrstni sistemi bi omogočali poenotenje zdravstvenih informacij, povečano zaupanje v informacije, ki bi jih uporabniki zdravstvenega sistema prejeli na verodostojnih spletnih straneh. Na tak način bi sistemsko vplivali na dvig navigacijske zdravstvene pismenosti in na dvig splošne zdravstvene pismenosti za celotno populacijo.

LITERATURA

1. Carter, N., Valaitis, R. K., Lam, A. idr. (2018). Navigation Delivery Models and Roles of Navigators in Primary Care: A Scoping Literature Review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
2. Choung, J. T., Lee, Y. S., Jo, H. S. idr. (2017). What Factors Impact Consumer Perception of the Effectiveness of Health Information Sites? An Investigation of the Korean National Health Information Portal. *Journal of Korean Medical Science*, 32(7), 1077. <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.7.1077>
3. Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M. idr. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the Covid-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24097. <https://doi.org/10.2196/24097>
4. Davis, D. A., Angeles, G., McNaughton - Reyes, L. idr. (2021). Examining How Health Navigation Affects Mental Health Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Living with Human Immunodeficiency Virus in Guatemala. *AIDS Patient Care and STDs*, 35(4), 126–133. <https://doi.org/10.1089/apc.2021.0008>

5. Fernandez, E., Woldgabreal, Y., Day, A. idr. (2021). Live Psychotherapy by Video Versus in-Person: A Meta-Analysis of Efficacy and its Relationship to Types and Targets of Treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1535–1549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2594>
6. Fields, B., Rodakowski, J., James, A. E. idr. (2018). Caregiver Health Literacy Predicting Healthcare Communication and System Navigation Difficulty. *Families, Systems, & Health*, 36(4), 482–492. <https://doi.org/10.1037/fsh0000368>
7. Griese, L., Berens, E. M., Nowak, P. idr. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
8. Gui, X., Chen, Y. in Pine, K. H. (2018). Navigating the Healthcare Service »Black Box«: Individual Competence and Fragmented System. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 2(CSCW), 1–26. <https://doi.org/10.1145/3274330>
9. Holt, K. A., Overgaard, D., Engel, L. V. idr. 2020). Health Literacy, Digital Literacy and eHealth Literacy in Danish Nursing Students at Entry and Graduate Level: A Cross Sectional Study. *BMC Nursing*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00418-w>
10. Karnoe, A., Furstrand, D., Christensen, K. B. idr. (2018). Assessing Competencies Needed to Engage With Digital Health Services: Development of the eHealth Literacy Assessment Toolkit. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5), e178. <https://doi.org/10.2196/jmir.8347>
11. Keselman, A., Arnott Smith, C., Mureko, A. C. idr. (2019). Evaluating the Quality of Health Information in a Changing Digital Ecosystem. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e11129. <https://doi.org/10.2196/11129>
12. Lopez, D., Pratt - Chapman, M. L., Rohan, E. A. idr. (2019). Establishing effective patient navigation programs in oncology. *Supportive Care in Cancer*, 27(6), 1985–1996. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04739-8>
13. Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D. idr. (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 138(2), e48–e74 <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>
14. Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K. idr. (2017). The Relationship of Health Literacy With Use of Digital Technology for Health Information: Implications for Public Health Practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(4), 380–387. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000366>
15. Perez, L., Morales, K. H., Klusaritz, H. idr. (2016). A Health Care Navigation Tool Assesses Asthma Self-Management and Health Literacy. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138(6), 1593–1599. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2016.08.043>
16. Reen, G. K., Muirhead, L. in Langdon, D. W. (2019). Usability of Health Information Websites Designed for Adolescents: Systematic Review, Neurodevelopmental Model, and Design Brief. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), e11584. <https://doi.org/10.2196/11584>
17. Schaeffer, D., Gille, S. in Hurrelmann, K. (2020). Implementation of the National Action Plan Health Literacy in Germany-Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4403. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124403>
18. Schaeffer, D., Griese, L., Telo de Arriaga, M. idr. (2021). The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna. Pridobljeno s https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_International%20Report.pdf.
19. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. idr. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
20. Tang, K. L., Kelly, J., Sharma, N. idr. (2021). Patient Navigation Programs in Alberta, Canada: An Environmental Scan. *CMAJ Open*, 9(3), E841–E847. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210004>
21. Tran, T. P., Robinson, L. M., Keebler, J. R. idr. (2008). Health Literacy among Parents of Pediatric Patients. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 9(3), 130–134.

22. Van der Gaag, M., van der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M. idr. (2017). Health Literacy and Primary Health Care use of Ethnic Minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 17(1), 350. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2276-2>
23. Van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T. idr. (2022). Digital Health Literacy as a Super Determinant of Health: More than Simply the Sum of Its Parts. *Internet Interventions*, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>

Misija Rak – aktualni prebojni ukrep Evropske komisije in držav EU

UDK 616-006-084(4-6EU)

KLJUČNE BESEDE: misija, rak, celostna obravnava pacienta, zdravje v vseh politikah, ukrepi EU

POVZETEK – Prispevek osredotoča pozornost na nov ukrep v okolju Evropske Unije (EU), kar so misije. Namenjene so ustvarjanju prebojev za reševanje najbolj perečih problemov v finančni perspektivi 2021–2027. Misija rak je nadgradnja že obstoječega Evropskega plana borbe proti raku; posebej dodaja nujne aktivnosti razumevanje problema, preventive in zagotavljanja kakovosti življenja posameznika. Konec leta 2022 je pričela njena faza implementacije. Od misije se pričakujejo konkretni rezultati (preokrenitev trendov naraščanja smrtnosti, zmanjšanje števila umrlih itn), in seveda, da bodo v misiji zasnovani ukrepi učinkovali. V ta namen pa je potrebno ukrepanje ne le v okviru politike zdravstva, ampak aktivacija in usklajeno ukrepanje vseh politik. V ta namen pa je treba razumeti, kako deluje okolje EU, njegovo ozadje in kontekst ter še zlasti, kateri instrumenti in metodologije so na razpolago za ukrepanje: na področju zdravja, nege, za večjo aktivacijo lokalne skupnosti, za usposabljanja in izobraževanja. Pomemben je razvoj izobraževanj in usposabljanj, spodbujati gre nove inovativne pristope, povezovati različne deležnike na državnem, lokalnem in mednarodnem nivoju, spodbujati raziskave, večjo zaposlenost in dostojno plačilo še zlasti za področja nege in več vključevanja v EU projekte. Prispevek uvodoma predstavi kontekst problemov in izzivov EU okolja in ozadje misij kot novega specifičnega in hkrati celostnega vsebinskega ukrepanja. Sledi predstavitev misije rak: izpostavljeni so slovenski primeri dobre prakse, znanstveno-raziskovalno področje raka in inovativno delo, ki ga misija postavlja v kontekst celostne obravnave pacienta in pristop »zdravja v vseh politikah«.

UDC 616-006-084(4-6EU)

KEYWORDS: mission, cancer, patient focused care, health in all policies, EU measures

ABSTRACT – This paper is focused on the new European Union measure - missions. The missions' purpose is a break-through for heavy problems solving in the financial perspective 2021–2027. The Cancer Mission upgrades Europe's Beating Cancer Plan; this mission is adding urgent action regarding broader understanding, prevention and quality life of survivors. At the end of 2022, the mission implementation phase started. In order to maximise results of the Mission, not only health policy measures are to be put down. All policies are to be activated for health and a coordinated action has to be done. It is to understand how EU environment works, its background and context. Also it is to know instruments and methodology how to act for health and care, to activate local community, how to educate and who and how to train. The development of education and training is important, it is to push innovative access, networking on state, local and international level. To achieve this, research in the field should be stimulated and also employment in healthcare should be promoted, also with decent payment. Involvement in EU projects is also important. At first, the paper presents the EU context of problems and challenges, also missions' background as they are a new and a specific content measure. Mission Cancer is presented, an related cases of good practices science and research work in Slovenia, while putting patient in the center of "health in all policies".

1 Problemi in izzivi EU okolja

Za zdravstvene politike so odgovorne države članice EU same, vendar se pričakuje, da bi morale varovati javno zdravje v duhu evropske solidarnosti. Tako EU dopolnjuje in podpira

nacionalne zdravstvene politike, spodbuja sodelovanje med državami članicami in usklajevanje njihovih programov zdravstvene politike, organizacijo, upravljanje in zagotavljanje storitev in oskrbe. Zato se spodbujajo ukrepi, ki so dodana vrednost: izmenjave najboljših praks, mreže za izmenjavo znanja ali vzajemno učenje, potencial inovacij, optimizacijo uporabe finančnih sredstev, krepitev zmogljivosti od strateškega načrtovanja do dostopa do financiranja. EU spodbuja blaginjo, visoko raven varovanja zdravja ljudi (Program EU za zdravje za obdobje 2021–2027, Uredba 2021/522).

Za učinkovitost programov ukrepanja in uspešne rezultate, se spodbuja sinergija programa Zdravje (Health) z drugimi programi EU: program Digitalna Evropa, Obzorje Evropa, Evropski sklad za regionalni razvoj (ESRR), Evropski socialni sklad plus (ESS+), Program Invest EU, Mehanizem za okrevanje in odpornost in Kohezijski sklad (Cohesion fund). Zato »Zdravje v vseh politikah« pomeni pristop k razvoju, izvajanju in pregledu javnih politik ne glede na sektor, pri katerem se upoštevajo zdravstvene posledice odločitev in se skušajo doseči sinergije ter preprečiti morebitni škodljivi vplivi teh politik na zdravje.

Zdravstvena zakonodaja Unije neposredno vpliva na javno zdravje, življenja ljudi, učinkovitost in odpornost zdravstvenih sistemov ter na delovanje notranjega trga EU. Zdravje delavcev povečuje produktivnost, konkurenčnost in vključenost tako na trg delovne sile kot v družbo.

Evropske referenčne mreže, ki so bile vzpostavljene na podlagi Direktive 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, pa povezujejo izvajalce zdravstvenega varstva po vsej Evropi. Njihov cilj je olajšati razpravo o kompleksnih ali redkih boleznih ter zdravstvenih stanjih, ki zahtevajo visoko specializirano zdravljenje ter združevanje znanja in virov.

Za učinkovito ukrepanje na najbolj perečih področjih je Evropska Komisija uvedla ukrepanje s t. i. misijami. Tako je aktualnih pet misij: Prilagajanje na podnebne spremembe, Spopad z rakom, Restavracija oceanov in voda, Klimatsko nevtralna in pametna mesta in Zemlja.

Z vidika družbe in države je financiranje zdravja naložba in ne strošek. Omogoča, da ljudje prevzamejo aktivno vlogo pri skrbi za lastno zdravje. Boljša zdravstvena pismenost pa omogoča, da se pozitivno vpliva na zdravje, zmanjšajo neenakosti v zdravju in nepravilnosti pri pravicah do storitev in do aktivnosti ukrepov. Zdravje je le delno v rokah medicine, večji del je v preventivi, slednja pa je lahko v domeni šolstva, izobraževanja, znanosti itn. In tudi to je razumljeno s pristopom ukrepanja 'zdravja v vseh politikah'. Pomen preventivnega ukrepanja je v dejstvu, da zmanjšuje pritisk na sistem javnega zdravstva in nacionalne proračune. Zaradi demografskih sprememb, zlasti staranja družbe, je ogrožena vzdržnost sistema nege in zdravstva. Analizira in išče se načine, da se predlaga spremembe in dopolnitve sistemov ter snuje nove ukrepe zato, da bi izboljšali zdravje populacije in enakost v zdravju. (https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf). Za prihodnosti EU so bili pomembni »3 O« (odprta znanost, družba in odprtost svetu; ang. open science, open society and open to the world) že od 2015. Digitalni enotni trg in Trajnostni cilji Združenih narodov (ang. UN Sustainable Development Goals, SDG), Pariški sporazum o podnebnih spremembah so sestavni deli globalnega okvira, v katerem potekajo tudi aktivnosti EU. Obzorje Evropa je prvi med instrumenti (orodji), ki je po definiciji »gradnik ekonomije, ki je zasnovana na znanju in inovacijah«. Po analiziranju vzročno posledičnih povezav je nastalo Poročilo Visoke skupine za maksimiranje učinkov EU raziskovalnih in inovacijskih programov »Investiranje v Evropsko prihodnost, ki jo želimo« Istega leta 2017 je EU razglasila Steber socialnih načel. Evropski kodeks proti raku 2022–2025 pa direktno naslavlja končnega uporabnika, katera vsa področja terjajo preventivni spopad (tobak, alkohol, itn.).

Zaradi odpornosti in okrepanja je pomembno graditi eko-sistem in z njim povezan sodobni model managementa in v ta model še bolj vključiti mlade zdravnike in sestre. Raste število središč znanja (ang. knowledge hubs) Ti so organizirani kot agencije in hkrati platforme, da so inovativni, hitri, da spodbujajo in širijo znanje. Knowledge hub se postavlja na dveh stebrih: prvi je operativna struktura vladanja, in ki je tudi financirana, drugi steber pa širi spoznanja in informacije, do katerih je prišla znanost. Stalna naloga središč znanja je razkrivati vrzeli in angažirati akterje, da se učinkovito in pravočasno odreagira tako na probleme kot na izzive. Izrazito se podpira personalizirano medicino in jo povezuje v kontekstu eko-sistema bolnic, raziskovalcev in inovatorjev. Gre za nadgradnjo, že kar umetniško platformo s pilotnimi tehnologijami in prikazi, kako v spopad z rakom vpreči digitalne tehnologije in umetno inteligenco.

Že v pripravah na sedanjo finančno perspektivo 2021–2027 je Evropska Komisija angažirala ekspertna znanja, proračun najboljše raziskovalnega programa Obzorje pa se je podvojil po angažiranju t.i. Visoke skupine, High Level Group. Ta je v obdobju 2015–2017 poskrbela temeljito oceno delovanja in programov, povezala in proučila številne ugotovitve in strokovna dognanja v Evropi in po svetu, in podala priporočila, kako naprej. Eno od enajstih priporočil je nov ukrep – misija. Dokument, poznan kot LAB-LAB-APP¹ je postal v letu 2017 osnova javni in politični debati vsem EU institucijam, podjetjem in javnemu sektorju, in dal usmeritve s priporočili, kako maksimirati rezultate raziskovanja in inoviranja (R&I). Priporočila visoke skupine Evropske komisije so naslednja (LAB-FAB-APP, str. 6–22):

- 1 R&I naj imajo prioriteto v proračunih: EU in nacionalnih;
- 2 Zasnovati pravo EU inovacijsko politiko, takšno, ki ustvarja trge;
- 3 Izobraževati za prihodnost in investirati v ljudi, ki bodo vnesli spremembe;
- 4 Za večje učinke- Design EU R&I programa;
- 5 Strategija in misije glede na potencial v družbi in na trgu, pristop naravnani na rezultate in spopad z globalnimi izzivi;
- 6 EU financiranje razumno racionalizirati in sinergija s strukturnimi skladi;
- 7 Poenostavljanje se nadaljuje;
- 8 Mobilizacija in vključitev državljanov;
- 9 Bolje poravnati EU in nacionalna R&I investiranja;
- 10 Mednarodna R&I kooperacija kot prepoznavni znak: branding EU R&I;
- 11 Do boljših rezultatov in komunicirati rezultate in učinke ukrepanj.

2 Metodologija

Prispevek je raziskovalnega-pojasnjevalnega značaja. Pojasnjevalno raziskovanje izpostavi spoznanja teorije in prakse delovanja EU na področju, poudari pa pomen razumevanja konceptualnega sistema ukrepanja in še posebej ukrepa, ki je misija. Razlagalni način in pristop se osredotočata na najbolj pomembne dejstva, ki jih gre poznati in upoštevati, da bi bilo aktualno ukrepanje učinkovito načrtovana in doseženi rezultati.

Pregledani so bili relevantni viri Evropske Komisije Evropskega Parlamenta in Evropskega Sveta in literature. Spremljano je projektne delo in stroke, še zlasti na konferencah. Med raziskovalnimi sekundarnimi viri velja še zlasti izpostaviti ugotovitve in priporočila

¹ Priporočila in dokument »LAB-FAB-APP Investiranje v prihodnost Evrope kakršno hočemo«, je Evropska komisija predstavila na konferenci »Research & Innovation Shaping our Future« 3. julija 2017 v Bruslju; v parlamentu R Slovenije so bila priporočila predstavljena v okviru dogodka »Znanost sreča Parlament« 11. in 12. oktobra 2017 v Ljubljani, pod naslovom »Učinki vlaganj v R&R – FAB LAB APP« in v organizaciji Slovenskega gospodarskega in raziskovalnega združenja (SBRA) v Gospodarski zbornici Slovenije 23. oktobra 2017.

raziskovalne programe EU Okvirnega programa (Framework programme, FP 5 in FP 6, FP 7 je v obdobju 2014–2020 poimenovan Obzorje (ang. Horizon) in danes Obzorje Evropa.

2.1 Zakaj Misija Rak

Rak je za boleznimi srca in ožilja drugi najpogostejši vzrok smrti v državah članicah. V Sloveniji je za moško populacijo smrt zaradi raka na prvem mestu, pri ženskah na drugem. Vse preveč je raka pri otrocih in mladih, a podatki in rezultati raziskovanj kažejo, da je možno premagati raka in odstotek obolelih, ki umre, se vztrajno iz leta v leto zmanjšuje.

Rak je ena od nenalezljivih bolezni, ki imajo skupne dejavnike tveganja (podobno kot duševne bolezni, bolezni srca in ožilja, n.pr.) katerih preprečevanje in nadzor bi koristila večini državljanek in državljanov. Slaba prehrana, telesna nedejavnost, debelost, uživanje tobaka in alkohola so dejavniki tveganja, ki so skupni. Misija rak - The Cancer Mission- je bistvena nadgradnja »Plana spopada z rakom - Europe's Beating Cancer Plan«. Daje usmeritve in postavlja cilje raziskovanjem in inovativnosti, skrbi za učinkovite politike Evropske Komisije, vse z namenom zmanjšati breme raka; tudi ekonomsko. (<https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-BeatingCancer-Plan>).

Od leta 2009 delujejo po državah EU nacionalni programi nadzora raka. Aktualni ukrepi iz »Evropskega načrta za boj proti raku« so določeni v sporočilu Komisije z dne 3. februarja 2021. Napotujejo k oblikovanju celostnega pristopa, ki bi moral zajemati preprečevanje, presejalne programe, zgodnje odkrivanje, spremljanje, zdravljenje in oskrbo ter izboljšanje kakovosti življenja bolnikov in preživelih« (cit. 24). Republika Slovenija, Ministrstvo za zdravje je v letu 2022 razglasilo Državni program obvladovanja raka 2022–2026 (<http://www.dpor.si/kaj-je-drzavni-program-obvladovanja-raka/>).

Misija je nadgradnja Plana spopada z rakom. Razdeljena je na področja nujnih aktivnosti za preboj: 1. razumeti; 2. preprečiti, kar se da preprečiti; 3. optimizirati diagnostiko in zdravljenje; 4. podpirati kakovost življenja; 5. zagotoviti pravičen dostop. Pomembno je, da misija širi področje aktivacije na razumevanje in preventivo, saj le boljše razumevanje procesov in dejavnikov, ki povzročajo raka, lahko okrepi ukrepanje, zdravljenje in kakovost življenja. V nekaterih članicah EU že delujejo tudi nacionalne misije.

Misija nadgrajuje načrt borbe z rakom na sistemski način, z vzpostavitvijo oz. nadgraditvijo sistema na državnem in lokalnem nivoju, v katerem so integrirani raziskovanja, inoviranja, razvoj politik ukrepanja, usposabljanje in izobraževanje. Misije so ukrep z veliko kooperacije in sodelovanja. Misije imajo pooblastilo, da se spopadajo z največjimi izzivi sodobnega časa, so pod budnim očesom nadzora in pod pritiskom, da dosejajo povsem konkretne rezultate: 3 milijoni ljudi z rakom naj bi do leta 2030 ob preventivi, negi živelo bolje in dlje. Zato dajejo raziskovanjem in inoviranjem novo vlogo, kombinirane morajo biti z novimi oblikami vladanja, pristopi in modeli javnega zdravstva, nege in managementa. Pomembno kakovostno delovanje ekosistema, tudi angažirani državljani in mladi. Gre za veliko več kot zgolj raziskovanje in razvoj rakovih bolezni, razvijajo se nove rešitve, da se izboljša življenje državljana Evrope.

Cilj misije je obravnavati vse vrste raka v vseh fazah. Od preprečevanja dejavnikov tveganja do podpore ozdravljenim in oskrbe ob koncu življenja, za vse starosti, v vseh okoliščinah in za vsakogar v Evropski uniji. To vključuje ljudi z redkimi oblikami raka, rakava obolenja pri otrocih, mladostnikih, odraslih in starejših, v socialno ali ekonomsko ranljivih družinah, ter ljudi iz oddaljenih območij itn.

Implementacija misije se osredotoča na trinajst naslednjih priporočil:

- 1 UN_CAN evropska iniciativa razumeti rak
- 2 Razviti širok program za odkrivanje raka

- 3 Podpreti razvoj in izpeljavo uspešnih strategij preventive pred rakom in politike ukrepanje z državami članicami EU
- 4 Optimizirati obstoječe presejalne programe, razviti nove pristope in zgodnje odkrivanje
- 5 Pospeševati in izpeljevati pristope personalizirane medicine za vse bolnike z rakom v Evropi
- 6 Razvijati širok raziskovalni program zgodnje diagnostike, zdravljenja in tehnologije minimalne invazivnosti
- 7 Razvijati širok raziskovalni program in podporo politike, da se izboljša kakovost življenja bolnikov z rakom, družinskih članov in negovalcev ter vseh oseb, ki tvegajo nastanek raka
- 8 Zasnovati Evropski digitalni center za bolnike z rakom in preživele, da bomo delili podatke z namenom njihove nege
- 9 Doseči enakost glede zdravja z ozirom na raka vzdolž celotnega poteka bolezni
- 10 Vzpostaviti mrežo potrebne infrastrukture za celotno obravnavo raka, znotraj in med državami članicami EU z namenom, da se poveča kakovost raziskovanja in nege
- 11 Otroški rak in rak pri mladostnikih ter mladih odraslih: še več in boljše skrbi.
- 12 Spodbuditi inovacije in izpeljavo novih tehnologij ter za borbo proti raku zasnovati žive laboratorije
- 13 Transformirati kulturo raka, komunikacijo in krepitev kapacitet.

2.2 Republika Slovenija in rak

Republika Slovenija ima tradicijo zdravljenja in spremljanja bremena raka: Onkološki inštitut (OI) ima od leta 1950 Register raka. Slovenija je desetletja tudi zelo aktivna pri spopadanju z rakom: tako preko rednih različnih aktivnosti in pri vključevanju in vodenju projektov (Nacionalni inštituta za javno zdravje (NIJZ), OI in številne nevladne organizacije. Dejstvo je, da se nov Evropski načrt premagovanja raka (ki obseg področja obvladovanja raka: preventivo, diagnosticiranje, zdravljenje in celostno rehabilitacijo) in sama evropska komisija opira na dobre prakse držav, tudi Slovenije: NIJZ je odboru EK predstavil zbiranje podatkov o Nacionalnih načrtih za obvladovanje raka v Evropski Uniji. NIJZ že desetletje koordinira EU projekte skupnega ukrepanja. Projekt iPAAC omogoča vpogled v javne politike obvladovanja raka držav članic, predstavlja pilotne projekte ter izmenjavo dobrih praks. iPAAC² združuje 44 institucij iz 24 evropskih držav. V skupnem ukrepu so raziskana tudi nova področja: kako lahko sodobna spoznanja genomike prispevajo k boljšemu obvladovanju raka, na katere načine je možno uvajanje imunoterapije v redno obravnavo bolnikov z rakom, pripravljeni pa bodo tudi pregledi najbolj učinkovitih praks ekonomskega in terapevtskega vrednotenja novih terapij.

Prizadeva si za »survivorship« (ang. preživetje), v Sloveniji pa govorimo o celostni rehabilitaciji, to se pravi, da se bolnik po zaključenem zdravljenju, tudi če ni bilo dokončno ali popolno, v čim večji meri vrne v življenje, kot ga je živel pred boleznijo.« (Doc. dr. Tit Albreht, znanstveni koordinator iPAAC (<https://www.nijz.si/sl/projekt-skupnega-ukrepanja-o-inovativnem-partnerstvu-za-boj-proti-raku-ipaac-ja>). OI je pilotno raziskavo o individualizirani celostni rehabilitaciji bolnic z rakom dojke zaključil v letu 2022.

V okviru projekta iPAAC bodo konzorciju projekta med drugim prenesli izkušnje Registra raka RS in pilotnega kliničnega registra, ki z dodatnimi podatki o diagnostiki in zdravljenju na izbrani lokaciji raka omogoča spremljanje in nadzor kakovosti obravnave bolnikov z rakom. OI

² Prvič se je obsežni konzorcij evropskih partnerjev zbral leta 2010 v projektu skupnega ukrepanja EPAAC (angl. European Partnership for Action Against Cancer). Skupno delovanje najbolj vidnih evropskih institucij, ki delujejo na področju obvladovanja raka se je nadaljevalo v projektu skupnega ukrepanja CanCon (angl. Cancer Control).

v konzorciju iPAAC sodeluje pri mednarodni strokovni razpravi glede prilagajanja evropske presejalne politike za rake novim znanstvenim dognanjem in tehnološkemu napredku (Novi pristopi spreminjajo razmerja med koristmi in morebitno škodo presejanja, etična in pravna vprašanja genomike). Slovenija je ena redkih evropskih držav z implementiranimi vsemi tremi priporočenimi presejalnimi programi za raka materničnega vratu (ZORA), dojke (DORA) in debelega črevesa in danke (SVIT), in orje ledino presejanja na podlagi genetskega testiranja visoko ogroženih. Prav zato so lastno znanje in izkušnje pomemben doprinos k mednarodni izmenjavi znanja in dobrih praks. Slovenija je četrta država na svetu, ki ima nacionalno različico simulatorja za odločitve glede sprememb presejalnih politik za rake. Slovenija je bila za vzorčni model (Projekt Obzorje 2020 EU-TOPIA, začel v letu 2022) izbrana zato, ker je edina država v tej evropski regiji, ki ima na voljo vse potrebne podatke Statističnega urada RS, Centralnega registra prebivalstva, Registra raka RS ter Registrov presejalnih programov ZORA, DORA in SVIT, ki so vsi potrebni za izdelavo simulatorja.

Projekt NIJZ je tudi program INTENT 2017–2020, ki v osrčje poslanstva postavlja izkušnje bolnika in nanj osredotočeno onkološko oskrbo. Njegov pomen je najti rešitve, da se vzpostavi razumevanje, kako razumeti pristop osredotočen na pacienta, da bi se nega izboljšala. Išče se inovativne rešitve, pomembna so priporočila politike ukrepanja, on-line instrument za primerjanje z boljšimi in virtualni know-how center namenjen zainteresiranim, za dobro prakso in inovativne ideje. INTENT izboljšuje kakovost nege pri raku in mobilizira managerje nege, klinično in drugo osebje k pozitivnim spremembam, ki odklepajo inovativni potencial javnih storitev. (https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/ce1047_intent_d.t.2.1.3_integration_10.12.2020.pdf)

OI aktivno sodeluje tudi v Evropskih referenčnih mrežah (ERN) za redke bolezni, za dedne rake (ERN GENTURIS) in za redke rake (ERN EURACAN). To pomeni sodelovanje v mednarodnih raziskavah, podajanje strokovnih mnenj, skupnih kliničnih poti ter z dokazi podprte smernice za obravnavo bolnikov. Kot vodilni zavod na področju celovitega obvladovanja raka v Sloveniji in eden vodilnih onkoloških centrov v Evropi deluje v številnih projektih in raziskavah s področja preventive, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliative. S podatki Registra raka RS, enega najstarejših in najbolj kakovostnih tovrstnih registrov v svetu, se Onkološki inštitut Ljubljana vključuje tudi v številne mednarodne znanstveno raziskovalne in epidemiološke študije. Na OI poteka 6 nacionalnih raziskovalnih programov in 20 projektov s področja raka, ki jih financira Javna agencija za raziskovalno dejavnost RS. OI aktivno delujejo na 14 mednarodnih projektih, OI in ameriški Nacionalni inštitut za zdravje pa na 22 kliničnih študijah, ki so namenjene analizi, oceni, preizkušanju in uvajanju novih načinov zdravljenja raka.

3 Zaključek

Prispevek Vas je povabil k sodelovanju. Kot študente, kot občane in kot zaposlene v negi ali zdravstvu. Veliko znate, skupaj lahko naredimo preboj. V vsakodnevnem življenju in delu ste opazili, kako različni smo ljudje, ampak da se lahko drug od drugega marsičesa naučimo. Samo pogovarjati se je treba in delovati povezano: v projektih in mrežah, tudi izven stroke specializacije, napotuje nas misija rak.

Misija rak izpostavlja nujne aktivnosti razumevanje problema, preventive in zagotavljanja kakovosti življenja posameznika. Lahko se dogovorimo za mednarodno sodelovanje, za projekte izobraževanje in usposabljanja, ne le različnih stopenj nege, ampak tudi za negovalno ciljne skupine kot so družine, sosede, sokrajani in prijatelji. Sodelovanje osebja nege in zdravstva je nepogrešljivo za večjo aktivacijo lokalne skupnosti. Ne le, da je pomemben razvoj izobraževanj in usposabljanj, dostojno plačilo, spodbujati gre nove inovativne pristope,

povezovati različne deležnike na državnem, lokalnem in mednarodnem nivoju. Pomembno je aktivno sodelovanje med slovenskimi in evropskimi strokovnjaki, fakultetami in univerzami na področju zdravja in nege.

Prispevek je predstavil kontekst problemov in izzivov EU okolja in ozadje misije rak kot novega specifičnega in hkrati celostnega vsebinskega ukrepanja. Da bi se opolnomočili in aktivirali v kontekstu nujnosti celostne obravnave pacienta in pristopa ukrepanja kot 'zdravja v vseh politikah'.

LITERATURA

1. Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu.
2. Europe's Beating Cancer Plan (2021). Pridobljeno s <https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12154-Europe-s-BeatingCancer-Plan>.
3. European Commission (2015). Improving how EU Member States and Regions Invest and Manage EU Cohesion Policy Funds. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/regional_policy/en/policy/how/improving-investment/.
4. European Commission (2016a). Science, Research and Innovation performance of the EU. A Contribution to the Open Innovation, Open Science, Open to the World Agenda.
5. European Commission (2017). LAB-FAB-APP Investing in the European Future we Want. Report of the Independent High Level Group on Maximizing the Impact of EU Research & Innovation Programmes.
6. European Commission (2017). Strengthening of Good Governance and Administrative Capacity for Cohesion Policy – Pilot Action in Cooperation with the OECD.
7. European Commission (2017). The Economic Rationale for Public R&I Funding and its Impact, Research and Innovation Policy Brief Series.
8. European Commission (2018). A renewed European Agenda for Research and Innovation - Europe's Chance to Shape its Future. The European Commission's Contribution to the Informal EU Leaders' Meeting on Innovation in Sofia on 16 May 2018, Brussels, 15. 5. 2018 COM(2018) 306 final.
9. European Commission (2019). Mazzucato, M.: Governing Missions in the European Union. Directorate-General for Research and Innovation.
10. European Commission (2021). Directorate-General for Research and Innovation, Horizon Europe: Strategic Plan 2021–2024. Pridobljeno s <https://data.europa.eu/doi/10.2777/083753>.
11. European Commission (2021). Mission. 609 Communication from the Commission.
12. European Investment Bank (2016). The Third Pillar at Ground-level: Case Studies and other Evidence Related to Investment Barriers under the Third Pillar of the Investment Plan for Europe. Pridobljeno s <http://www.eib.org/attachments/thematic/breaking-down-investment-barriers-en.pdf>.
13. Francke, A. (2020). Development of the Next Generation of Managers and Leaders. Chartered Management Institute (CMI), London.
14. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
15. https://ec.europa.eu/clima/policies/international/negotiations/paris_en.
16. https://ec.europa.eu/commission/priorities/digital-single-market_sl.
17. https://research-and-innovation.ec.europa.eu/system/files/2022-09/ec_rtd_eu-missions-board-chairs-and-members-2022.pdf.
18. Nacionalni program obvladovanja raka. Pridobljeno s <http://www.dpor.si/kaj-je-drzavni-program-obvladovanja-raka/>.
19. Prečiščeni različici Pogodbe o Evropski uniji in Pogodbe o delovanju Evropske unije (2012), 2012/C 326/01.
20. Uredba (2021). 2021/522 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 24. marca 2021 o vzpostavitvi programa za ukrepe Unije na področju zdravja (Program EU za zdravje) za obdobje 2021–2027.
21. WHO, Health Policies Manual. Pridobljeno s https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-en.pdf.

Burnout Syndrome among Health Care Nursing Students

UDC 613.86:616-083-057.875

KEYWORDS: nursing, burnout, self-esteem, a sense of coherence

ABSTRACT – Personality characteristics might be important factors influencing the individual's abilities to cope with the burnout syndrome. The aim of the study was to examine the relationship between personality factors, such as self-evaluation and sense of coherence, and the burnout syndrome among nursing students. The research included 130 nursing students (average age 20.85 ± 2.94 , 97% females). The Scale Burnout Inventory (SBI) was used for assessing the burnout levels, together with the Sense of Coherence Questionnaire (SOC) and Rosenberger's Self Esteem Scale (SES). A significantly negative correlation was found between the burnout syndrome and self-esteem ($p \leq 0.01$), as well as sense of coherence ($p \leq 0.01$), which means that the higher level of self-esteem and sense of coherence was associated with the lower burnout syndrome levels among students. Personality factors are strongly linked to the burnout syndrome in students. It is important therefore to recognise and manage the predisposition for the development of the burnout syndrome, as it tends to reoccur in professional practice. It is thus considered that improving the skills of coping with the stress among students is beneficial in preventing subsequent occurrence of burnout in the profession of a nurse.

UDK 613.86:616-083-057.875

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, izgorelost, samospoštovanje, občutek koherentnosti

POVZETEK – Osebnostne lastnosti lahko pomembno vplivajo na posameznikovo sposobnost obvladovanja stresa in pojav sindroma izgorelosti. Namen raziskave je bil preučiti povezanost med osebnostnimi dejavniki, kot sta samopodoba in občutek koherence ter sindromom izgorelosti med študenti zdravstvene nege. V raziskavi je sodelovalo 130 študentov zdravstvene nege (povprečna starost $20,85 \pm 2,94$ let, 97 % žensk). Lestvica Burnout Inventory (SBI) je bila uporabljena za ocenjevanje stopnje izgorelosti. Uporabljena sta bila tudi vprašalnik občutka koherentnosti (SOC) in Rosenbergerjeva lestvica samopodobe (SES). Med sindromom izgorelosti in samopodobo je bila ugotovljena signifikantna negativna povezava ($p \leq 0,01$), pa tudi občutek koherence ($p \leq 0,01$), kar pomeni, da je bila višja stopnja samospoštovanja in občutek koherence povezana z nižjo stopnjo sindroma izgorelosti med študenti. Osebnostni dejavniki so torej močno povezani s pojavom izgorelosti pri študentih. Zato je pomembno prepoznati predispozicije za razvoj sindroma izgorelosti in jih obvladovati, saj se sicer lahko spet izrazi v obdobju poklicne prakse. Zato velja, da je izboljšanje veščin obvladovanja stresa pri študentih koristno pri preprečevanju kasnejšega pojava izgorelosti v poklicu medicinske sestre.

1 Introduction

The concept of burnout was introduced in 1975 by the psychoanalyst, Herbert Freudenberg. He defines it as a final stage, in which people are emotionally dried out; lose their original enthusiasm and motivation (Kebza and Šolcová, 2003, p. 22). The key factors of burnout are feeling absolutely exhausted and worn out, overall fatigue. The clinical picture of burnout is reminiscent of depression; it is the opposite of positive symptoms such as joy, contentment and serenity. It is associated with negative emotions such as fear, anxiety and anger. Most often it occurs in people in permanent social contact, people in isolation or performing monotonous work (Cimicky, 2007, p. 48). Burnout initially operates subtly. A common trigger is a change to one's job (especially promotion) or a new job. According to Bartová (2011, p. 43) the most

vulnerable groups are doctors, nurses, psychologists and psychiatrists, social workers, teachers at all types of schools, staff in correctional facilities for juveniles and adults, police officers, managers and business people. Maslach and Leiter (2008, pp. 52–57) in their study highlighted the importance of personality and socio-demographic predictors such as age and level of education, which are important predictors for the development of burnout syndrome. Working conditions are also identified as significant factors affecting burnout. Each individual has a different degree of adaptability to stress factors operating on them. Burnout is a threat to people who have the following personality traits listed in Table 1.

Table 1: Predetermining personality characteristics

<i>According to Zacharová</i>	<i>According to Kebza, Šolcová</i>
Enthusiasm for the thing in question	High level of empathy
Dedication to the given thing is meaning of life for them (workaholism)	Self-sacrifice, high level of sensitivity
Increasing the demands on oneself	High focus on others,
Experiencing failure as a personal obstacle	Idealism
Taking on an excessive amount of work	Anxiety
Inability to delegate responsibility to others (desire to have everything under control)	Pedantry
Inability to relax and rest	Enthusiasm
Low self-confidence	Tendency to identify with others
Experiencing shock from reality (for the reason of high ideals)	Inability to ask others for help
Permanently experienced pressure from several sides (work, family)	

Source: Zacharová, 2008, p. 56; Kebza and Šolcová 2003, p. 12.

Several studies indicate a /to/ significant influence of personality predictors for the development of burnout. Among the most important predictors belong the ability to cope with stressful situations, disposition of coping strategies (Mutkins et al., 2011, p. 306; Montero et al., 2014, p. 309; Sováriová Soósová et al., 2013, p. 573), disposition of selected individual personality characteristics from view of personality equipment /which is associated with resistance to burnout, higher degree of self-esteem and internal locus of control/ (Alarcon et al., 2009, pp. 244–263), the ability to resist the most adverse life circumstances and sense for the integrity, characterized by a tendency to see the world as consistent, relatively predictable, comprehensible (Van der Colff and Rothmann, 2009, p. 5). The issue of burnout has proved to be relevant in students of healthcare disciplines (non-medical). The research focus is mainly on students in the health and helping professions, for which is observed a risk to burnout, lower quality of life, and increased risk of depression, experiencing negative emotions (Dyrbye et al., 2010, p. 1020; Škodová and Paceková, 2012, p. 289). For this reason we focused attention on nursing students, future nurses during their in pre-gradual study - bachelor degree.

2 Methods

Research was conducted in order to determine the existence of relationships between personality factors of self-esteem, a sense of coherence and the prevalence of burnout among students in the first level of university education in the field of nursing in the 2nd to 3rd year in terms of age, type of previously completed high school education, years of study in the field.

In the study we obtained the necessary data using three standardized questionnaires. To measure the level of burnout the School Burnout Inventory (SBI) scale was used. This tool is specifically designed for the purpose of determining the level of burnout in the school environment; its advantage is therefore its targeted nature and timeliness for the selected sample group of the study. The questionnaire consists of nine items scored using a Likert scale (from 1 – fully agree, up to 6 – strongly disagree). The maximum score on the questionnaire is 54, with higher scores indicating higher levels of burnout (Salmela-Aro et al., 2009, pp. 49–50). To detect levels of self-esteem the Rosenberg self-esteem scale (RSS) was used with a maximum score of 30 points. A higher score means a higher level of self-esteem (Sarkalova et al., 2006, p. 69). In the study, we used the standardized questionnaire and Sense of Coherence Inventory (SOC) - Antonovsky scale, which consists of thirteen items (Antonovsky, 1993, p. 209). The questionnaire uses a 7-point Likert scale for scoring responses. The maximum score is 91 on the scale; a higher score obtained on the questionnaire would imply an increased sense of coherence.

For processing the results of the research, we used statistical methods of descriptive statistics – calculation of frequency (n) and percentage values (%), calculation of the average scale values (M), standard deviation (SD). For statistical processing of our data, we used SPSS 15.0 software. For statistical comparison of observed groups, we used the t-test (Student’s t-distribution). This statistical methodology enabled us to identify statistically significant differences between groups for the monitored parameters. Correlation analysis (Pearson correlation coefficients calculation) was used to detect interactions between variables. All tests were performed at the significance level $\alpha = 0,05 = 5\%$.

Sample group: a total of 130 day bachelor’s students in the field of nursing in the second and third years at the Faculty of Healthcare at the University of Prešov in Prešov. The response rate was 86.6%; data collection took place in February 2016. The majority of students (97%) were women; the mean age was 20.85 ± 2.94 . More than half of respondents had completed high school education with healthcare specialization. The sample consisted of 50% of students in the second year and 50% in the third year of study. More information on the respondents is presented in Table 2.

Table 2: Demographic characteristics of respondents

<i>Gender</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Female	127	97
Male	3	3
<i>Age</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
20 – 21 years	81	62
22 – 25 years	47	36
26 and more years	2	2
<i>Completed high school education</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Healthcare high school	68	52
Other	62	48
<i>Year of study</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Second	65	50
Third	65	50

Source: Own source, 2022.

3 Results

The average value of each of the variables studied by us is presented in Table 3. The average burnout score using SBI in the whole sample was 24.92 ± 7.63 , the level of self-esteem 18.7 ± 4.62 and a sense of coherence was 59.61 ± 11.64 .

Table 3: Average values of monitored variables in the whole sample

			Respondents	
			M	SD
Variable	O1.	Burnout syndrome	24.92	7.63
	O2.	Self esteem	18.07	4.62
	O3.	Sense of coherence	59.61	11.64

Source: Own source, 2022.

In terms of comparing groups of students with completed healthcare high school education (52%) and non-healthcare education (48%) we found at the level of average value of individual factors, a higher burnout score was among the healthcare-educated group. The level of self-esteem and sense of coherence was judged more highly among the non-healthcare educated group. The significance of the difference was analyzed using the Student's t-test, but in our sample of respondents, correlation between prior healthcare education and likelihood of experience with this problem was not confirmed by a statistically significant difference (Table 4).

Table 4: Comparison of variables based on type of completed high school education

			Non-healthcare		Healthcare		p
			M	SD	M	SD	
Variable	O1.	Burnout syndrome	24.89	7.58	24.95	7.75	0.567
	O2.	Self esteem	18.13	4.57	18.02	4.68	0.461
	O3.	Sense of coherence	59.65	11.68	59.54	11.75	0.523

Key to the significance of the statistical results * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Source: Own source, 2022.

In terms of age, significant differences were found in for the group of students in the age category under 21 years in the overall mean score for SBI on the level of * $p < .05$. The lower value for burnout syndrome was reported by respondents in a lower age category. In other areas of measurement, on the basis of second degree analysis we did not find significant differences in the observed groups (Table 5).

Table 5: Comparison of variables in terms of age

			21 years and under		22 years and over		p
			M	SD	M	SD	
Variable	O1.	Burnout syndrome	24.04	7.62	25.8	7.95	0.042*
	O2.	Self esteem	18.33	4.44	18.00	4.72	0.461
	O3.	Sense of coherence	60.75	11.42	59.04	11.55	0.501

Key to the significance of the statistical results * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Source: Own source, 2022.

We also compared the group of respondents in terms of year of study at the Faculty of Healthcare at Prešov University. Students from the lower year had a lower level of burnout

(at $p < .05$) and a higher level of personality characteristics of self-esteem (at significance level of $p < .05$) and sense of coherence (at a significance level of $p < .05$).

Table 6: Comparison of variables in terms of year of study

			2 nd year		3 rd year		p
			M	SD	M	SD	
Variable	O1.	Burnout syndrome	23.91	7.51	25.92	7.98	0.039*
	O2.	Self esteem	19.23	4.51	17.55	4.62	0.046*
	O3.	Sense of coherence	61.55	11.55	58.03	11.35	0.033*

Key to the significance of the statistical results * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Source: Own source, 2022.

On the basis of the results of correlation analysis, we found a statistically significant mutual relationship between the monitored variables. A negative correlation was shown between burnout and self-esteem ($r = -0.31$, $p < .01$) and a sense of coherence ($r = -0.39$, $p < .01$). This relationship shows that factors such as high levels of self-esteem and sense of coherence were associated with lower levels of burnout in our sample group of students. A positive correlation was observed in relation to the length study for burnout ($r = 0.41$, $p < .05$) level of self-esteem ($r = -0.34$, $p < .01$) and sense of coherence ($r = -0.44$, $p < .01$).

Table 7: Correlation relationship of monitored variables

	<i>Length of Study</i>	<i>Type of high school</i>	<i>Burnout syndrome</i>	<i>Self esteem</i>	<i>Sense of Coherence</i>
Length of study	1	0.05	0.41*	-0.34**	-0.44*
Type of high school	0.05	1	-0.11	0.13	0.14
Burnout syndrome	0.41*	-0.11	1	-0.31**	-0.39**
Self-esteem	-0.34**	0.13	-0.31**	1	0.52*
Sense of coherence	-0.44*	0.14	-0.39**	0.52*	1

Key to the significance of the statistical results * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Source: Own source, 2022.

4 Discussion

Several studies have recently focused attention on the prevalence of burnout among students, especially in fields with a higher risk of burnout (the helping professions). During studies there are already training programmes aimed at developing communication skills and improve coping strategies which are generally considered to be effective tools to prevent burnout syndrome, even though there are relatively few studies focusing on research to confirm this relationship. A positive effect of social and psychological interventions was recorded for individual components of burnout among health professionals on psychiatric wards. In Slovakia, the issue was addressed in their study by Škodová and Paceková (2012, pp 1–8). A total of 75 university students participated in their research: 48 psychology students (mean age 21.1 ± 3.3 ; 29% men) and 27 students of nursing, and public health (19.8 ± 1.7 ; all women). To measure the level of burnout the school burnout indicator (SBI) was used; they also used the Antonovsky SOC scale for sense of coherence and the Rosenberg self-esteem scale (RSS). For statistical data processing linear regression was used. Using linear regression variables were analyzed based

on age and gender as possible independent variables, the level of self-esteem (RSS) and sense of coherence as possible predictors, and the level of burnout (SBI) as the dependent variable. Burnout was significantly predicted only by the level of sense of the coherence, but not by self-esteem.

Škodová and Paceková (2011, p. 280) in another study focused on students from the helping professions, and investigated the effect of socio-psychological training on the level of burnout and personality predictors (self-esteem, a sense of coherence). The study used a quasi experimental pre-test and post-test. The participants were 111 university students of psychology and nursing divided into experimental and control groups. The experimental group participated in social-psychological training for a period of six months. The measuring instruments were used were standardized SBI questionnaires, SOC questionnaires and the Rosenberg self-esteem scale. The results showed that socio-psychological training had a positive impact on both the level of burnout, as well as the level of personality predictors of burnout. After completing training, the level of burnout in the experimental group significantly decreased, while the control group was not altered. On the contrary, the sense of coherence in the sample group had increased. In the case of self-esteem, the level was not altered either in sample or in the control group. The socio-psychological training in this study proved an effective support method for positively affecting burnout among students. This suggests that strategies to tackle workload will be related to the strategies of coping with stress of work, and that activities to develop stress management abilities will also be useful in preventing later development of burnout already during the performance of their profession. Personal characteristics such as self-esteem and “sense of coherence” can be an important factor influencing the individual’s capability to handle burnout.

Abroad, routine part of the evaluation of individual personality features before accepting a student in an educational institution, especially in healthcare disciplines. The applicant for study is usually in Western countries decided at a younger or middle adulthood for the job (at adolescence in our country), the benefit at acceptance plays an applicant's personal experience as a healthcare professional for lower-level positions /posts in healthcare facilities providing nursing care. In this way, such a person has a clear idea / vision of the work to will be carried out before being admitted to the study. In view of the prevention and the development of burnout in the period of preparing nursing students for the job, we recommend to increase individual skills necessary for coping with stress, in both the theoretical and practical level, as well as to prepare for future health professionals to the possible workload, contact with suffering, pain, intense emotion, and continued achievement of patient needs. In view of the prevention and the development of burnout in the period of preparing nursing students for the job, we recommend to increase individual skills necessary for coping with stress, in both the theoretical and practical level, as well as to prepare for future health professionals to the possible workload, contact with suffering, pain, intensive emotions and continuous satisfying the needs of patients.

Our research results point to the fact that burnout significantly relates to low levels of self-esteem and sense of coherence and vice versa. They also confirm mutual correlation with the length of the study. Relationships between burnout and personality characteristics are therefore complex, but in the future it will be appropriate to undertake a study to confirm the results in a larger and more consistent group of participants, since some results may have been influenced by the methodological limitations (size and composition of the sample group).

This contribution was created as part of the solution to the KEGA grant project: Proposal of a methodology for assessing the quality of life of patients with multiple sclerosis no. 002PU-4/2020.

LITERATURE

1. Alarcon, G., Eschleman, K. J. and Bowling, N. A. (2009). Relationships Between Personality Variables and Burnout: A Meta-Analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263.
2. Antonovsky, A. (1993). The Structure Properties of the Sense of Coherence scale. *Social Science & Medicine*, 6(36), 288–294.
3. Bartová, Z. (2011). *Jak zvládnout stres za katedrou*. Králice na Hané: Computer Media. ISBN 978-80-7402-110-7.
4. Cimicki, J. (2007). *Sám proti stresu*. Praha: VIP Books. ISBN 80-87134087.
5. Dyrbye, L. N. et al. (2010). Factors Associated With Resilience to and Recovery From Burnout: a Prospective, Multi-Institutional Study of US Medical Students. *Medical Education*, 44(10), 1016–1026. ISSN 1365-2923.
6. Kebza, V. and Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 32 s. ISBN 80-7071-231-7.
7. Maslach, C. and Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Burnout and Endgagement. *Journal of Applied Psychology*, 3(93).
8. Montero, J. M., Prado, J. A., Marcos, M. P. et al. (2014). Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies. *PLoS ONE*, 9(2).
9. Mutkins, E., Brown, R. F. and Thorsteinsson, E. B. (2011). Stress, Depression, Workplace and Social Supports and Burnout in Intellectual Disability Support Staff. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(5), 500–510.
10. Salmela - Aro, K. et al. (2009). School Burnout Inventory (SBI) Reliability and Validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(1), 48–57.
11. Sarkalová, M. et al. (2006). Psychometric Evaluation of the General Health Questionnaire-12 and Rosenberg Self-esteem Scale in Hungarian and Slovak Early Adolescents. *Studia Psychologica*, 8(1), 69–79.
12. Sováriová Soósová, M., Sušinková, J. and Cenkerová, M. (2013). Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovateľství a porodní asistence*, 4(3), 573–582.
13. Škodová Z. and Paceková, I. (2011). Osobnostné prediktory syndrómu vyhorenia u študentov pomáhajúcich profesií. *Ošetrovateľství a porodní asistencie*, 4(2), 288–294.
14. Škodová, Z. and Paceková, I. (2012). Sociálno-psychologický výcvik ako metóda prevencie syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. *E-Psychologie*, 6(2), 1–8.
15. Van der Colff, J. J. and Rothmann, S. (2009). Occupational Stress, Sense of Coherence, Coping, Burnout and Work Engagement of Registered Nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, 35(1), 1–10.
16. Zacharová, E. (2008). Syndrom vyhoření v klinické praxi. In *Florence*, 10(7–8), 288–294.

Marin Marinović
Fizionova Osijek

Stjepan Jelica
Veleučilište »Lavoslav Ružička« u Vukovaru

Tomislav Kokić
Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Opća županijska bolnica Vinkovci

Razlozi za rekreativnim bavljenjem tjelesnom aktivnošću

UDK 796/799+316.628

KLJUČNE RIJEČI: tjelesna aktivnost, motivacija, žene, muškarci

POVZETEK – Brojne su dobrobiti bavljenja tjelesnom aktivnosti na ljudski organizam ali nedostatak kretanja i dalje predstavlja problem uurbanog načina života suvremenog čovjeka. Kako bi podigli svijest što većeg broja ljudi o važnosti redovitog provođenja tjelesne aktivnosti moramo pronaći motive zbog kojih se osobe uključuju u vježbanje. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi motive bavljenja tjelesnom aktivnosti kojem je pristupilo 108 ispitanika od čega 37 žena i 71 muškarac u dobi od 18 do 65 godina koji se rekreativno bave tjelesnom aktivnosti. Za procjenu je korištena hrvatska verzija upitnika EMI-2 koji se sastoji od četrnaest motiva za vježbanje. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je ženama najvažniji motiv za vježbanjem upravo kontrola težine i u odnosu na muškarce najveću važnost daju uživanju u vježbanju i upravljanju stresom dok su muškarci motiviraniji zbog povećanja snage i izdržljivosti a najveću važnost u odnosu na žene daju izazovu i natjecanju.

UDC 796/799+316.628

KEYWORDS: physical activity, motivation, women, men

ABSTRACT – There are numerous benefits of physical activity for the human body, but lack of movement is still a problem of the accelerated pace of modern life. In order to raise the awareness of as many people as possible about the importance of regular physical activity, we need to find the motives why people engage in exercise. The aim of this study was to determine the motives for access to physical activity, which was attended by 108 respondents, of which 37 were women and 71 men, aged between 18 and 65, who are recreationally engaged in physical activity. For the evaluation, the Croatian version of the EMI-2 questionnaire was used, which consists of fourteen motivational exercises. The results of this research show that, for women, the most important motivation to exercise is weight control and, with regard to men, they give the highest importance to enjoying the exercise and managing stress, while men are more motivated by the increase of strength and endurance, and give the highest importance, in relation to women, to challenge and competition.

1 Uvod

Tjelesna aktivnost predstavlja svaki pokret tijela, produkt djelovanja skeletnih mišića koji rezultira potrošnjom energije dok je tjelovježba pojam tjelesne aktivnosti koji predstavlja planiranu, strukturiranu i repetitivnu tjelesnu aktivnost kojoj je krajnji cilj poboljšanje ili održavanje tjelesnog fitnesa osobe (Jurakić i Heimer, 2012). Najčešće se pod pojmom tjelesne aktivnosti podrazumijeva oblik rekreativne ili organizirane tjelesne aktivnosti koja se provodi

s ciljem unapređenja zdravlja, općenite dobrobiti te poboljšanja tjelesnog statusa pojedinca. Riječ rekreacija dolazi od latinske riječi *recreo*, *recreare* što znači ponovno stvoriti, kreirati, ponovno obnoviti. Tjelesna aktivnost tako utječe na jačanje organizma i učvršćivanje zdravlja, razvijanje pravilnog držanja tijela te pozitivno utječe na rast i razvoj organizma i funkcionalnih sposobnosti svih organskih sustava (Bungić i Barić, 2009). Bavljenje različitim tjelesnim aktivnostima ima važnu ulogu u lakšem upravljanju stresnih situacija, poboljšanjem raspoloženja i osjećaja boljeg općeg zadovoljstva odnosno podizanje kvalitete fizičkog i psihičkog zdravlja (Šimunić i Barić prema Plonczynski, 2000).

Motivacija predstavlja stanje u kojem je organizam pobuđen nekim željama, porivima, težnjama ili motivima a usmjerava pojedinca i njegovo ponašanje prema postizanju zadanog cilja a ponašanje pojedinca je motivirano unutarnjim ili vanjskim čimbenicima (Petz, 2005). Lokus se odnosi na mjesto uzroka nekog određenog događaja a on može biti intrinzični gdje pojedinac uzrok ponašanja ili događaja pripisuje sebi te ekstrinzični gdje pojedinac uzrok ponašanja ili događaja pripisuje vanjskim faktorima. Stabilnost predstavlja da li je uzrok stabilan ili promjenjiv kako se situacije mijenjaju dok je kontrolabilnost mogućnost pojedinca da kontrolira izvedbu a povezana je s procjenom odgovornosti i namjere. Lokus je tako povezan s ponosom i sramom zbog uspjeha i neuspjeha a stabilnost s očekivanjem buduće uspješnosti. Kombinacija lokusa i kontrolabilnosti predviđa krivnju ili sram zbog neuspjeha i očekivanje buduće uspješnosti (Peterson i Schreiber, 2012). Intrinzična motiviranost pridonosi većoj kvaliteti života, tako motivirane osobe češće i dulje vježbaju odnosno vježbaju i do tri ili više puta tjedno u odnosu na druge te su tako motivirane osobe zadovoljnije, samouvjerenije te imaju veću razinu energije u odnosu na one koji tjelovježbi pristupaju iz nekakvih ekstrinzičnih razloga (Murcia idr., 2007).

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti razloge zbog kojih se osobe uključuju ili bi se uključile u bavljenje nekom rekreativnom tjelesnom aktivnosti odnosno na koji način su motivirani za provođenje te tjelesne aktivnosti. Nadalje, nastojalo se utvrditi različitost motivacije osoba muškog i ženskog spola. U ovom radu postavljene su sljedeće hipoteze:

- *H1*: Zdravlje i prevencija bolesti važni su motivacijski faktori.
- *H2*: Ne postoji statistički značajna razlika po spolu u motivacijskoj strukturi kod većine motivacijskih faktora.

2 Metode

Istraživanje je provedeno kao presječno istraživanje u Udruzi za tjelovježbu i relaksaciju »Fitness Central« u Osijeku na uzorku od 108 ispitanika ($N = 108$) u dobi od 18 do 65 godina. Najmlađi ispitanik je imao 18 godina a najstariji 65 godina, pri čemu medijan iznosi 29 godina. Za provedbu istraživanja primijenjena je hrvatska verzija upitnika »EMI 2-The exercise motivations inventory 2« na koju su svi ispitanici dali informirani pristanak a provedeno je u razdoblju od 1. 4. 2018. do 1. 5. 2018. Anketni upitnik se sastojao od 51 ponuđena odgovora koja su se odnosila na razloge bavljenja tjelesnom aktivnošću a čine četrnaest mogućih motiva za vježbanje od kojih svaki motiv čini skup određenih pitanja iz upitnika na temelju kojih je procijenjen motiv. Svaka skupina je posebno obrađena te su iz zbroja bodova dobiveni statistički podaci.

Faktori uključenja u istraživanje su bili:

- Punoljetne osobe koje se ne bave profesionalnim sportom.
- Tjelesnom aktivnosti se bave najmanje tri mjeseca unazad.
- Tjelesnu aktivnost provode u prosjeku 3 puta tjedno.

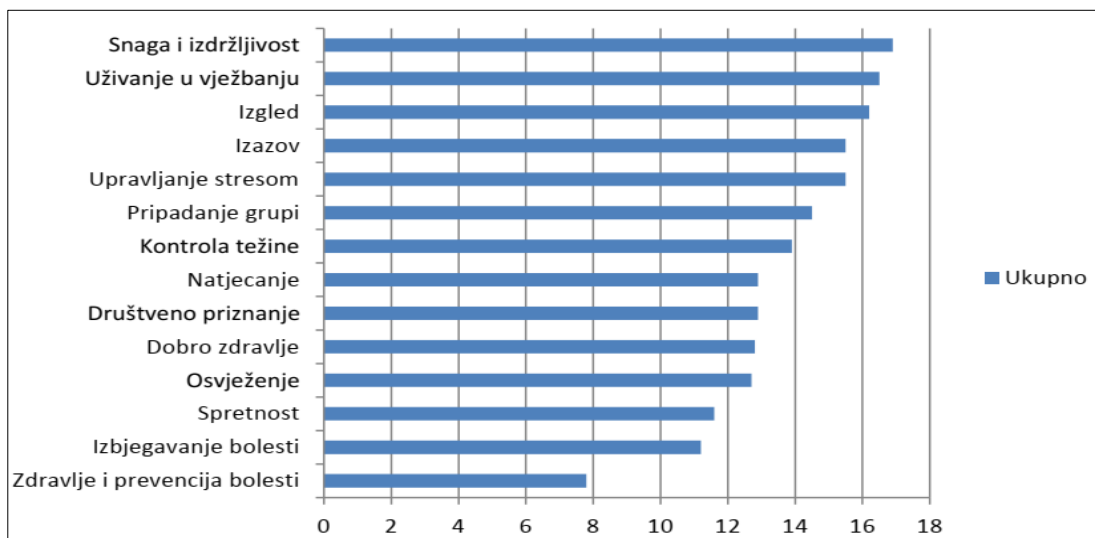
Faktori isključenja:

- Osobe koje se tjelesnom aktivnosti bave profesionalno
- Maloljetne osobe

3 Rezultati

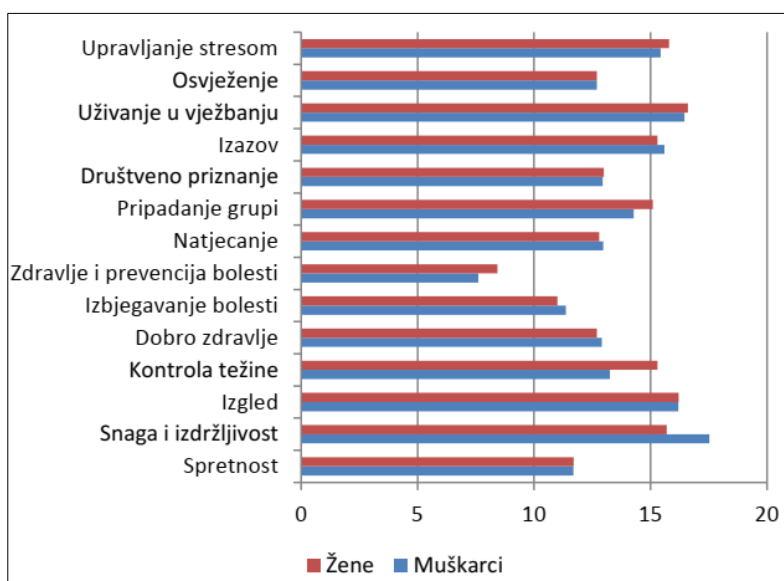
Dva najvažnija motiva u oba spola su snaga i izdržljivost te uživanje u vježbanju i izgled, dok su ispitanicima najmanje važni motivi izbjegavanja bolesti te zdravlje i prevencija bolesti. Prva dva motiva pripadaju intrinzičnom lokusu dok je motiviranost vježbanja izgledom ekstrinzični motiv (Graf 1).

Graf 1: Grafički prikaz ukupne rangiranosti motiva za vježbanje svih sudionika



U Grafu 2 vidljivo je da muškarci u odnosu na žene najveću prednost daju kategoriji snaga i izdržljivost dok žene najveću prednost, u odnosu na muške ispitanike daju kategoriji kontrola težine i zapravo su to jedine dvije kategorije u kojima postoji statistički značajna razlika po spolu (snaga i izdržljivost $p = 0.002$ i kontrola težine $p = 0.001$). U ostalim motivacijskim faktorima također postoje određene razlike ali one nisu statistički značajne.

Graf 2: Razlika u motivima za vježbanje s obzirom na spol



4 Rasprava

Dva najvažnija motiva u oba spola su »snaga i izdržljivost« što se podudara s provedenim istraživanjem (Šimunić i Barić, 2011) na uzorku od 80 ispitanika. Slijedi motiv »uživanje u vježbanju« koji pripadaju intrinzičnoj motivaciji koja će kod rekreativnih vježbača vjerojatno održavati motivaciju za daljnjim vježbanjem. Nadalje, kao treći motiv rangiran je »izgled« kao motivacijski faktor koji pripada ekstrinzičnoj motivaciji. Sudionici ovog ispitivanja svjesni su činjenice o potrebitosti snage i izdržljivosti te ovaj motivacijski faktor može imati transfer na svakodnevni život kroz lakše svladavanje izazova na poslu ili svakodnevnim aktivnostima. Motiv »uživanje« u vježbanju, kao drugorangirani intrinzični motiv, predstavlja dobar preduvjet adhezivnosti vježbača u samom vježbanju.

Ono što zabrinjava su rezultati koji govore da se na dnu provedenog istraživanja, po važnosti u motivima za vježbanjem prema oba spola nalaze upravo motivacijski faktori kao što su: »zdravlje«, »prevencija« i »izbjegavanje bolesti«. Dobiveni rezultati opovrgavaju prvu hipotezu koja je glasila da su »zdravlje« i »prevencija bolesti« važan su motivacijski faktori. Razlog ovakvom stavu sudionika može se pripisati nedovoljnoj svjesnosti o utjecaju koje rekreativno vježbanje ima na zdravlje čovjeka i prevenciju nastanka raznih bolesti modernog doba a drugi razlog bi mogao biti relativno mlada populacija ispitanika (median starosti ispitanika je 29 godina) koji još nemaju percepciju starenja i bolesti.

Dobiveni rezultati se uvelike razlikuju od provedenog istraživanja Šimunić i Barić iz 2011. godine gdje je najvažniji motiv bio upravo zdravlje, uz pokretljivost i snagu u čemu se ne razlikuje od ovog provedenog istraživanja. Također najmanje važni motivi u istraživanju (Šimunić i Barić, 2011) zbog kojih vježbaju ili bi vježbali su društveni pritisak, propisano vježbanje i natjecanje koje u ovom istraživanju nije najniže rangirano. Prichard i Tiggemann (2008) su istražili povezanost različitih vrsta vježbanja u različitim okruženjima, kao što su fitness centri ili vježbanje na otvorenom, s motivima vježbanja. Provedenim istraživanjem dobiveni su rezultati koji su pokazali da je vježbanje u fitness centrima povezano s tjelesnim izgledom i poremećajima prehrane dok je vježbanje u vanjskom okruženju pokazalo povezanost s motivacijom iz zdravstvenih razloga odnosno prednostima za zdravlje. Upravo ovakvi rezultati ukazuju da unatoč mnogim prednostima redovite tjelesne aktivnosti prema zdravlju ukoliko je motivacija za vježbanjem održavanje tjelesne težine i dobrog izgleda ono kod određenih pojedinaca može dovesti do stvaranja lošije slike o sebi ili osjećaja nižeg samopoštovanja ukoliko navedeni ciljevi nisu ostvareni te nije došlo od održavanja ili smanjenja tjelesne težine. S obzirom kako su žene u ovom istraživanju kao izvor motivacije na prvo mjesto stavile »kontrolu težine« postoji mogućnost odustajanja od tjelesne aktivnosti ukoliko upravo ti motivi ne dovedu osobu do očekivanog cilja. Zapravo su motivi »kontrola težine« kod žena i »snaga i izdržljivost« kod muškaraca jedini motivi u kojima postoji statistički značajna razlika po spolu te je time druga hipoteza koja glasi da ne postoji statistički značajna razlika po spolu u motivacijskoj strukturi kod većine motivacijskih faktora potvrđena.

Obzirom da su sudionici ovog istraživanja prvenstveno rekreativci upravo je ova skupina vježbača podložna ekstrinzičnoj motivaciji te ranom odustajanju ukoliko osobe ne dođu do zadanog cilja (Maltby i Day, 2001). Ono što navedena istraživanja ukazuju je da intrinzična motivacija doprinosi osjećajima subjektivnog zadovoljstva i dobrobiti prvenstveno zbog toga što su suštinski zadovoljavajuća, zabavna su i zanimljiva osobi koja ih provodi dok je potpuno suprotan efekt kod ekstrinzično motiviranih pojedinaca (Ryan i Patrick, 2009).

Nedostaci ovog istraživanja ogledaju se u malom uzorku uzetom u samo jednom fitness centru, nezastupljenosti drugih vrsta rekreativnih sportova (istraživanje je provedeno u fitness centru)

poput plivanja, plesa i slično a u istraživanju svakako nedostaju outdoor rekreativci poput biciklista, trkača, planinara i slično.

5 Zaključak

Poticanje na vježbanje i bavljenje različitim tjelesnim aktivnostima može se provesti kroz razne kampanje bazirane na promicanju zdravlja, marketingu, edukaciji i sl. a upravo iz tog razloga je neizmjerljivo važno imati uvid u motivacijske faktore različitih grupa rekreativnih vježbača.

LITERATURA

1. Bungić, M. i Barić, R. (2009). Tjelesno vježbanje i neki aspekti psihološkog zdravlja. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 24(2), 65–75.
2. Jurakić, D. i Heimer, S. (2012). Prevalencija nedovoljne tjelesne aktivnosti u Hrvatskoj i u svijetu: pregled istraživanja. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 63(3), 3–11.
3. Maltby, J. i Day, L. (2001). The Relationship between Exercise Motives and Psychological Well-Being. *The Journal of Psychology*, 135(6), 651–660.
4. Murcia, J. A. M., de San Román Blanco, M. L., Galindo, C. M. idr. (2007). Effects of the Gender, the Age and the Practice Frequency in the Motivation and the Enjoyment of the Physical Exercise. *Fitness & Performance Journal*, 6(3).
5. Peterson, S. E. i Schreiber, J. B. (2012). Personal and Interpersonal Motivation for Group Projects: Replications of an Attributional Analysis. *Educational Psychology Review*, 24(2), 287–311.
6. Plonczynski, D. J. (2000). Measurement of motivation for exercise. *Health Educ Research* (15), 695–705.
7. Prichard, I. i Tiggemann, M. (2008). Relations among Exercise Type, Self-Objectification, and Body Image in The Fitness Centre Environment: The Role of Reasons for Exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(6), 855–866.
8. Ryan, R. M. i Patrick, H. (2009). Self-Determination Theory and Physical. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 107–124.
9. Šimunić, V. i Barić, R. (2011). Motivacija za vježbanje povremenih rekreativnih vježbača: spolne razlike. *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 26(1), 19–25.

Učinkovitosti hipoterapije pri otrocih s cerebralno paralizo

UDK 615.825:798.2-053.2-056.24

KLJUČNE BESEDE: hipoterapija, cerebralna paraliza, mnenja fizioterapevtov, izkušnje fizioterapevtov

POVZETEK – Hipoterapija je terapija s konjem, pri kateri se izkorišča tridimenzionalne gibalne impulze za izboljšanje gibalnih funkcij pacienta. Cerebralna paraliza (CP) je neprogresivna motnja na področju gibanja in drže. Cilji uporabe hipoterapije na nevrološkem in motoričnem področju pri otrocih s CP zajemajo izboljšanje ravnotežja, drže in simetrije, zmanjšanje spastičnosti in inhibicijo nehotenih gibov ter ponavljajočih se nenormalnih vzorcev. Raziskava je empirično kvalitativna, z uporabo polstrukturiranega intervjuja. V raziskavi je sodelovalo šest fizioterapevtov iz vse Slovenije, ki izvajajo hipoterapijo. Postavili smo dve raziskovalni vprašanji: kakšne so izkušnje hipoterapevtov in kakšna je učinkovitost hipoterapije pri otrocih CP. Podatke smo uredili s pomočjo kod in kategorij. Podatke smo razporedili v dve kategoriji, 17 podkategorij, ki pojasnjujejo izkušnje in mnenja hipoterapevtov. Pri izkušnjah je izpostavljena pomembnost pretekle prakse, individualno odločanje na otroka s CP o primernosti in postopku izvedbe hipoterapije. Učinke smo razdelili na nivoju okvare, dejavnosti in participacije. Respondenti merijo učinke večinoma le za namen raziskave ali predstavitve hipoterapije. Vsi respondenti priznavajo prenos pridobljenih sposobnosti v domače in šolsko okolje. Glavni namen in cilj dela je pridobiti vpogled v izkušnje in mnenja fizioterapevtov – hipoterapevtov o učinkovitosti hipoterapije pri obravnavi otrok s CP.

UDC 615.825:798.2-053.2-056.24

KEYWORDS: hippotherapy, cerebral palsy, opinions of physiotherapists, experience of physiotherapist

ABSTRACT – Hippotherapy is horse therapy that uses three-dimensional movement impulses to improve movement functions. Cerebral palsy (CP) is a non-progressive movement and posture disorder. The goals of using hippotherapy in the neurological and motor areas in children with CP include improving balance, posture and symmetry, reducing spasticity and inhibiting involuntary movements and abnormal patterns. The research is empirically qualitative, using a semi-structured interview. Six physiotherapists from all over Slovenia who practice hippotherapy participated in the research. We posed two research questions. What are the experiences of hippotherapists and what is the effectiveness of hippotherapy in children with CP? We organized the data using codes and categories. We arranged the data into two categories, 17 subcategories that explain the experiences and opinions of hippotherapists. The experience highlights the importance of past practice, individual decision-making for a child with CP on the suitability and procedure of implementing hippotherapy. We divided the effects on the level of impairment, activity and participation. The respondents measure effects mostly only for the research or presentation of hippotherapy. All respondents acknowledge the transfer of the acquired skills to the home and school environment. The main aim and objective of this thesis is to gain insight into the experiences and opinions of physiotherapists - hippotherapists on the effectiveness of hippotherapy in the treatment of children with CP.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Cerebralna paraliza

Cerebralna paraliza (v nadaljevanju CP) je posledica poškodovanega osrednjega živčnega sistema v fazi razvoja, ki se lahko pojavi v času nosečnosti, med porodom ali v prvih dveh letih

po rojstvu. Okvare se lahko kažejo kot manjše motorične prizadetosti ali pa kot prizadetost celotnega telesa (Zadnikar, 2015).

Najpogostejši znaki CP zajemajo spastičnost, zmanjšano mišično moč, togost, motnje gibanja in ataksijo, v otroški dobi je lahko vzrok za hudo telesno prizadetost. Pri osebah s CP so med gibanjem prisotni patološki gibalni vzorci in zvišan ali znižan mišični tonus, iz česar je razvidno, da ima CP velik vpliv na področju dnevnih aktivnosti in kakovosti življenja, kar zajame tudi njihove svojce. Gibalne motnje lahko spremljajo motnje čutenja, motnje kognicije in komunikacije, zaznavanja, samostojnosti, vidnega zaznavanja, vedenja, epilepsije, hidrocefalus, učne težave in izgubo sluha (Meregillano, 2004; McIntyre idr., 2011; Zadnikar, 2015).

1.2 Učinkovitost hipoterapije pri otrocih s CP

Hipoterapija se uporablja kot del celovitega terapevtskega programa, kjer ima glavno vlogo gibanje konja, na različne načine kot so: predpriprava na dejavnost v smislu zmanjševanja in hkrati povečevanja tonusa pri hipotonem pacientu, mobilizacija hrbtenice in medenice za lažje izvajanje razvojnih položajev, ali kot primarna strategija za izboljšanje motorične funkcije in zmogljivosti, tudi ko pacient ne bo na konju (Govender idr., 2016; APTA, b.d.).

Naslednje raziskave (Zadnikar in Kastrin, 2011; Kovačič in Žnidarčič, 2014; Zadnikar, 2015; Koca in Ataseven, 2016; Rigby in Grandjean, 2016; Trobec in Ravnik, 2019; Wankmüller, 2020) navajajo, da nevrofiziološki učinki hipoterapije zajemajo izboljšanje na področju koordinacije; posturalnega ravnovesja in nadzora (boljša kontrola glave, trupa in drže); togosti in prožnosti; vzdržljivosti in mišične moči; optimizacijo gibalnih vzorcev; hoje in ravnotežja; povečanje obsega giba v sklepih; vzpostavitev centralnega tonus v trupu; izboljšanje kardiorespiratornega sistema in prebave; sedenje na konju lahko dolgotrajno deluje na raztezanje adduktorjev kolkov; izboljša se tudi aerobna zmogljivost.

Motorični učinki zajemajo razvoj avtomatske reakcije drže, ravnotežja in gibanja, občutek za telesno simetrijo in izboljšanje asimetrije telesa ter kolkov in prijem dominantne ter nedominantne roke (Zadnikar in Kastrin, 2011; Kovačič in Žnidarčič, 2014; Zadnikar, 2015; Koca in Ataseven, 2016; Rigby in Grandjean, 2016; Trobec in Ravnik, 2019; Wankmüller, 2020). White - Lewis (2019) veliko vlogo hipoterapije vidi v 1°C višji telesni temperaturi konja od telesne temperature človeka, ki vpliva na zmanjševanje hipertoničnosti mišic.

1.3 Izkušnje, mnenja in odnos izvajalcev hipoterapije

Med kvalitativnimi raziskavami na področju hipoterapije prevladujejo tiste, ki vključujejo izkušnje in vidike staršev: »... po dveh ali treh tednih je bil drug otrok, popolnoma drug otrok. Začel je vstajati na vse štiri in se plaziti okoli, česar si nikoli nisem mislil, da bo storil« (intervju 7) (O'Mahony idr., 2019, str. 48); »(ta intervencija) je bila notranja motivacija in ... to je ta velika stvar hipoterapije ... izhaja iz nežnosti konjev in njihove interakcije do otrok ...« (Kalmbach idr., 2019, str. 9); »toda hkrati mu pokazati, kako hoditi z dobrim vzorcem ... v zvezi s tem sem bil/-a prepričan/-a, da človek ali stroj ne bi bila tako učinkovita (kot konj) ...« (Léveillé idr., 2015, str. 5). Uporabniki s cerebralno paralizo in njihovi starši, ki so sodelovali v raziskavi Debuse in sodelavcev (2009), so navedli naslednje učinke hipoterapije: izboljšani mišični tonus, nadzor trupa in hoja, prenos hipoterapije v vsakdanje življenjske aktivnosti ter večja samozavest. Študija prav tako zagotavlja nov vpogled v hipoterapijo s strani učinkov na okvaro, aktivnosti, udeležbo in kakovost življenja ljudi s cerebralno paralizo.

Raziskava stališč različnih strokovnih delavcev o kognitivnih in motoričnih učinkih hipoterapije pri otrocih je pokazala razliko v stališčih med učitelji in terapevti, slednji so boljše prepoznali motorični in kognitivni napredek pri učencih (Žgur in Jerman, 2021).

V raziskavi vidikov fizioterapevtov in oseb s CP, ki uporabljajo hipoterapijo, so Debuse in sodelavci (2005) poleg razlik v načinu izvajanja hipoterapije med Veliko Britanijo in Nemčijo ugotovili še naslednje: ključni učinek hipoterapije je regulacija abnormalnega mišičnega tonusa, pozitivni psihološki učinki, izboljšanje nadzora drže, trupa, hoje in senzorne integracije. Rezultati kažejo tudi na skromno uporabo načinov merjenja izidov hipoterapije. Največ jih je uporabilo metodo opazovanja in video posnetkov, le redki so merili s pomočjo naslednjih: Chailey-ev test ravni sposobnosti (ang. Chailey Levels of Ability - CLA), meritve grobe motorične funkcije (ang. Gross Motor Function Measurements- GMFM), meritve obsega gibljivosti sklepov (ang. Range Of Movement - ROM) in pediatrične ocene inventarja invalidnosti (ang. Pediatric Evaluation of Disability inventory - PEDI).

Zelo malo je raziskav, ki opisujejo izkušnje tistih, ki hipoterapijo izvajajo, torej fizioterapevtov, zato je namen prispevka pridobiti vpogled v izkušnje in mnenja le teh. Cilja pa, ugotoviti, kakšne so izkušnje in mnenje hipoterapevtov o učinkovitosti hipoterapije pri otrocih s CP.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvalitativno, deskriptivno (opisno) fenomenološko metodo raziskovanja, s katero smo opisali izkušnje in mnenja fizioterapevtov – hipoterapevtov glede hipoterapije pri otrocih s CP.

2.2 Opis instrumenta

Za vodenje neposrednih polstrukturiranih intervjujev smo oblikovali usmerjevalna vprašanja na podlagi pregleda literature v podatkovnih bazah (Debuse, 2005; Tinkham, 2017). Intervju je sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu so demografska vprašanja o spolu, starosti, dokončani izobrazbi, delovnem mestu in času izvajanja hipoterapije. V drugem sklopu so vprašanja odprtega tipa, kjer smo fizioterapevte – hipoterapevte spraševali o njihovih izkušnjah z učinki hipoterapije pri obravnavi otrok s CP. V tretjem sklopu pa smo udeležence z odprtimi vprašanji spraševali o njihovem mnenju glede učinkov hipoterapije pri obravnavi otrok s CP.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo nenaključnostni namenski vzorec. K raziskavi smo povabili šest fizioterapevtov – hipoterapevtov, ki izvajajo hipoterapijo z otroki. Realizacija vzorca je bila 100 %.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Intervjuje smo pričeli izvajati po odobritvi dispozicije na Komisiji za diplomska in podiplomska zaključna dela in pridobljenem pisnem soglasju posameznih sodelujočih v raziskavi.

Prošnja za sodelovanje v raziskavi je bila poslana fizioterapevtom – hipoterapevtom preko e-pošte, priložili smo vnaprej sestavljena vprašanja za lažjo pripravo na intervju, obrazec o Obveščeniem soglasju k sodelovanju v raziskavi ter podrobna navodila o poteku raziskave ter o zagotavljanju anonimnosti in varni hrambi podatkov. Intervjuji so bili izpeljani v obdobju od 16. 7. do 31. 7. 2021. Intervjuvanci so imeli možnost kadar koli prostovoljno odstopiti od raziskave. Intervjuji so trajali v povprečju 35 minut. Intervjuje smo snemali, naredili dobeseden prepis zvočnih posnetkov. Podatke smo obdelali po naslednjih korakih; po definiranih kodah smo začeli odprto kodiranje, kjer smo prosto opisovali povzetke transkriptov. Iz nastalih kod smo zbirali pojme v nadredne podkategorije in kategorije ter izbrali in definirali za našo raziskavo pomembne pojme in kategorije (Kordeš in Smrdu, 2015). Po končanem analiziranju smo pridobljene rezultate opisno predstavili.

3 Rezultati

V tabeli 1 in 2 so prestavljeni rezultati izkušenj in mnenj hipoterapevtov.

Tabela 1: Izkušnje fizioterapevtov – hipoterapevtov s hipoterapijo pri obravnavi otrok s CP

Kategorija	Podkategorije	Kode
1. Izkušnje fizioterapevtov – hipoterapevtov s hipoterapijo pri obravnavi otrok s CP	Praksa Klinično odločanje Povprečna 30-minutna terapija Dopolnilna terapija	Samostojno odločanje o načinu terapije - upoštevanje znanstvenih dokazov - odločanje na podlagi izkušenj - kombinacija terapij za izvajanje učinkov - indikacije in kontraindikacije - timsko odločanje - 20–30-minutna terapija - dopolnilna terapija - nadgradnja terapij.
	Značilnosti konja Pomembnost konjevega gibanja Trodimenzionalno gibanje Fizična pripravljenost terapevta	Izbira primernega konja glede dolžine koraka - energija konja - osebnostne lastnosti konja - zmogljivost konja - trodimenzionalno gibanje konja - vpliv višje telesne temperature konja - uporaba različnih konjevih hodov - fizična zmogljivost fizioterapevta.
	Prednosti hipoterapije	Individualni pristop prepuščanje otroka konjskemu gibanju - prilagajanje koraka in spremembe smeri konja - naravno okolje - trodimenzionalno gibanje medenice - vpliv hipoterapije na nevrološke motnje - kombiniranje terapij.
	Vključenost staršev	Želje staršev - odločitev staršev za hipoterapijo - pričakovanja staršev.
	Uravnavanje mišičnega tonusa in zmanjševanje spastičnosti	Uravnavanje mišičnega tonusa - aktiviranje centralne kontrole - zmanjšanje spastičnosti - sproščanje mišic - izboljšanje mišične moči in vzdržljivosti.
	Kontrola nad telesom Drža in stabilnost trupa Koordinacija Ravnotežje Vzravnalne reakcije Ravnotežne reakcije Prestrezne reakcije Gibljivost telesa Sprostitev in uporaba rok Odnos – koordinacija, ravnotežje in stabilnost trupa	Kontrola glave - izboljšanje oralne kontrole - pokončna drža - stabilnost trupa - izboljšanje vzravnalnih, ravnotežnih in prestreznih reakcij - vpliv na 6 elementov gibanja - gibljivost kolčnih sklepov in hrbtenice - boljša gibljivost celega telesa in preprečevanje nastanka deformacij - boljša koordinacija - boljše ravnotežje - simetrija telesa - stabilnost trupa - facilitacija in inhibicija refleksov z uporabo rok - sproščene roke - simetrija telesa.
	Gibalni vzorci	Boljša groba in fina gibalna funkcija - sprememba vzorcev gibanja.
	Upoštevanje individualnih lastnosti in želja otroka Otrokov stik s konjem Spodbujanje otrok k čim večji samostojnosti	Socializacija z živalmi - upoštevanje otrokovih želja in sposobnosti - celosten pogled - izhajanje iz otroka - vpliv na kognitivni, socialni in psihičen razvoj - prvi pristop do konja - navezovanje stika s konjem - komunikacija s konjem - pridobivanje na samostojnosti in samozavesti otrok - nagrada otrok s kas-om - starost - strah pred konji - slaba kontrola impulzov - spodbujanje socializacije in sodelovanja otrok - čim bolj samostojno zajahanje in razjahanje s konja - odnos med mladostnikom s CP in konjem -

		odnos med mladostnikom s CP in terapevtom - vključevanje in spodbujanje sodelovanja pred samo terapijo - korist čiščenja konja pri prijemu, prenosu teže, stoje in ravnotežja.
	Potek in izvedba hipoterapije Odnos	Naročanje na pacientov hipoterapijo - priprava na terapijo - individualna terapija - optimalno trajanje hipoterapije - individualno prilagajanje na tip CP - intenzivnost terapije - posedanje na konja pokretne in nepokretne otroke - izvajanje terapije sede za otrokom na konju in terapije s tal - postopen začetek terapije - individualni cilji - prizadevanje terapevtov k zanimivi terapiji - individualno presojanje in prilagajanje poteka terapije - tedensko prihajanje na terapijo - končno preverjanje uspešnosti obravnave - vključevanje iger med terapijo.
	Terapevtske tehnike med hipoterapijo Potek in izvedba hipoterapije	Sprostitev in samostojno sedenje - facilitacija ključnih točk za vzravnavo in aktivacijo centra - izvabljanje simetrije in koordinacije telesa - sedenje otroka na sredini - poravnava telesa na konju - sproščanje otroka na konju - gradnja centralnega tonusa - omogočanje zaznavanja lastnega telesa z uporabo različnih tehnik - omogočanje zaznavanja občutkov - stopnjevanje zahtevnosti terapije pri manj gibalno oviranih otrocih - izvajanje terapije sede, za otrokom, na konju, večja podpora in lažja facilitacija - sproščanje lopatic - uporaba celega telesa terapevta med hipoterapijo - omogočiti več fine motorike - orientacija na konju - jahanje v različne smeri in uporaba dolgih linij za izboljšanje ravnotežja, vzravnalne, podporne, prestrezne in zaščitne reakcije - izboljšanje obremenitve sedišča - izboljšanje mišične moči in vzdržljivosti.

Vir: Lastni vir.

Tabela 2: Mnenja fizioterapevtov – hipoterapevtov o učinkovitosti hipoterapije pri otrocih s CP

Kategorija	Podkategorije	Koda
2. Mnenja fizioterapevtov – hipoterapevtov o učinkovitosti hipoterapije pri otrocih s CP	Učinki na nivoju okvare	Aktivnost centralnega tonusa in normalizacija tonusa - izboljšanje vzravnalnih, ravnotežnih in prestreznih reakcij - uravnavanje mišičnega tonusa - sprememba vzorcev gibanja - kontrola glave - izboljšanje govora in lažje uživanje hrane - izboljššan vid - spremembe v drži in stabilnosti trupa in hrbtenice - izboljšanje gibljivosti, sedenja, stoje, hoje - izboljšanje ravnotežja in vestibularne funkcije - selektivno gibanje telesa - sproščenost medeničnega obroča - boljše rotacije telesa - boljše respiratorna funkcija in izkašljevanje - boljše vzdržljivost mišic - boljše izvajanje hotnih gibov - uporaba rok - boljše motorika - zmanjšanje zaprtja - sprememba delovanja organov.
	Učinki na nivoju dejavnosti	Prehodi med položaji - napredovanje in boljše opravljanje vsakdanjih opravil in aktivnosti - vključevanje naučenega v vsakdanje življenje - uporaba rok in boljše fina motorika - lažje izvajanje osnovnih dnevnih aktivnosti - sodelovanje in napredovanje v šoli - vključevanje v igranje - vključevanje v prilagojene športne aktivnosti.

Učinki na nivoju participacije	Pridobivanje na samozavesti in intelektualnem razvoju - boljša pamičnost - občutenje in zavedanje lastnega telesa - zaznavanje bolečine in nevarnosti - socializacija z živalmi - prenašanje negovanja konja na skrb zase in v vsakdanje življenje - spodbujanje k samostojnosti - boljša samopodoba.
Načini ocenjevanj Razlogi neizvajanja ocenjevanja	Slikanje s pomočjo markerjev - slikanje z mrežo - fotografiranje - video - snemanje s strani staršev/ spremljevalcev - stabilometrična plošča - vprašalniki za samoocenjevanje - GMFM - DHI - ocenjevanje spastičnosti in gibljivost (sklepov, hrbtenice) - ocenjevanje drže, hoje, dolžine koraka - uporaba testov z visoko stopnjo veljavnosti in zanesljivosti - testi ravnotežja - goniometrija pred in po terapiji - ashworthova lestvica - modificirana Tardjejeva lestvica - test stoje na eni nogi - test vstani-pojdi - mišična moč in vzdržljivost - modificiran Thomas test - test vstajanje s stola - test Funkcijskega dosega - GMFM 88 - modificiran Aplejev test - push up test - test korakanja - izvajanje meritev za namen raziskave - slikanje za namen predstavitve terapije - ni merilnega instrumenta - premalo občutljivi testi za otroke s CP.
Zasebni sektor Javni sektor	Neizvajanje meritev zaradi časovnega in finančnega stanja - drugačen način delovanja v zasebnem sektorju - raba tretje osebe in finančni stroški - lažje izvajanje meritev v javnem sektorju.
Prenos sposobnosti Prenesene sposobnosti	Sposobnosti se prenesejo v šolsko in domače okolje - učinki hipoterapije se prenašajo na vsa področja - delni prenos - pomembno je spodbujanje - prenos odvisen od kognitivnih sposobnosti - prenos v okviru otrokovih zmožnosti - uporaba rok doma in v šoli - hranjenje - fina motorika rok - umirjenost - koncentracija - boljše učenje - komunikacija in socializacija - pri nerednem izvajanju hipoterapije učinki izzvenijo - manjši strah pred živalmi - manjši strah pred višino in novim gibanjem - nastopanje v javnosti - sodelovanje - skrb za samega sebe - vztrajanje v šoli - boljše udejstvovanje pri igri in športnih aktivnostih - zavedanje lastnega telesa in kontrole glave.
Opažanja staršev Otrokove želje	Opažanje staršev – hitrost, volja, oblačenje - vztrajnost staršev zaradi učinkov - napredek na vseh področjih otroka po mnenju staršev - spletno deljenje trenutkov pri slabše govorečih otrocih - želja otrok po hipoterapiji je velika zaradi učinkov.

Legenda: GMFM – gross motor function measure, DHI – dizines handicap inventory

Vir: Lastni vir.

4 Razprava in zaključek

Z raziskavo smo dobili poglobljen vpogled in odgovore na prvo raziskovalno vprašanje, ki obravnava izkušnje fizioterapevtov z uporabo hipoterapije pri otrocih s CP. Izkušnje hipoterapevtov razkrivajo pomembnost pretekle prakse in kliničnega odločanja. Istočasno upoštevajo tudi individualne lastnosti otrok, njihove želje in želje staršev.

Pri samem začetku obravnave je ključnega pomena vez med konjem in jahačem. Preko tega fizioterapevti izbirajo primerne konja, hitrost hoje in smer gibanja konja, saj bi v nasprotnem primeru lahko prišlo do preobremenitve otrok. Vsi intervjuvanci vidijo hipoterapijo kot dopolnilno terapijo (IC): »To je zgolj dodatek drugim terapijam, tako da to ni nikoli samo kot samostojna obravnava, ki bi zadostovala za otroke s cerebralno paralizo. To je samo pač dodatek zraven drugim terapijam ...«. IF poleg dopolnilne terapije navaja še izvabljanje učinkov: »... hipoterapija nam nudi marsikaj, kar nam kabinet ne nudi ... dobimo ogromno stvari, znotraj ene obravnave, kot jih v nekem kabinetu, ne moremo ...«. V raziskavi Wood in Fields (2019) je povezovanje konja z otrokom, primerjanje velikosti in gibalnih značilnosti konja s funkcionalnim stanjem otroka in izbiro primerne konja ključnega pomena, saj se lahko v nasprotnem primeru otroka preobremeni.

Uporaba hipoterapevtovih tehnik med terapijo je odvisna od otroka in obsega njegove prizadetosti, pove ID, »... uporabljamo različne položaje, potem, nekaj časa ga pustimo, da sam jaha, potem mi dodamo, razna selektivna gibanja ...«. Tehnike, katere sta Wood in Fields (2019) tekom svoje raziskave izpostavili, so: uporaba različnih položajev, terapevtske vaje za raztezanje in krepitev mišic, vadbo na tleh in funkcionalno vadbo preko iger in nalog. Naši respondenti med terapijo uporabljajo različne tehnike, s katerimi vplivajo na držo in stabilnost telesa, gradnjo centralnega tonusa, zagotavljanja samostojnega seda na konju in občutenju telesa. S tem pridobijo na ravnotežju, vzravnalnih, podpornih, prestreznih in zaščitnih reakcijah ter samostojnosti otrok.

Če dopušča čas, nekateri fizioterapevti skupaj z otroki konja tudi očistijo, saj s tem pridobivajo na prijemu in funkciji roke, prenosu teže, stoji in ravnotežju. Slednje potrjuje raziskava Becheva in sodelavcev (2016), kjer so dejavnosti, kot so čiščenje, negovanje, hranjenje in sedlanje konja, zelo pomembne, saj pri otrocih razvijajo notranji občutek za gibanje telesa, nadzor nad lastnimi gibi in obnašanjem, gradijo nove motorične spretnosti, prilagajajo se okolju, dobijo motivacijo za delo in uravnovešajo duševne procese.

Cilje si respondenti določajo sami, individualno, glede na otroka. Skupna prav vsem respondentom je bila tudi ocena časa trajanja terapije, ki ni presejala več kot 30 minut na obravnavo, zaradi intenzivnosti hipoterapije. Podobno sta ugotovili Wood in Fields (2019) v svoji raziskavi, kjer sta primerjali rezultate 71 študij, končno povprečje trajanja hipoterapije je bilo 38 minut.

Prvo področje drugega vprašanja zajema učinke na nivoju okvare, to so npr. aktivnost centralnega tonusa, uravnavanje mišičnega tonusa, spremembe vzorcev gibanja, izboljšanja na organskem nivoju, boljša koordinacija, hoja, stoji in ravnotežje, uporaba rok, boljša gibljivost telesa in sklepov, omogočanje nekaterih lažjih hotnih gibov in prekinjanje patoloških vzorcev. Navedene učinke na nivoju okvare potrjujejo raziskave Debuse in sodelavcev (2005), Becheva in sodelavcev (2016) ter Wood in Fields (2019), kjer učinke izpostavljajo kot: uravnavanje mišičnega tonusa, boljšo držo, hojo in gibalne funkcije ter posturalni nadzor.

Respondenti opredeljujejo učinke na nivoju dejavnosti kot izboljšan prehod med položaji in uporabo rok pri različnih vsakodnevnih dejavnostih. Zaradi lažjega gibanja otroci posledično učinkoviteje izvajajo vsakodnevne dejavnosti in skrb zase, lažje sodelujejo pri aktivnostih in terapijah. Raziskava Wood in Fields (2019) potrjuje izboljšanje pri opravljanju vsakodnevnih aktivnosti, samooskrbi in mobilnosti.

Na nivoju participacije naj bi otroci po mnenju respondentov pridobili na samozavesti in intelektualnem razvoju, boljšem občutenju lastnega telesa in zavedanju bolečine, boljši socializaciji z živalmi, zmožnosti samostojne odločitve o poteku terapije in boljši samopodobi. Slednje potrjuje raziskava Becheva in sodelavcev (2016), kjer se na nivoju participacije izboljša

otrokovo vedenje, občutenje in zaznavanje lastnega telesa. Skrb za konja otroku prav tako da spodbudo pri samooskrbi.

Respondenti priznavajo prenos sposobnosti v domače in šolsko okolje, v kolikor je to v okviru otrokovih telesnih in kognitivnih sposobnosti. Temeljijo pa na pravi spodbudi in motivaciji s strani hipoterapevtov, ki opažajo napredek na področju komunikacije in socializacije. Tudi otroci sami opažajo, da imajo bolj razvite kognitivne, komunikacijske in socializacijske sposobnosti.

Hipoterapija je edinstvena terapija s številnimi učinki, vendar ima še veliko prostora za izboljšave na podlagi organizacije terapije v javnem in zasebnem sektorju delovanja, njene prepoznavnosti in dostopnosti med kadrom, novih kakovostnih raziskav, temelječih na mnenjih in uvedbi kakovostnega instrumenta za merjenje učinkov hipoterapije.

Prav raziskava o učinkovitosti hipoterapije s strani hipoterapevtov predstavlja nov in poglobljen vpogled v delo hipoterapevtov ter njihov vidik in mnenja glede opravljanja hipoterapije tako v Sloveniji kot v svetu. Hipoterapevti lahko na podlagi naše raziskave pridobijo nov pogled na svoje delo. Nadaljnje lahko sistematično urejene zapise uporabljajo za samoevalvacijo in izboljšanje lastnega dela, kakovostnejše in učinkovitejše obravnave hipoterapije.

LITERATURA

1. American Physical Therapy Association, (APTA), n. d. Statements / Letters on the Use of Hippotherapy in Treatment from APTA. [pdf] American Hippotherapy Association, Inc. Pridobljeno s https://www.americanhippotherapyassociation.org/assets/docs/APTALetters.handout.final_-1.pdf.
2. Becheva, M., Georgiev, D., Obreshkova, D. idr. (2016). Hippotherapy: Integrated Approach in Children with Cerebral Palsy (CP). *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 5(7), 9–17.
3. Debuse, D., Chandler, C. in Gibb, C. (2005). An Exploration of German and British Physiotherapists' Views on the Effects of Hippotherapy and their Measurement. *Physiotherapy Theory and Practice*, 21(4), 219–242.
4. Debuse, D., Gibb, C. in Chandler, C. (2009). Effects of Hippotherapy on People with Cerebral Palsy from the Users' Perspective: A Qualitative Study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 25(3), 174–192.
5. Govender, P., Barlow, C. in Ballim, S. (2016). Hippotherapy in Occupational Therapy Practice. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(2), 31–36.
6. Kalmbach, D., Wood, W. in Peters, B. C. (2019). Parental Perspectives of Occupational Therapy in an Equine Environment for Children with Autism Spectrum Disorder. *Occupational Therapy In Health Care*, 34(3), 230–252.
7. Koca, T. T. in Ataseven, H. (2016). What is Hippotherapy? The Indications and Effectiveness of Hippotherapy. *North Clin Istanbul*, 2(3), 247–252.
8. Kordeš, U. in Smrdu, M. (2015). Osnove kvalitativnega raziskovanja. Koper: Založba Univerze na Primorskem.
9. Kovačič, T. in Žnidarčič, P. (2014). Vpliv intenzivne razvojnonevrološke obravnave v kombinaciji s terapijo s konjem. *Fizioterapija*, 23(1), 20–29.
10. Léveillé, A., Rochette, A. in Mainville, C. (2015). Perceived Risks and Benefits of Hippotherapy among Parents of Children Currently Engaged in or Waiting for Hippotherapy: A Pilot Study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(4), 269–277.
11. McIntyre, S., Morgan, C., Walker, K. idr. (2011). Cerebral Palsy- Don't Delay. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17(2), 114–129.
12. Meregillano, G. (2004). Hippotherapy. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 15(4), 843–854.

13. O'Mahony, R., Connolly, E. in Hynes, P. (2019). A Qualitative Study of Irish Parents' Views on Hippotherapy, Including Its Influence on their Children's Home-Based Occupations. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 47(1), 42–57.
14. Tinkham, L. (2017). Hippotherapy: An Alternative Treatment from the Perceptions of Practitioners (Diplomsko delo). Massachusetts: Bridgewater State University, Honors Program.
15. Trobec, K. in Ravnik, D. (2019). Hipoterapija- pomoč konja človeku. V D. Ravnik in K. Trobec (ur.) 5. Strokovno srečanje Akademije Arhimed »svoboden in lahkoten korak in dih« (str. 30–32). Srednje, Srednje: Akademija Arhimed.
16. Wankmüller, A. (2020). Vpliv hipoterapije in terapevtskega jahanja na kakovost življenja pri različnih nevroloških boleznih in okvarah- pregled literature (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
17. White - Lewis, S. (2019). Equine-Assisted Therapies using Horses as Healers: A Concept Analysis. *Nursing Open*, 7(1), 58–67.
18. Wood, W. H. in Fields, B. E. (2019). Hippotherapy: a Systematic Mapping Review of Peer-Reviewed Research, 1980 to 2018. *Disability and Rehabilitation*, 43(10), 1463–1487.
19. Zadnikar, M. (2015). Razvoj metodološkega modela hipoterapije pri mladostnikih s cerebralno paralizo (Doktorska disertacija). Ljubljana: Mednarodna podiplomska šola Jožefa Stefana.
20. Zadnikar, M. in Kastrin, A. (2011). Effects of Hippotherapy and Therapeutic Horeback Riding on Postural Control or Balance in Children With Cerebral Palsy: a Meta-Analysis. *Developmental Medicine in Child Neurology*, 53(8), 684–691.
21. Žgur, E. in Jerman, J. (2021). Therapists' and Teachers' Views on the Effects of Hippotherapy. *Innovative Issues and Approaches in Social Sciences*, 14(1), 6–17.

Rok Mežnar
Zdravstveni dom Novo mesto

Dr. Vesna Homar
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Zdravstveni dom Vrhnika

Prevalenca Hepatitisa B in C pri uporabnikih CPZOPD Novo Mesto

UDK 613.83+616.36-002

KLJUČNE BESEDE: Hepatitis B, Hepatitis C, Prevalenca, Center za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

POVZETEK – Hepatitis je vnetje jeter, ki ga povzročajo različni dejavniki, kot so okužbe, pretirano uživanje alkohola, razna zdravila, kemične snovi in strupi ali avtoimuna obolenja. Najpogostejši vzrok hepatitisa je okužba z virusom hepatitisa B in C (HBV in HCV), ki lahko vodi v razvoj jetrne ciroze in karcinoma jeter. Med intravenskimi uporabniki drog je posebej visok delež okuženih s HCV. S to raziskavo smo želeli ugotoviti pogostost okužbe s HBV in HCV pri uporabnikih Centra za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (CPZDO) v Zdravstvenem domu Novo mesto (NM). Naredili smo presečno raziskavo med uporabniki CPZDO NM. Potekala je od februarja do marca 2021. Podatke smo analizirali glede na demografske in socialne značilnosti. V raziskavo je bilo vključenih 90 uporabnikov CPZDO NM, med njimi 14 žensk. 31 (34 %) uporabnikov je bilo kadarkoli v življenju izpostavljenih okužbi s HCV, od tega jih je 12 (13 %) z znano okužbo, ki so bili že zdravljeni, 8 (9%) z aktivno svežo okužbo in 11 (12 %) s spontano prebolelo okužbo, ki ni bila nikoli zdravljena. 5 uporabnikov (6 %) je bilo kadarkoli v življenju okuženih s HBV. Spol, starost, izobrazba ne vplivajo na pogostost okužbe s HCV ali HBV. Bivanje v zaporu in brezdomstvo vplivata na pogostost okužb s HCV ali HBV. Prevalenca okužbe s HCV pri uporabnikih CPZDO NM 34%, s HBV pa 6 %.

UDC 613.83+616.36-002

KEYWORDS: Hepatitis B, Hepatitis C, Prevalence, Substance abuse treatment centres

ABSTRACT – Hepatitis is an inflammation of the liver caused by various factors such as infections, excessive alcohol consumption, various drugs, chemical substances and poisons or autoimmune diseases. The most common cause of hepatitis is infection with hepatitis B and C viruses, which can lead to the development of liver cirrhosis and liver carcinoma. There is a high proportion of people infected with hepatitis C among intravenous drug users. With this research, we wanted to determine the frequency of hepatitis B and C infection among the users of the Centre for the Treatment of Addiction to Prescribed Medicines (CPZDO) in the Novo Mesto Health Centre (NM). We conducted a cross-sectional survey among CPZDO NM users. It took place from February to March 2021. We analyzed the data according to demographic and social characteristics. 90 users of CPZDO NM were included in the study, of which 14 were women. 31 (34%) users were exposed to HCV infection at some point in their life, of which 12 (13%) had a known infection and had already been treated, 8 (9%) had an active recent infection and 11 (12%) had a infection that was never treated. 5 users (6%) were infected with HBV at some point in their lives. Gender, age, education do not affect the frequency of HCV or HBV infection. Incarceration and homelessness influence the frequency of HCV or HBV infection. The prevalence of HCV infection in CPZDO NM users is 34%, and HBV is 6%.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Okužbe z virusi hepatitisa

Hepatitis je vnetje jeter, ki ga povzročajo različni dejavniki, kot so okužbe, pretirano uživanje alkohola, razna zdravila, kemične snovi in strupi, motnje v presnovi ali celo spremenjen lasten

imunski odziv. Najpogostejši vzrok so virusi, ki neposredno napadejo jetra. Poznamo 5 glavnih povzročiteljev virusnega hepatitisa: virus hepatitisa A, virus hepatitisa B (HBV), virus hepatitisa C (HCV), virus hepatitisa D in virus hepatitisa E (Nikolič, 2020, str. 4–8). Hepatitis B-virus je delno dvovijačna DNA virus iz skupine hepadna virus. Hepatitis C spada med RNA viruse. Na osnovi organizacije genoma ga uvrščamo v skupino flavi virusov (Kopilović, 2019).

HBV in HCV se prenašata z okuženo krvjo preko kože in sluznic ob menjavi pribora za injiciranje ali njuhanje drog, neprofesionalno opravljene tetovaži, prebadanju kože (»piercingu«) ali akupunkturi, menjavi osebne pribora z okuženim, z nezaščitenim spolnim odnosom z okuženo osebo ali z okužene matere na plod oziroma novorojenca. Pred letom 1993 smo se v Sloveniji lahko okužili tudi s transfuzijo krvi ali med večjimi operativnimi ali zobozdravstvenimi posegi (Nikolič, 2020, str. 4–8). Okužba s HBV ali HCV najpogosteje poteka asimptomatsko. Redko se pojavijo znaki kot so zlatenica, kronična utrujenost, subfebrilno stanje, mialgije po okončinah, bolečina v zgornjem delu trebuha, slabost ali bruhanje. Seč se lahko obarva temno in blato sivo. Te težave po navadi nastopijo od 15 do 160 dneva po vnosu virusa v telo. Več kot 90 % bolnikov s HBV spontano ozdravi v 6 mesecih. S HCV pa spontano ozdravi 50 % bolnikov (Kopilović, 2019). Zelo redko pa se okužba s HBV ali HCV pokaže z akutno odpovedjo jeter, ki se lahko konča s smrtjo. Prehod iz akutne okužbe v kronično lahko preprečimo z zdravljenjem (Nikolič, 2020, str. 4–8).

Okužbe s hepatitisom B in C predstavljajo velik svetovni javnozdravstveni problem. Po podatkih WHO naj bi imelo kar 71 milijonov ljudi na svetu kronično okužbo s hepatitisom C (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>). Z virusom hepatitisa B je po ocenah okuženih 257 milijonov ljudi (Zagožen, 2016). V razvitem svetu je dolgotrajna okužba s HBV in HCV najpogostejši vzrok za razvoj jetrne ciroze in karcinoma jeter, ki lahko vodita v prezgodnjo smrt (Karimi idr., 2020, str. 64). Tveganje za karcinom je trikrat večje pri cirozi povzročeni s HCV kot s HBV. V približno 20 % primerov kronični hepatitis C po 10 letih napreduje v jetrno cirozo, v naslednjih 17 letih pa je pri teh bolnikih v 75 % pričakovati hepatocelularni karcinom (Kopilović, 2019). Leta 2015 naj bi v svetu zaradi virusnega hepatitisa B in C umrlo 1,4 milijona ljudi (Matičič in Wallas, 2013, str. 36–41).

1.2 Okužbe z virusi hepatitisa C in B med uporabniki prepovedanih drog

Uporabniki drog sodijo v zelo ogroženo skupino za okužbo s HCV in HBV, ker je parenteralni vnos virusa z okuženo krvjo najpogostejši način prenosa teh dveh virusov (Karimi idr., 2020, str. 64). 95 % okužb z virusom hepatitisa B bi lahko preprečili z učinkovitim cepljenjem, 95 % okuženih z virusom hepatitisa C pa uspešno pozdravili z učinkovitimi zdravili, ki so na voljo. Hepatitis B namreč že od leta 1982 lahko uspešno preprečujemo z učinkovitim in varnim cepljenjem, hepatitis C pa je prva kronična virusna bolezen v zgodovini medicine, ki je ozdravljiva. Zdravljenje akutnega hepatitisa B je simptomatsko (Zagožen, 2016). Za hepatitis C pa obstajajo smernice, ki predvidevajo večtedensko zdravljenje s kombinacijo virostatikov, odvisno glede na genotip povzročitelja (Brinovec, 1995, str. 537–553). Prevalenca okuženih s hepatitisom C v Sloveniji se giblje med 0,3 %–0,4 %, prevalenca okuženih s hepatitisom B pa je med 1 %–2 % (Zagožen, 2016). Predvidevamo, da je kar 30 % uživalcev intravenskih drog pri nas okuženih s hepatitisom C (https://www.kclj.si/dokumenti/spm_svetovni_dan_hepatitisa_08072015.pdf).

1.3 Delovanje centra za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog

V zdravstvenem domu Novo mesto že 20 let deluje center za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog. V centru deluje tim, katerega člani so srednja medicinska sestra s specialnimi znanji, specialist psihiater in specialist družinske medicine. Uporabniki v centru prejemajo substitucijsko terapijo ter se udeležujejo ambulantnih pogovorov pri psihiatru

in specialistu družinske medicine, kjer člani tima preverijo ustreznost terapije, stanje uporabnika, mu svetujejo, ga motivirajo za zdravljenje in usmerjajo. Vstop v program je prostovoljen. Pogoj za vstop je polnoletnost in urejeno zdravstveno zavarovanje. V ambulantah CPZOPD po Sloveniji naj bi vsakoletno potekala testiranja uporabnikov na HCV, HBV in HIV. Vse še neokužene uživalce drog je potrebno presejalno testirati na anti-HCV vsakih šest do dvanajst mesecev (Matičič in Kastelic, 2009, str. 533).

V centru ZD Novo mesto je bilo zadnje sistematično testiranje uporabnikov pred 5 leti. Z raziskavo želimo proučiti, kakšno je stanje glede okuženosti s hepatitisom B in C pri uporabnikih CPZOPD Novo mesto v mesecu februarju 2021.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je kvantitativna presečna in je potekala v Zdravstvenem domu Novo mesto v Centru za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD).

Testiranje je potekalo februarja in marca 2021 v ambulanti centra CPZOPD Novo mesto. Uporabniki so bili najprej pregledani s strani zdravnika in seznanjeni s ponujenim testiranjem. Tistim uporabnikom, ki so se strinjali s testiranjem, je laborantka odvzela kri. Uporabniku so bili predtem pregledani s strani zdravnika in seznanjeni s testiranjem, ki jim je bilo ponujeno. Testiranja so se udeležili prostovoljno. Odvzem krvi je potekal v ambulanti zato, ker je to prostor, kjer se uporabniki počutijo bolj domače, mu zaupajo. Iz dokumentacije smo zbrali podatke o spolu in starosti. Podatke o izobrazbi, brezdomstvu, bivanju v zavodu za prestajanje kazni in uporabi droge intravensko so uporabniki podali ob pregledu v ambulanti centra. Vzorec krvi je bil poslan na Mikrobiološki inštitut v Ljubljano, kjer so bile opravljene presejalne preiskave na HCV in HBV. Le-te so pokazale prisotnost protiteles proti HBV ali HCV. V kolikor je bil presejalni test pozitiven, je sledil potrditveni PCR test, ki je pokazal prisotnost virusa v krvi in potrdil morebitno akutno okužbo.

2.2 Opis vzorca

Vzorec so sestavljali vsi uporabniki centra, pri katerih smo preverili okuženost z virusom hepatitisa B (HBV) in z virusom hepatitisa C (HCV) od februarja do marca 2021. V raziskavo so bile vključene osebe, ki so bile registrirane kot uporabniki CPZOPD Novo mesto do 31. 12. 2020. Teh uporabnikov je bilo 90. Uporabnikov z znano okužbo s HBV ali HCV v preteklosti nismo ponovno testirali, smo pa jih vključili v raziskavo.

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih zbrali v raziskavi, smo vnesli v tabelo v programu Excel in jih statistično obdelali s programom SPSS 13.0 for Windows. Uporabili smo test hi kvadrat (ali Fisherjev test, kjer je malo meritev). Statistično pomembno razliko sem opredelil pri stopnji $p < 0,05$.

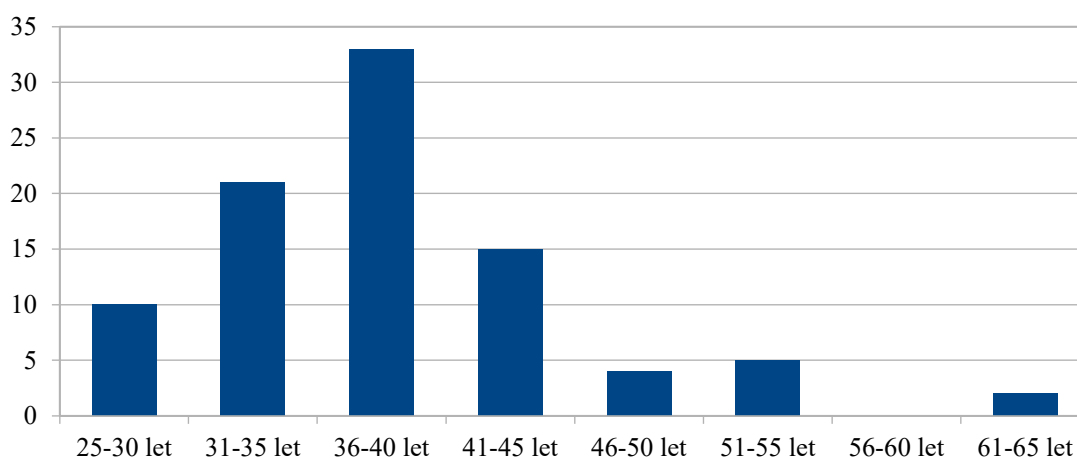
3 Rezultati

3.1 Demografski podatki

V centru CPZOPD NM je registriranih 90 uporabnikov. Od teh 90-tih se jih 12 vodi pri infektologu zaradi že znane okužbe. Na naše povabilo k testiranju se je odzvalo 74 uporabnikov. Štirje se niso udeležili testiranja.

Od vseh uporabnikov je bilo 14 žensk in 76 moških. Udeleženci testiranja so bili stari od 25 do 63 let, s povprečno starostjo 38,3 let. Povprečna starost žensk je bila 38,1 let in moških 38,3 let (Slika 1).

Slika 1: Razporeditev vzorca glede na starost



Vir: Lastni vir.

13 udeležencev raziskave nima dokončane osnovne šole, 38 ima dokončano osnovno šolo, 37 ima dokončano srednjo šolo in 2 višjo ali visokošolsko izobrazbo.

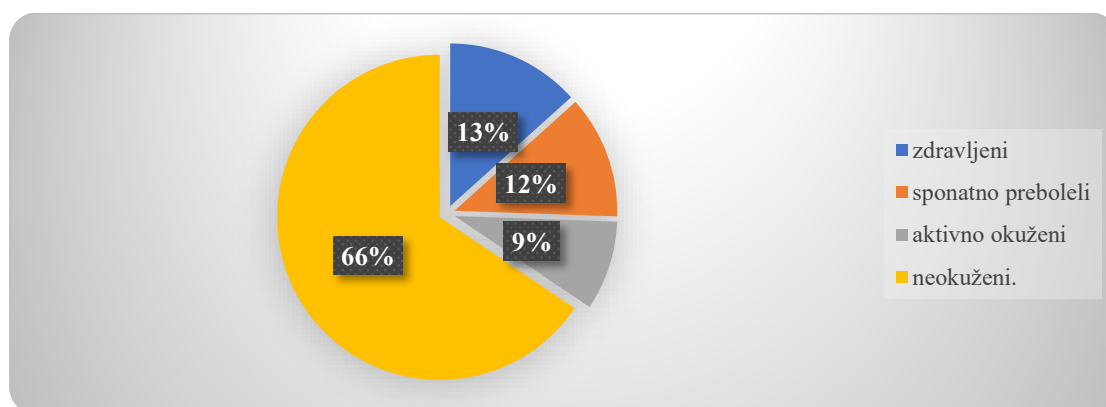
Od vseh uporabnikov je bilo zaprtih 36 (40 %). 54 jih ni prestajalo zaporne kazni. Od vseh uporabnikov je le eden navedel, da je zadnjih šest mesecev uporabljal prepovedane droge intravensko. Ostalih 89 je zanikalo. 3 uporabniki so navedli, da so bili v času testiranja brezdomci.

3.2 Okuženost s HCV in HBV

31 (34 %) uporabnikov je bilo kadarkoli v življenju izpostavljenih okužbi s hepatitisom C in 5 (6 %) uporabnikov okužbi s hepatitisom B. 12 uporabnikov se je zdravilo pri infektologu, 8 jih je imelo aktivno okužbo (v krvi je bila še prisotna virusna RNA), 11 jih je ne vedoč spontano prebolelo okužbo (prisotna le protitelesa v krvi, brez virusne RNA).

Vsi uporabniki, ki so bili okuženi s hepatitisom B, so bili tudi izpostavljeni okužbi s hepatitisom C. Na sliki 2 je predstavljen delež okužb s HCV glede na obliko okužbe (aktivno, prebolelo, zdravljeno).

Slika 2: Delež okuženih uporabnikov s HCV glede na obliko okužbe



Vir: Lastni vir.

Preverili smo tudi statistično povezanost med okužbami s HCV in HBV ter spolom, starostjo, izobrazbo, uporabo prepovedanih drog intravensko v zadnjih 6 mesecev inbrezdomstvom.

V preiskovalni skupini je le brezdomstvo statistično značilno vplivalo na prevalenco tako hepatitisa C kot B ($p = 0.038$ in $p = 0.002$).

4 Razprava

V Sloveniji je bilo leta 1995 ustanovljenih 18 centrov za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog, kjer se naj bi na vsakih 6–12 mesecev testiralo uporabnike na viruse hepatitisa B, C in HIV. Do danes se je mreža razširila na 21 centrov, kjer se vodi približno 3800 uporabnikov (vir: CZOPD Ljubljana). Ocenjujejo, da je v Sloveniji okoli 10000 uživalcev prepovedanih drog. Prevalenca hepatitisa C v tej rizični skupini je po najnovejših podatkih v Sloveniji 24 % (Matičič, 2014).

V CPZOPD Novo meso se trenutno aktivno vodi 90 uporabnikov, kar je pod povprečjem (178 uporabnikov) glede na ostale centre. Pri njih smo opravili prvo sistematično analizo prevalence s HBV in HCV.

Vseh uporabnikov našega centra nismo zajeli v raziskavi. 4 se raziskave niso udeležili. Razlog je bil predvsem strah pred slabim rezultatom ter vplivom le-tega na njihovo življenje. Podobno strukturo uporabnikov glede na spol, starost in izobrazbo imajo tudi v drugih centrih in so podatki primerljivi. (vir: CZOPD Ljubljana)

Od skupno 90 uporabnikov, ki smo jih vključili v raziskavo, je bilo 31 (34 %) kadarkoli v življenju izpostavljenih okužbi s HCV. To je več kot smo pričakovali glede na slovenske podatke (10). Od teh 31 se jih 12 vodi pri infektologu. Vsi so zaključili zdravljenje in se spremljajo. Od vseh testiranih uporabnikov je bilo 19 anti-HCV pozitivnih (21 %), od tega jih je bilo 8 HCV RNK pozitivnih (9 %). To pomeni, da je 11 uporabnikov (12 %) spontano prebolelo okužbo s HCV, ne da bi to opazili. Najverjetneje bi delež teh uporabnikov lahko diagnosticirali in zdravili, v kolikor bi testiranje opravili vsako leto. 8 uporabnikov je imelo aktivno, še ne zdravljeno okužbo. 5 uporabnikov (6 %) je bilo kadarkoli izpostavljenih okužbi s hepatitisom B. Nihče ni imel aktivne in še ne zdravljene okužbe s HBV. Vseh 5 uporabnikov, ki so imeli okužbo s hepatitisom B, je istočasno tudi prebolelo okužbo z HCV. Vzrok manjše razširjenosti HBV je predvsem cepljenje.

Sam spol ni značilno vplival na povečanje verjetnosti okužbe s HCV ali HBV. Večje število okuženih s HCV ali HBV je bilo pri moških. Menim, da zato, ker je več uporabnikov centrov moškega spola, saj so le-ti bolj nagnjeni tveganemu vedenju. Med starostnimi skupinami (manj kot 30 let, 31–40 let, 41–50 let, 51–60 let in nad 60 let) v opazovanih letih okužbe naraščajo s starostjo. Statistične razlike se nakazujejo, a je vzorec premajhen, da bi to lahko z gotovostjo potrdili.

Tudi izobrazba ni značilno korelirala s prevalenco okužbe s HBV in HCV. Razlog je premalo število uporabnikov, ki so sodelovali v raziskavi. Po primerljivih raziskavah, ki so bile opravljene v tujini, tudi na večjem vzorcu ni bilo dokazov, da izobrazba vpliva na prevalenco okužb s HBV ali HCV, kar verjetno velja tudi za našo raziskavo (Karimi idr., 2020, str. 64). Ugotovili smo, da statistično značilno na prevalenco okuženosti s HBV in HCV vpliva bivanje v zavodu za prestajanje kazni. Od vseh 36 uporabnikov, ki so kadarkoli prestajali zaporno kazen, jih je bilo 14 (41 %) izpostavljenih okužbi s HCV in 3 (9 %) okužbi s HBV. Brezdomstvo prav tako statistično značilno vpliva na prevalenco okuženosti ločeno za HCV in HBV. Vsi trije uporabniki, ki so navajali brezdomstvo, so bili okuženi s HCV. 2 med njimi sta bila sočasno okužena tudi s HBV.

Pri intravenski uporabi prepovedanih drog zadnji šest mesecev je le en uporabnik priznal uporabo droge iv. zadnjih šest mesecev. Le-ta je imel potrjeno aktivno obliko HCV okužbe brez pridružene HBV okužbe. Uporabnik je bil moškega spola, star 38 let, je prestajal zaporno kazen in ni bil brezdomec. Če upoštevamo, da je glavni razlog prenosa in razširjenosti HCV in HBV med opazovano populacijo ravno menjava igel, pozitiven rezultat ni presenečenje. Kar je omenil tudi uporabnik sam, ki je tak rezultat pričakoval. Preseneča pa, da glede na že prej omenjeno dejstvo in večje število HBV, anti-HCV in HCV RNK pozitivnih uporabnikov, ni več testirancev navedlo uporabo prepovedanih drog iv. Menim, da je razlogov za to več. Kot zdravnik sem v ambulanti centra delal kratek čas (3 mesece) in verjetno mi uporabniki niso zaupali v tolikšni meri, da bi povedali po resnici. V obzir je potrebno vzeti tudi dejstvo, da bi lahko uporabniki z priznanjem, da so uživali prepovedane substance intravensko s tem tudi priznali relaps oz. kršitev abstinence in bi tvegali izgubo ugodnosti pri deljenju substitucijske terapije. Na primer morali bi prihajati 3x tedensko ali celo vsak dan, ker so kršili terapevtski dogovor. Eden izmed razlogov je tudi dejstvo, da smo vzeli prekratko obdobje, v katerem smo opredelili uporabo drog iv. Za razpon 6 mesecev smo se odločili po posvetu z infektologi, ki so mnenja, da približno v tem času akutna oblika okužbe preide v kronično in so prisotna protitelesa. Bolj smiselno bi mogoče bilo, da da bi vzeli obdobje od zadnjega rutinskega testiranja (pred 5 leti) do sedanjega testiranja. Glede na pridobljene podatke, ki iz zgoraj navedenih razlogov najverjetneje niso realni smo ugotovili, da intravenska uporaba prepovedanih drog zadnje pol leta ne vpliva statistično značilno na prevalenco okužbe HCV. S tem sem le deloma potrdil tretjo hipotezo. Prevalenca okuženih s hepatitisom B ali C je povezana z neugodnimi socialnimi dejavniki (bivanje v zavodu za prestajanje kazni in brezdomstvo) in ni povezana z demografskimi dejavniki (spol, izobrazba). Vendar zaradi omejitve raziskave nismo uspeli dokazati, da je prevalenca okuženih s hepatitisom B ali C povezana z uporabo prepovedanih drog iv. zadnjih 6 mesecev.

V bodoče bi bilo smiselno opravljati testiranje uporabnikov centrov za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog vsaj enkrat letno, kot to priporočajo smernice za preprečevanje širjenja HCV in HBV. Interval dejavnikov tveganja, ki vplivajo na pogostost okužbe, kot so bivanje v zavodu za prestajanje zaporne kazni, uporaba drog intravensko in brezdomstvo, naj bo dolg vsaj obdobje od zadnjega izvedenega testiranja do naslednjega testiranja. Iz rezultatov naše raziskave smo opazili, da je predvsem med na novo ugotovljenimi aktivnimi okužbami (s pozitivnim HCV RNK), kar 6 od 8 uporabnikov mlajših od 36 let. Vsi so zanikali uporabo drog intravensko. Če vzamemo v obzir, da so njihovi podatki resnični, moramo pomisliti na alternativni način vnosa in razširitve HCV. Tukaj velja omeniti predvsem način prenosa virusa preko spolnih odnosov. Ta dejavnik tveganja sicer tuje raziskave omenjajo in tudi statistično značilno vpliva na pojavnost HCV (Karimi idr., 2020, str. 64). Podoben porast HCV pri mladih beležijo tudi drugod po centrih po Sloveniji (vir: CPZOPD Murska Sobota).

5 Zaključek

S pomočjo študije smo ugotovili, da je prevalenca virusnega hepatitisa C med uporabniki centra za preprečevanje zdravljenja odvisnosti od prepovedanih drog v Zdravstvenem domu Novo mesto 34 %, kar je nižje od evropskega povprečja. Prevalenca virusnega hepatitisa B med uporabniki centra je 6 %. Na pogostost okužbe s HCV ali HBV ne vplivajo demografski dejavniki (starost, spol, izobrazba), vplivata pa socialna dejavnika bivanje v zavodu za prestajanje zaporne kazni ter brezdomstvo. Zaradi majhnega vzorca nam ni uspelo potrditi korelacije med intravensko uporabo droge zadnjih 6 mesecev in okužbo z HCV virusom.

Na podlagi opravljene raziskave lahko zaključimo, da je letno presajanje uporabnikov CPZOPD za HCV in HBV pomembno, saj smo na novo odkrili veliko uporabnikov s prebolelo ali aktivno

okužbo s HCV. Posebno pozornost je potrebno nameniti uporabnikom z dejavniki tveganja (prestajanje zaporne kazni, brezdomstvo), ki vplivajo na večjo pogostost okužb s HCV in HBV. Podobne študije bi bilo smiselno opraviti v vseh centrih CPZOPD s poenotenim vprašalnikom glede dejavnikov tveganja, dodatno bi lahko vključili tudi vprašanje o spolnih praksah.

LITERATURA

1. Brinovec, V. (1995). Zdravljenje hepatitisa B in C. *Medicinski Razgledi*, 34(4), 537–553.
2. Karimi, S. E., Bayani, A., Higgs, P. idr. (2020). Prevalence And High Risk Behaviours Associated With HCV Testing Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 64.
3. Kopilović, B. (2019). Spremljanje okužbe z virusom hepatitisa C med slovenskimi nosečnicami (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Medicinska fakulteta.
4. Matičič, M. (2014). A National Multidisciplinary Healthcare Network for Treatment of Hepatitis C in People Who Inject Drugs in Slovenia. *BMC Infectious Diseases*, 14(6), 1–2.
5. Matičič M. (2017). Sporočilo za medije: Ob svetovnem dnevu hepatitisa Eliminirajmo Hepatitis. Pridobljeno s https://www.kclj.si/dokumenti/spm_svetovni_dan_hepatitisa_08072015.pdf.
6. Matičič, M. in Kastelic, A. (2009). Nacionalne usmeritve obvladovanja okužbe s hepatitisom C pri uživalcih drog v Sloveniji. *Zdrav Vest*, 75(10), 533.
7. Matičič, M. in Wallas, P. M. (2013). Hepatitis C: spoznajte ga in se soočite z njim. *Isis*, 22(8/9), 36–41.
8. Nikolič, J. (2020). Hepatitis A, B, C: Informativna knjižica. Ljubljana: Kralji ulice.
9. World Health Organization. (2020). Hepatitis C. Pridobljeno s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.
10. Zagožen, A. (2016). Prevalenca okužbe z virusom hepatitisa D pri bolnikih s kroničnim hepatitisom B v Sloveniji (Diplomsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Biotehniška fakulteta.

Problematika zdravstvene oskrbe migrantov v Sloveniji

UDK 341.215.4+616-083(497.4)

KLJUČNE BESEDE: *problematika, zdravstvena oskrba, migranti, medicinska sestra*

POVZETEK – Tako v Sloveniji, kot drugod po svetu se dandanes vsakodnevno srečujemo z migranti. To so ljudje, ki so iz znanih ali neznanih razlogov zapustili svojo domovino, mesto, okolje. Z migranti se srečujemo predvsem zdravstveni delavci, saj selitve mnogokrat terjajo psihično in fizično izčrpanost posameznika. Medicinske sestre imamo pri pacientih, ki so migranti veliko vlogo, saj moramo prepoznati njihove potrebe, razumeti njihovo kulturo in se držati ter pri njihovi obravnavi slediti njihovim načelom, kajti to spada med pacientove in človekove pravice. Velika težava pri obravnavi migrantov predstavlja predvsem jezik, saj v veliko primerih ne najdemo skupnega jezika, ki ga govorimo. Veliko vlogo pri tem odigra neverbalna komunikacija, ki jo mora vsak zdravstveni delavec prepoznati in razbrati, saj nam le ta veliko pove o počutju in zdravstvenem stanju pacienta nasploh. Opravili smo raziskavo, ki je temeljila na kvalitativni tehniki zbiranja podatkov. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo izvajanja intervjujev. Intervju smo izvedli s petimi medicinskimi sestrami. Ugotovili smo, da imajo medicinske sestre pri zdravstveni oskrbi migrantov največje težave z jezikovnimi spretnostmi, saj menijo, da se je zelo težko sporazumevati verbalno, ker ne najdejo skupnega jezika. Raziskava je pokazala, da se zdravstveno osebje trudi, da so migranti celostno obravnavani ter med njimi ne delajo razlik.

UDC 341.215.4+616-083(497.4)

KEYWORDS: *issue, healthcare, migrants, nurse*
ABSTRACT – Both in Slovenia and elsewhere in the world, we meet migrants on a daily basis. These are people who, for known or unknown reasons, left their homeland, city, environment. Migrants come in contact mainly with healthcare workers, as relocations often require mental and physical exhaustion of the individual. As nurses, we have a big role in treating patients who are migrants, because we have to recognize their needs, understand their culture and adhere to and follow their principles when treating them, because this is part of the patient's and human rights. A major problem in the treatment of migrants is mainly language, as in many cases we do not find a common language that we can all speak. Non-verbal communication therefore plays a big role, which every healthcare worker must recognize and understand, because it tells us a lot about the well-being and health status of the patient in general. We conducted a research based on the qualitative data collection technique. The data was obtained by conducting interviews. We conducted an interview with five nurses. We found that the nurses in migrant healthcare have the greatest challenges with language skills; they find it very difficult to communicate verbally, because they cannot find a common language. The survey showed that the medical staff tries to treat migrants holistically and does not differentiate between them.

1 Uvod

Tako v Sloveniji, kot drugod po svetu se dandanes vsakodnevno srečujemo z migranti. To so ljudje, ki so iz znanih ali neznanih razlogov zapustili svojo domovino, mesto, okolje. Z migranti se srečujemo predvsem zdravstveni delavci, saj selitve mnogokrat terjajo psihično in fizično izčrpanost posameznika. Medicinske sestre imamo pri pacientih, ki so migranti, veliko vlogo, saj moramo prepoznati njihove potrebe, razumeti njihovo kulturo in se držati ter pri njihovi obravnavi slediti njihovim načelom, kajti to spada med pacientove in človekove pravice. Velika težava pri obravnavi migrantov predstavlja predvsem jezik, saj v veliko primerih ne najdemo

skupnega jezika, ki ga govorimo. Veliko vlogo pri tem odigra neverbalna komunikacija, ki jo mora vsak zdravstveni delavec prepoznati in razbrati, saj nam le ta veliko pove o počutju in zdravstvenem stanju pacienta nasploh.

V današnjem času so mednarodne migracije postale resničnost skoraj na vseh koncih sveta. Sodobna tehnologija omogoča ljudem lažje, cenejše in hitrejše potovanje, kar posledično pomeni tudi večje število migracij. Na drugi strani pa konflikti, revščina in neenakosti med ljudmi, prisilijo ljudi, da zapustijo svoje domove in iščejo boljše prihodnost v tujini (International Migration Report, 2017).

1.1 Opredelitev pojma migrant

Koser (2017, str. 10) navaja, da je enako pomembna kakor opredelitev, kdaj nekdo postane migrant, tudi opredelitev, kdaj nekdo preneha biti migrant. To se lahko zgodi, če se vrne domov, drug način pa je da postane državljan svoje države. Migracija je lahko trajna, začasna ali prehodna. Migranti se lahko odločijo za izselitev in stalno vključenost v novo družbeno okolje ali pa se začasno premaknejo iz gospodarskih, političnih ali verskih razlogov. Migranti so lahko tudi prehodni, kar pomeni, da ostanejo na enem mesu za omejen čas medtem ko so na poti do končnega cilja, bodisi da je ta cilj stalen ali začasen (Hawley, 2017, str. 43).

Po podatkih mednarodne organizacije za migracije (International organization for migration - IOM) je leta 2015 izven svoje matične države živel 140,490 državljanov Slovenije kar predstavlja 6,36 % prebivalstva. Največ jih živi v Nemčiji in sicer 39,738. Leta 2015 je bilo v Sloveniji 235,966 priseljenih ljudi, kar predstavlja 11,41 % populacije. Največ prebivalcev je državljanov Makedonije in sicer 16,510. Glavna razlika med prostovoljnimi in prisilnimi migranti se skriva v razlogu migracije oziroma razlogu, zakaj so se odločili da zapustijo državo. Razvrstitev migrantov v te dve kategoriji pa ni vedno enostavna. Največ prostovoljni migrantov se seli zaradi boljših gospodarskih in socialnih pogojev, po drugi strani pa so se prisiljeni preseliti, če želijo živeti v boljših okoliščinah (Cassidy, 1998). Mednarodna organizacija za migracije (International organization for migration - IOM) opredeljuje migranta, kot osebo, ki je zaradi utemeljenega strahu pred preganjanjem zaradi rase, vere, narodne pripadnosti, pripadnosti določeni družbeni skupini ali določenemu političnemu prepričanju zapustila svojo državo, in ne more ali zaradi strahu noče uživati varstva te države. Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeljuje migranta/begunca, kot nekoga, ki (z)beži pred nevarnostjo ali neprijetnostjo (Begunec, 2017).

1.2 Integracija migrantov

Integracija pomeni proces vključevanja priseljencev v novo družbo in predstavlja vmesno možnost med asimilacijo in ekstremnim multikulturalizmom (Vrečer, 2017, str. 21). Vključuje različne pojave in procese (Medved, 2010, str. 43). Integracija mora biti vedno dvostranski proces, ki zahteva prilagajanje tako priseljencev kakor večinske družbe, zato morajo biti tudi ukrepi usmerjeni na obe populaciji, za doseg zastavljenih ciljev (Bešter, 2003, str. 86). Konvencija o statusu beguncev iz leta 1951 podaja vrsto socialno-ekonomskih in pravnih pravic, ki morajo biti zagotovljene, da bo integracija uspešna. Te pravice vključujejo: svobodo gibanja, dostop do izobraževanja in trga delovne sile, dostop do javnih storitev, možnost lastništva nepremičnin ter možnost pridobitve državljanstva v prihodnosti (UNHCR – Slovenija, b.d.).

1.3 Kulturne ovire

Migranti v času selitev doživijo veliko stresnih situacij, ki lahko vplivajo na njihovo duševnost in njihovo počutje. Soočajo se z izgubo kulturnih norm in verskih običajev in so se prisiljeni prilagajati novi kulturi (Bhugra in Becker, 2005, str. 140). V odnosu do migrantov se največkrat

pojavnajo naslednje vrste diskriminacij, in sicer: stereotipi, rasizem, neorasizem, etnocentrizem, ksenofobija, multikulturalizem (Lipovec - Čebren, 2017, str. 5).

Ljudje največkrat opredeljujejo rasizem kot posameznikovo prepričanje, da je ena rasa boljša od druge oziroma sovražen odnos do drugih ras in kultur. Mnogi analitiki opozarjajo, da so institucionalne oblike rasizma bolj razširjene kot medosebne. Institucionalni rasizem je bolj skrit in neopazen, pojavlja se v obliki uveljavljanja zakonov, ki sistematično ustvarjajo rasne neenakosti (Williams, 2004, str. 52). Rasizem je kompleksen pojav, ki je povezan s številnimi dejavniki, zato se mora pri preprečevanju upoštevati različna področja: pravna, socialna in kulturna (Santerini, 2015, str. 28). Baskar (2004, str. 126) navaja, da v sodobni družbi prihaja do nove oblike rasizma – »rasizem brez ras« ali neorasizem, pri čemer mesto rase zasede kultura. Priseljenci niso sprejeti s strani družbe zaradi drugačne rase ampak predvsem zaradi drugačne kulture, ki ni enaka naši. Etnocentrizem predstavlja odnos, ki izraža prepričanje, da je lastna etnična skupina ali lastna kultura boljša od drugih etničnih skupin ali kultur. Etnocentrizem je tesno povezan z rasizmom, ksenofobijo in predsodki (Hooghe, 2008). Lipovec - Čebren (2017, str. 18) poudarja, da je za etnocentrizem značilno, da lastne vrednote štejejo kot pravilne, vrednote drugih skupin pa za nepravilne in da je takšno diskriminatorno vedenje značilno za Evropo. Izraz ksenofobija izvira iz grške besede »xenos« kar pomeni tujec in besede »phobos« kar pomeni strah. Izraz ksenofobija lahko torej razložimo kot strah pred tujim/neznanim oziroma pred tujci. Vključuje diskriminacijo, sovražnost, nasilje ali spodbujanje k nasilju in predstavlja kršitve človekovih pravic. (Cuadros - Buechner, 2013, str. 3). Namen raziskave je bil ugotoviti, s kakšnimi težavami se zdravstveni delavci soočajo in srečujejo pri zdravstveni oskrbi migrantov. Cilji raziskave pa: ugotoviti, s katerimi težavami se srečujejo medicinske sestre pri oskrbi migrantov; ugotoviti, na kakšen način poteka komunikacija med migranti in zdravstvenimi delavci; ugotoviti, ali so migranti deležni kakovostne in celostne obravnave.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Zbiranje podatkov je temeljilo na kvalitativni tehniki zbiranja podatkov. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo izvajanja intervjujev. Intervju smo izvedli s petimi medicinskimi sestrami.

2.2 Opis instrumenta

Kot merski instrument smo uporabili predlogo za izvedbo polstrukturiranega intervjuja. Predlogo smo sestavili na podlagi pregleda zbrane literature in glede na zastavljene raziskovalne cilje. Vprašanja so bila za udeležence istega intervjuja enaka, postavljena so bila tudi podvprašanja, ki so bila na podlagi odgovorov različna.

2.3 Opis vzorca

V raziskavo smo zajeli pet medicinskih sester, zaposlenih v urgentni dejavnosti. Intervjuvanci so bili seznanjeni, da je sodelovanje v intervjuju prostovoljno in anonimno.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Intervjuje smo osebno izvedli s petimi medicinskimi sestrami v mesecu maju 2022. Osebe so bile seznanjene z nameni in cilji raziskave. Zagotovljena je bila anonimnost in upoštevana so bila vsa etična načela ter norme. Intervjuje smo izvedli individualno v mirnem prostoru.

Intervjuje smo snemali. Pridobljene informacije smo kvalitativno analizirali in jih predstavili s pomočjo tabel.

3 Rezultati

3.1 Demografski podatki

Spodnja tabela prikazuje osnovne demografske podatke intervjuvancev.

Tabela 1: Demografski podatki

<i>Spremenljivke</i>	<i>Medicinska sestra A</i>	<i>Medicinska sestra B</i>	<i>Medicinska sestra C</i>	<i>Medicinska sestra D</i>	<i>Medicinska sestra E</i>
Spol	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž
Starost	27	42	24	33	43
Delovna doba	3 leta	22 let	Manj kot 1 leto	12 let	24 let
Izobrazba	Diplomirana medicinska sestra	Srednja medicinska sestra	Diplomirana medicinska sestra	Srednja medicinska sestra	Srednja medicinska sestra

Vir: Intervju, 2022.

3.2 Opredelitev pojma migrant

Vsi intervjuvanci so pojem migrant opredelili, kot osebo, ki migrira in ene države v drugo. Prav tako izraz povezujejo z ilegalnimi prehodi čez mejo zaradi ekonomskih, zdravstvenih ali vojnih razmer.

En intervjuvanec dodaja, da je migrant oseba, ki se premika in išče svoj boljši jutri.

3.3 Pogostost srečevanja z migranti v delovnem času

Trije intervjuvanci so mnenja, da se z migranti srečujejo redko, dva intervjuvanca trdita, da pogosto oziroma občasno. Vsi menijo, da se z migranti srečujejo vsaj enkrat mesečno.

3.4 Največje ovire pri zdravstveni oskrbi migrantov

Vsi intervjuvanci kot največjo oviro pri oskrbi migrantov vidijo komunikacijo. Navajajo, da težko komunicirajo z migranti, saj ne poznajo skupnega jezika, hkrati pa na voljo ni tolmača.

En intervjuvanec izpostavi problematiko pridobivanja soglasja za posege, če so le ti potrebni. Meni, da je to onemogočeno zaradi komunikacije, ki jo težko vzpostavijo.

3.5 Komunikacija in sporazumevanje z migranti

Vsi intervjuvanci navajajo, da v večini z migranti komunicirajo neverbalno. Trdijo, da mogoče razumejo tudi kakšno angleško besedo, ampak zelo redko.

Trije intervjuvanci si pri komunikaciji pomagajo z »google translate« ali priročnikom. Prevladuje pa neverbalna komunikacija z kretnjo rok, mimiko obraza.

3.6 Zagotavljanje potreb migrantom

En intervjuvanec navaja, da poskusijo takega pacienta celostno obravnavati. Izpostavlja, da zaradi komunikacije temu ni čisto tako. Zaradi odsotnosti tolmačev ne morejo zagotoviti celostne obravnave. Najbolj primanjkuje zagotavljanje duhovnih potreb.

Drug intervjuvanec izpostavi, da so te obravnave navadno zelo kratke, najmanj pa pri obravnavi zagotavljajo psihološke potrebe, ravno zaradi težav v komunikaciji.

Vsi intervjuvanci so mnenja, da se z obravnavami migrantov dobro spoprijemajo in jih obravnavajo kot vsakega pacienta.

3.7 Obravnava migrantov

Intervjuvanci so mnenja, da so migranti v urgentnem centru deležni dobre, celostne obravnave, tako kot drugi pacienti in ne delajo razlik. Trdijo, da se glede zdravstvene oskrbe, glede zdravil, preiskav naredi vse kar je potrebno. Ne glede ali je pacient migrant ravna isto z njimi kot z ostalimi slovenskimi državljani ali tujimi.

En intervjuvance navaja: » Zato ker so isto ljudje, kot smo vsi ostali, si zaslužijo isto obravnavo, tako z medicinskega vidika kot zdravstvene nege, ravno tako so ljudje. Za vse je potrebno poskrbeti na isti način.«

4 Razprava

Rezultati naše raziskave kažejo, da je se medicinske sestre v vsakdanjem delavniku srečujejo z migranti. Iz intervjujev je razvidno, da se medicinske sestre z migranti srečujejo večkrat letno.

Medicinske sestre migranta pojmujejo kot osebo, ki zapusti svojo državo, oziroma svoje bivališče z namenom pridi do boljših življenjskih razmer in posledično bolj kakovostnega življenjskega sloga. Koser (2017, str. 10) navaja, da je enako pomembna kakor opredelitev, kdaj nekdo postane migrant, tudi opredelitev, kdaj nekdo preneha biti migrant. To se lahko zgodi, če se vrne domov, drug način pa je da postane državljan svoje države. Migracija je lahko trajna, začasna ali prehodna. Migranti se lahko odločijo za izselitev in stalno vključenost v novo družbeno okolje ali pa se začasno premaknejo iz gospodarskih, političnih ali verskih razlogov. Migranti so lahko tudi prehodni, kar pomeni, da ostanejo na enem mesu za omejen čas medtem ko so na poti do končnega cilja, bodisi da je ta cilj stalen ali začasen (Hawley, 2017, str. 43).

Medicinske sestre imajo pri zdravstveni oskrbi migrantov največje težave z jezikovnimi spretnostmi, saj menijo, da se je zelo težko sporazumevati verbalno, ker ne najdejo skupnega jezika. V takih primerih spoznajo kako veliko vlogo ima neverbalna komunikacija, ki pa zopet ne igra vloge v primerih, ko mora pacient podpisati soglasje, ki ga mora razumeti, da se lahko določeni posegi izvedejo. Intervjuvane osebe navajajo, da so migranti deležni enake zdravstvene oskrbe. Kot razlog za tovrstno obravnavo navajajo čim hitrejše okrevanje posameznika, da omogočijo nadaljnjo obravnavo v državnih organih. V velikih primerih je obravnava tudi krajša, zaradi njihove želje po čimprejšnji vrnitvi k svojimi pripadniki. Davies, Basten in Frattini (2006) navajajo, da se različne skupine migrantov soočajo z različnimi zdravstvenimi izzivi in različno dostopnostjo do zdravstvenih in socialnih storitev, kar je posledica socialnih in ekonomskih neenakosti. Kljub temu pa se lahko nekateri migranti, čeprav imajo boljši socialno-ekonomski položaj srečujejo z problemi zaradi jezikovnih in kulturnih ovir. Liberšar (2017, str. 11) opozarja, da moramo na zdravje migrantov gledati širše – predvsem z vidika njihove begunske izkušnje. Marsikdo je namreč moral svojo domovino zapustiti zaradi vojne in v zelo težkih razmerah. Zdravstveno stanje migrantov je zato treba gledati v tem kontekstu, upoštevajoč pot, ki so jo opravili peš, v zaprtih tovornjakih, na ladjah, v neugodnih vremenskih razmerah (zelo nizke temperature, dež, sneg ali visoka vročina), in ne gledati samo trenutnega stanja, v katerem so se znašli pri nas.

Jezik in vzorci komuniciranja so ključni elementi kulture in lahko povzročijo ovire in težave pri zagotavljanju primerne zdravstvene oskrbe. Zdravstveni delavci velikokrat zaradi pomanjkanja razpoložljivosti ali časovnih omejitev ne uporabljajo prevajalcev, pri čemer lahko pomanjkanje prevoda povzroči motnje v komunikaciji (Bohinc, 2013, str. 102). Zaradi povečane globalizacije in migracij se tudi v Sloveniji srečujemo s številnimi priseljenci, poleg priseljencev pa slovensko prebivalstvo predstavljajo tudi pripadniki narodnih manjšin in romska etnična skupnost. Problem nastane pri zdravstveni obravnavi omenjenih skupin, če zdravstveno osebje ne govori njihovega jezika. V takem primeru se zdravstvenim delavcem priporoča, da si pri zdravstveni obravnavi pomagajo s pomočjo tolmača, ki tudi pozna kulturne razlike in pomaga pacientu, da se v tujem zdravstvenem sistemu počuti čim bolj varnega (Bohinc, 2003, str. 103). V pomoč so lahko tudi kulturni mediatorji, ki poznajo jezik in kulturo (tako slovensko kot tudi izvirne države). Pomembno je nepristransko prevajanje, oziroma, da v prevod ne vključujejo svojega mnenja in da podatkov ne spreminjajo (Liberšar, 2017, str. 8). Raziskava je pokazala, da se zdravstveno osebje trudi, da so migranti celostno obravnavi ter med njimi ne delajo razlik. Medicinske sestre navajajo, da se v času obravnave najmanj posvečajo njihovim duhovnim in psihološkim potrebam. Razlog temu so nepoznavanje njihovega jezika, prav tako pa so migranti v času obravnave zaprti vase in se izogibajo komunikaciji ter stiku. Pri komunikaciji z migranti si kot navajajo pomagajo s pomočjo spletnih slovarjev kot je Google translate, hkrati pa si pomagajo tudi z večjezičnimi slovarji, ki jih imajo na delovišču.

LITERATURA

1. Baskar, B. (2004). Rasizem, neorasizem, antirasizem: dvojni esej o tranzitivnosti navidezno protislovnih pojmov. Časopis za kritiko znanosti, 32(217/218), 126–149. Pridobljeno s <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-XTXU0QLL/>.
2. Begunec (2017). Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno s <http://sskj.si/?s=begunec>.
3. Bešter, R. (2003). Politike vključevanja priseljencev v večinsko družbo. V M. Pajnik in S. Zavratnik - Zimic (ur.), Migracije – Globalizacija – Evropska unija (str. 83–123). Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
4. Bhugra, D. in Becker, M. (2005). Migration, Cultural Bereavement and Cultural Identity. World Psychiatry, 4(1), 18–24. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414713/>.
5. Bohinc, M. (2003). Izobraževanje za etično odločanje v zdravstveni negi. V D. Klemenc, A. Kvas, M. Pahor idr. (ur.), Zdravstvena nega v luči etike (str. 102–110). Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.
6. Cassidy, R. (1998). Involuntary and Voluntary Migrant Estimates. Pridobljeno s http://www.copafs.org/UserFiles/file/seminars/methodology_and_data_quality/Involuntary%20and%20Voluntary%20Migrant%20Estimates.pdf.
7. Cuadros - Buechner, M. (2013). Xenophobia. Pridobljeno s <https://nhri.ohchr.org/EN/Themes/Racial/Documents/Xenophobia.pdf>.
8. Davies, A. A., Basten, A. in Frattini, C. (2006). Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. Geneva, Switzerland: IOM Migration Health Department. Pridobljeno s <http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>.
9. Hawley, M. (2017) Migration, Sikh. V AP.S. Mandair (ur.), Sikhism. Encyclopedia of Indian Religions. Springer: Dordrecht. Pridobljeno s https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-94-024-0846-1_443#springerlink-search.
10. Hooghe, M. (2008). Ethnocentrism. Philadelphia: MacMillan Reference. Pridobljeno s https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/286309/1/etho_iess.pdf.
11. International Migration Report (2017). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Pridobljeno s http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf.
12. Koser, K. (2017). Mednarodne migracije – zelo kratek uvod. Ljubljana: Krtina.

13. Liberšar, H. (2017). Migranti in zdravje. V H. Liberšar (ur.), Zdravstvena obravnava prosilcev za mednarodno zaščito (str. 7–17). Ljubljana: Slovenska filantropija, Združenje za promocijo prostovoljstva. Pridobljeno s http://www.filantropija.org/wp-content/uploads/2016/11/Zbornik_Migranti-in-zdravje_SLO.pdf.
14. Lipovec - Čebren, U. in Pistotnik, S. (2017). Popotnica priročniku. V U. Lipovec - Čebren (ur.), Večjezični priročnik za lažje sporazumevanje v zdravstvu (str. 6–7). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
15. Medved, F. (2010). Slovenska politika integracije – »Od prvih do tretjih državljanov«. V J. Stergar (ur.), Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani? (str. 20–46). Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
16. Santerini, M. (2015). Recognising and preventing neo-racism. Pridobljeno s <http://www.refworld.org/pdfid/55b207ae4.pdf>.
17. UNHCR-Slovenija (b.d.). Pridobljeno s <http://www.unhcr.org/si/prosilci-za-azil-2>.
18. Vrečer, N. (2007). Integracija kot človekova pravica – Prisilni priseljenci iz Bosne in Hercegovine v Sloveniji. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.
19. Williams, M. E. (2004). Is Racism Institutionalized in Society and Culture? Chapter Preface. V M.E. Williams (ur.), Racism (str. 52–53). Pridobljeno s http://www.dikseo.teimes.gr/spoudastirio/E-NOTES/R/Racism_Viewpoints.pdf.

Dr. Marijana Neuberg
Sveučilište Sjever – Sveučilišni centar Varaždin

Tajana Juriša
Dječji vrtić »Zeko«, Trnovec

Tomislav Meštrović
Sveučilište Sjever – Sveučilišni centar Varaždin

Nastava na daljinu i pojava/prevencija stresa kod studenata različitih studija

UDK 378.018.43:004+159.944

KLJUČNE RIJEČI: nastava na daljinu, online nastava, stres, prepoznavanje stresa, prevencija stresa, studenti

POVZETEK – Kako je pandemija bolesti Covid-19 primorala brzi prelazak visokih učilišta na modalitet izvođenja nastave na daljinu (distance learning), cilj istraživanja bio je ispitati doživljavaju li studenti online nastavu u vrijeme pandemije stresnom te utvrditi najčešće stresore s kojima su se studenti susreli tijekom takvog oblika izvođenja nastave. U periodu od travnja do lipnja 2021. godine provedeno je presječno istraživanje u kojem je sudjelovalo ukupno 703 studenta koji studiraju na sedam različitih studijskih programa. Dobiveni rezultati upućuju kako je online nastava bila najstresniji modalitet obrazovanja za 52,3 % studenata svih studijskih programa. Nadalje, najčešći stresori kod studenata bili su opsežnost fakultetskih obaveza (49,4 %), premalo slobodnog vremena (47,1 %) te nemogućnost usklađivanja posla s obavezama na studiju (30 %). S obzirom da studenti doživljavaju online nastavu stresnom, ali i iz razloga što je stres česta pojava u svakodnevnom životu, opravdanom se može smatrati preporuka za upoznavanje studenata sa simptomima i prepoznavanjem te prevencijom i tehnikama smanjivanja stresa.

UDC 378.018.43:004+159.944

KEYWORDS: distance learning, online classes, stress, recognition of stress, stress prevention, students

ABSTRACT – As the pandemic of the Covid-19 disease forced a rapid transition of higher education institutions to the modality of conducting classes at a distance (i. e. distance learning), the aim of the research was to examine whether students experience online classes during the pandemic as stressful and to determine the most common stressors that students encountered in this teaching format. The cross-sectional survey was conducted in the period from April to June 2021, with a sample of 703 students studying in seven different study programs. The obtained results indicate that online teaching was the most stressful modality of education for 52.3% of the students across all study programs. Furthermore, the most common stressors among students were the extensiveness of university duties (49.4%), too little free time (47.1%), as well as the inability to reconcile work with study obligations (30%). Given that students perceive online classes as stressful, but also because stress is a frequent phenomenon in everyday life, the recommendation to acquaint students with symptoms and recognition, as well as prevention and stress reduction techniques, can be considered justified.

1 Uvod

Stres se može definirati kao tjelesna ili mentalna napetost koju izazivaju različiti faktori odnosno stresori mijenjajući postojeću ravnotežu u organizmu (Bakarić, 2017). Teško ga je objektivno definirati jer su stresori pod utjecajem percepcije i procjene pojedinca (Žagar, 2020).

Naime, stresor ili stresni podražaj je svaki tjelesni, psihički ili socijalni poticaj koji dovodi pojedinca u stanje stresa (Havelka i Havelka Meštrović, 2013). Stres se spominjao se već u 14. stoljeću kada se opisivao i podrazumijevao pod pojmovima kao što su patnja, teškoće, neprilike te druge nesretne okolnosti (Lazarus i Folkman, 2004) danas govorimo o neizbježnom dijelu svakodnevnog života koji je stoga predmet brojnih istraživanja, a njegova pojava uvelike ovisi o životnom stilu osobe te mogućnostima suočavanja pojedinca sa stresnim situacijama. Kako postoje različita shvaćanja stresa, s teorijsko-konceptualne strane možemo govoriti o tri široka pogleda u istraživanju cjelokupnog stresnog procesa: kognitivno-transakcijska perspektiva, perspektiva temeljena na odgovoru i perspektiva temeljena na podražaju. Kod kognitivno-transakcijskog pristupa naglasak je na trajnoj i recipročnoj prirodi međusobne interakcije između individue i okoline, a pojava psihološkog stresa nastaje kad osoba takav odnos procijeni prezahvatljivim u odnosu na prilagodbene resurse (Lazarus, 1993). Kod perspektive temeljene na odgovoru, koja pak dominira u biomedicinskim znanostima, ključ je reakcija ljudskog organizma na neku nepovoljnu situaciju – i ovdje se upravo prema empirijski dobro dokumentiranoj teoriji mogu razlikovati stresor kao podražaj i stres kao odgovor (Schwarzer i Taubert, 2002). Kod perspektive koja se bazira isključivo na podražaju, od interesa su specifične značajke stresora te je cilj utvrditi povezanost između velikog broja različitih stresora te posljedica koje iz njih izvire (uz napomenu da različite osobe mogu imati i različita viđenja istog događaja) (Lazarus i Folkman, 2004). Nastava na daljinu se definira kao oblik poučavanja koji se održava putem interneta umjesto klasičnim putem lice u lice (Kamenov, 2020) uz korištenje digitalnih tehnologija (Čubrić, 2021). Velik broj studija proučavao je i potvrdio kako je pandemija povećala razinu stresa u društvu (Jiang idr., 2022). Određene istraživačke skupine promatrale su ovu problematiku s organizacijske perspektive, dok su neki naglasak stavili na odnose u obitelji (Jiang idr., 2022). S druge strane, tek manji broj studija pridao je pažnju ovom fenomenu s akademske, i to studentske perspektive – napose u vidu usporedbe različitih studentskih smjerova u istom istraživanju. Shodno tome, cilj istraživanja bio je ispitati doživljavaju li studenti online nastavu u vrijeme pandemije stresnom te utvrditi najčešće stresore s kojima se studenti susreću tijekom online nastave. Drugi cilj je bio utvrditi razlike u poznavanju prevencije stresa između studenata pojedinih studijskih smjerova koji su izvodili nastavu na daljinu.

2 Metode rada

Provedeno je kvantitativno istraživanje, a kao tehnika prikupljanja podataka korišten je strukturirani upitnik. U istraživanju su sudjelovala 703 sudionika, od kojih je 460 (65,4 %) bilo ženskog spola, 221 (31,4 %) muškog spola i 22 (3,1 %) neizjašnjenog spola. Sudionici su studenti sedam različitih studijskih programa u Republici Hrvatskoj, koji su mogli sudjelovati u istraživanju neovisno o tome koju visokoobrazovnu instituciju su pohađali. Mjerni instrument je upitnik izrađen na temelju stručne i znanstvene literature za potrebe istraživanja (Hamaideh, 2011; Havelka idr., 2013; Pluut idr., 2015; Cao idr., 2020; Elmer idr., 2020; Lin idr., 2020; Miralem idr., 2020; Telenta, 2020; Žagar, 2020), a sastoji se od pitanja koja se odnose na demografske podatke, pitanja o pojavi stresa za vrijeme online nastave, pitanja o najčešćim stresorima s kojima se susreću te pitanja o poznavanju pojma stresa te o korištenju tehnika prevencije stresa. Istraživanje je provedeno online, putem Google obrasca u periodu od 28. travnja 2021. godine do 10. lipnja 2021. godine, a poveznica za ispunjavanje bila je diseminirana putem različitih društvenih mreža, i to zasebno za svaki analizirani studijski smjer. Sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno te je upitnik bio u potpunosti anoniman, a ispitanicima je bilo naznačeno da ispunjavanjem upitnika daju informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju, kao i da u bilo kojem trenutku mogu odustati. Uzorak je bio prigodan (convenience sampling), a radi formiranja ujednačenih skupina, upitnik za pojedini

studijski smjer je zatvoren kad je broj ispitanika dosegao 100 (uz mala odstupanja na dva studijska smjera). Dobiveni podaci analizirani su deskriptivnom i inferencijalnom statistikom te prikazani tablično. Kategorijske varijable prikazane su kao postoci, a za testiranje hipoteza korišten je hi-kvadrat test, uz razinu značajnosti od 0,05 (5 %). U statističkoj obradi korišten je program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), verzija 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Sjedinjene Američke Države), a hipoteze koje su testirane su sljedeće:

- *H1*: Procjena razine stresa uslijed online nastave statistički će se značajno razlikovati među studentima različitih studijskih smjerova.
- *H2*: Procjena najvećeg stresa u odnosu na oblik izvođenja nastave statistički će se značajno razlikovati među studentima različitih studijskih smjerova.
- *H3*: Procjena učestalosti stresa uslijed studentskih obaveza statistički će se značajno razlikovati među studentima različitih studijskih smjerova.
- *H4*: Procjena glavnih vrsta stresora statistički će se značajno razlikovati među studentima različitih studijskih smjerova.

3 Rezultati

U istraživanju su sudjelovala ukupno 703 ispitanika s minimalnom starosnom dobi od 18 godina do maksimalne dobi od 53 godine. Prosječna dob sudionika bila je 23,87 godina, a prednjačio je ženski spol sa 65,4%. Sudionici su studenti iz sedam različitih područja znanosti (Tablica 1).

Tablica 1: Broj sudionika u istraživanju sukladno studijskom području

<i>Područje studiranja</i>	<i>Broj sudionika</i>
Biomedicina i zdravstvo	100 (14,2%)
Društvene znanosti	100 (14,2%)
Tehničke znanosti	102 (14,6%)
Humanističke znanosti	100 (14,2%)
Prirodne znanosti	101 (14,4%)
Biotehničke znanosti	100 (14,2%)
Umjetničko područje	100 (14,2%)
Ukupno	703 (100%)

Izvor: Autor, 2022.

Od ukupnog broja studenata, 52,7 % njih bilo je zaposleno (studentski posao i studiranje koje obavljaju uz redovni posao). Na pitanje koliko je za njih stresna nastava, najveći postotak studenata odgovorio je da je nastava ponekad stresna (33 %), ali prilikom analize podataka po različitim studijima, došlo se do zaključka da studenti biomedicine i zdravstva u najvećem broju odgovaraju kako je nastava za njih vrlo stresna te se ne mogu s time nositi (Tablica 2).

Tablica 2: Prikaz odgovora na pitanje »Koliko je za Vas stresna online nastava?«

<i>Područje studiranja</i>	<i>Nije nimalo stresna</i>	<i>Ponekad mi izaziva stres</i>	<i>Stresna je, ali se mogu nositi s time</i>	<i>Vrlo stresna i ne mogu se nositi s time</i>
Biomedicina i zdravstvo	11 (1,6 %)	28 (4 %)	29 (4,1 %)	32 (4,6 %)
Društvene znanosti	11 (1,6 %)	56 (8 %)	22 (3,1 %)	11 (1,6 %)

Tehničke znanosti	16 (2,3 %)	21 (3 %)	35 (5 %)	30 (4,3 %)
Humanističke znanosti	16 (2,3 %)	33 (4,7 %)	30 (4,3 %)	21 (3 %)
Prirodne znanosti	18 (2,6 %)	35 (5 %)	26 (3,7 %)	22 (3,1 %)
Biotehničke znanosti	8 (1,1 %)	22 (3,1 %)	54 (7,7 %)	16 (2,3 %)
Umjetničko područje	45 (6,4 %)	37 (5,3 %)	8 (1,1 %)	10 (1,4 %)
Ukupno	125 (17,8 %)	232 (33 %)	204 (29 %)	142 (20,2 %)

Izvor: Autor, 2022.

Statističkom analizom potvrđena je statistički značajna razlika u procjeni razine stresa uslijed online nastave među studentima različitih studijskih smjerova ($\chi^2 = 135,63$; $p < 0,001$), čime se potvrđuje prva hipoteza istraživanja.

Najstresniji oblik nastave za studente je u najvećem postotku, 52,3 %, upravo nastava na daljinu. Zatim slijedi mješoviti model s 33,6 % i nastava uživo s 14,1 %. Svim obrazovnim smjerovima je model nastave na daljinu na prvom mjestu po razini stresa koji izaziva (tablica 3). Ipak, postoje statistički značajne razlike ovisno o pojedinačnim studentskim smjerovima, pa je tako online nastava najstresnija studentima umjetničkog područja, dok je mješoviti model nastave najstresniji studentima društvenih znanosti ($\chi^2 = 48,33$; $p < 0,001$). Navedeno potvrđuje drugu hipotezu istraživanja.

Tablica 3: Prikaz odgovora na pitanje: »Koji oblik nastave Vam izaziva najveći stres?«

Područje studiranja	Nastava uživo	Mješoviti model	Online nastava
Biomedicina i zdravstvo	21 (3 %)	29 (4,1 %)	50 (7,1 %)
Društvene znanosti	12 (1,7 %)	47 (6,7 %)	41 (5,8 %)
Tehničke znanosti	12 (1,7 %)	41 (5,8 %)	49 (7 %)
Humanističke znanosti	20 (2,8 %)	29 (4,1 %)	51 (7,3 %)
Prirodne znanosti	18 (2,6 %)	33 (4,7 %)	50 (7,1 %)
Biotehničke znanosti	2 (0,3 %)	42 (6 %)	56 (8 %)
Umjetničko područje	14 (2 %)	15 (2,1 %)	71 (10,1 %)
Ukupno	99 (14,1 %)	236 (33,6 %)	368 (52,3 %)

Izvor: Autor, 2022.

Studenti često osjećaju kako su pod stresom uslijed studentskih obaveza, što je i vidljivo iz rezultata koji pokazuju kako se studenti biomedicine i zdravstva pod stresom najčešće osjećaju pet i više puta tjedno (52 % ukupnog broja studenata biomedicine i zdravstva). S druge strane, 64 % ukupnog broja studenata društvenih znanosti i 61 % ukupnog broja studenata umjetničkih područja pod stresom se najčešće osjećaju 1–2 puta tjedno. Dodatnom statističkom analizom potvrđena je statistički značajna razlika učestalosti stresa zbog obaveza između studenata različitih studentskih smjerova ($\chi^2 = 135,63$; $p < 0,001$), čime se potvrđuje treća hipoteza. Što se tiče sveukupnog broja studenata, njih 28,9 % se po stresom osjeća 3–4 puta tjedno, a 40 % se tako osjeća 1–2 puta tjedno (tablica 4).

Tablica 4: Prikaz odgovora na pitanje: »Koliko često se zbog studentskih obaveza osjećate pod stresom?«

Područje studiranja	Nijednom	1-2 x tjedno	3-4 x tjedno	5 i više puta tjedno
Biomedicina i zdravstvo	3 (0,4%)	23 (3,3%)	22 (3,1%)	52 (7,45%)
Društvene znanosti	2 (0,3%)	64 (9,1%)	22 (3,1%)	12 (1,7%)
Tehničke znanosti	10 (1,4%)	37 (5,3%)	28 (4%)	27 (3,8%)
Humanističke znanosti	14 (2%)	34 (4,8%)	34 (4,8%)	18 (2,6%)
Prirodne znanosti	13 (1,8%)	39 (5,5%)	30 (4,3%)	19 (2,7%)
Biotehničke znanosti	5 (0,7%)	23 (3,3%)	52 (7,4%)	20 (2,8%)
Umjetničko područje	10 (1,4%)	61 (8,7%)	15 (2,1%)	14 (2%)
Ukupno	57 (8,1%)	281 (40%)	203 (28,9%)	162 (23%)

Izvor: Autor, 2022.

Neki od najvećih stresora kod studenata identificiranih u ovome istraživanju bili su: opsežnost fakultetskih obaveza (49,4 %), premalo slobodnog vremena (47,1 %), neadekvatna organiziranost od strane fakulteta (44,7 %), usklađivanje obiteljskog života s ostalim obavezama (42,7 %), nemogućnost bavljenja slobodnim aktivnostima zbog restriktivnih mjera (40 %), nemogućnost pohađanja nastave kontaktno (36,6 %), nemogućnost usklađivanja posla sa fakultetskim obavezama (30 %) te manjak socijalnih kontakata (26,6 %). Najčešći stresor za studente biomedicine i zdravstva bila je nemogućnost usklađivanja posla s fakultetskim obavezama (9,2 %), dok je kod studenata društvenih znanosti to bila opsežnost studijskih obaveza (8 %). Premalo slobodnog vremena i nedovoljna organiziranost nastavnika bili su najčešći stresori za studente tehničkih znanosti (7,8 %), dok je nedovoljna organiziranost nastavnika predstavljala glavni stres za studente humanističkih znanosti (9,5 %) (Tablica 5). Dodatnom statističkom analizom potvrđena je statistički značajna razlika u procjeni različitih vrsta stresora između studenata različitih studentskih smjerova ($\chi^2 = 184,01$; $p < 0,001$), čime se potvrđuje četvrta hipoteza.

Tablica 5: Prikaz odgovora na pitanje: »Koji su glavni stresori s kojima se susrećete na studiju?«

Stresor	biomedicina i zdravstvo	Društvene znanosti	Tehničke znanosti	Humanističke znanosti	Prirodne znanosti	Biotehničke znanosti	Umjetničko područje	Ukupno
Nemogućnost usklađivanja posla sa studijskim obavezama	65 (9,2 %)	31 (4,4 %)	24 (3,4 %)	16 (2,3 %)	18 (2,6 %)	37 (5,3 %)	20 (2,8 %)	211 (30 %)

Premalo slobodnog vremena	38 (5,4 %)	55 (7,8 %)	50 (7,1 %)	43 (6,1 %)	47 (6,7 %)	51 (7,3 %)	47 (6,7 %)	331 (47,1 %)
Usklađivanje obiteljskog života s ostalim obavezama	55 (7,8 %)	46 (6,5 %)	25 (3,6 %)	55 (7,8 %)	32 (4,6 %)	36 (5,1 %)	51 (7,3 %)	300 (42,7 %)
Opsežnost studijskih obaveza	61 (8,7 %)	56 (8 %)	49 (7 %)	59 (8,4 %)	30 (4,3 %)	40 (5,7 %)	52 (7,4 %)	347 (49,4 %)
Neadekvatna organiziranost od strane fakulteta	50 (7,1 %)	43 (6,1 %)	50 (7,8 %)	67 (9,5 %)	25 (3,6 %)	40 (5,7 %)	39 (5,5 %)	314 (44,7 %)
Nemogućnost bavljenja slobodnim aktivnostima zbog restriktivskih mjera	44 (6,3 %)	32 (4,6 %)	27 (3,8 %)	50 (7,8 %)	36 (5,1 %)	46 (6,5 %)	47 (6,7 %)	282 (40,1 %)
Nemogućnost pohađanja nastave kontaktno	33 (4,7 %)	31 (4,4 %)	41 (5,8 %)	35 (5 %)	54 (7,7 %)	34 (4,8 %)	29 (4,1 %)	257 (36,6 %)
Manjak socijalnih kontakata (koncerti, izlasci, druženja)	22 (3,1 %)	52 (7,4 %)	47 (6,7 %)	10 (1,4 %)	30 (4,3 %)	12 (1,7 %)	14 (2 %)	187 (26,6 %)

Izvor: Autor, 2022.

4 Rasprava

Analizom dobivenih podataka iz anketnog upitnika se može zaključiti, da je od 703 sudionika, većinski dio, njih 65,4 % ženskog spola. Sudionici su bili starosti u rasponu od 18 do 53 godine, a prosječna dob ispitanika je 23,87 godina. Najveći broj sudionika studira na preddiplomskom studiju treće godine i to njih 25,6 %. Od svih studenata, 52,7 % njih je zaposleno (studentski posao i studiranje koje obavljaju uz rad). Za najveći postotak studenata je nastava ponekad stresna (33 %), ali prilikom analize podataka prema obrazovnim smjerovima, studenti biomedicine i zdravstva odgovaraju da je nastava za njih vrlo stresna i da se studenti ne mogu nositi s time. Istraživanje provedeno na studentima sestrinstva u Bjelovaru pokazuje kako se 20 % ispitanika osjećalo u potpunosti pod stresom tijekom pandemije (Šignjar, 2020). Istraživanje provedeno na studentima sestrinstva prve i treće godine studija sestrinstva u Rijeci pokazuje kako su studenti prijavili prosječno 24,68 stresa mjereno na skali 0–72, što prema rezultatima pokazuje veću količinu stresa (Žagar, 2020). Istraživanje provedeno na studentima Filozofskog fakulteta u Sarajevu pokazuje kako je za njih najveći izvor stresa predstavljalo premalo vremena za obavljanje određenih zadataka (Miralem idr., 2020). Slične rezultate

pokazuje i istraživanje Telenta (2020) koje pokazuje kako je 42 % studenata opterećeno količinom, a 40 % studenata težinom zadataka koje zadaju nastavnici. Naime, s time se slaže i istraživanje provedeno na 311 studenata različitih fakulteta diljem Hrvatske, a neki od važnijih stresora su pokušaj usklađivanja fakultetskih obaveza i studentskih poslova te usklađivanje privatnog i akademskog života (Janušić, 2020). Istraživanje provedeno na studentima nekoliko studija Sveučilišta u Rijeci, pokazuje kako su izvori stresa izazvani izolacijom kod studenata pad motivacije i poteškoće u koncentraciji (Živčić – Bećirević idr., 2021). Istraživanje na 418 studenata različitih studija pokazuje kako postoji statistički značajna umjerena korelacija između anksiozne privrženosti i osjećaja stresa pa tako osobe koje iskazuju veću razinu anksiozne privrženosti iskazuju i jači doživljaj stresa i osjećaj izolacije (Crnčec, 2021).

Prilikom ispitivanja reakcija na stresne situacije u ovoj studiji, najveći broj studenata (njih 52,8 %) istaknuo je da se radi o glavobolji. Probavne smetnje bile su prisutne kod 44 % studenata, lupanje srca kod 43,2 %, znojenje kod 42,2 %, a crvenilo lica/vrata kod 35 %. Povećan broj otkucaja srca uočen je u 31 % studenata, praćen mučninom i povraćanjem u 30,3 % odgovora, a 13 % studenata imalo je povišeni krvni tlak (hipertenziju). Najčešće reakcije prema obrazovnim smjerovima su kako slijedi: biomedicina, društvene znanosti, tehničke znanosti te humanističke znanosti – glavobolja (62 %, 70 %, 57 %, 55 %), prirodne znanosti – crvenilo lica/vrata kod 66 % sudionika, biotehničke znanosti – lupanje srca kod 50 % sudionika te umjetničko područje – probavne smetnje kod 52 % sudionika. Provedeno istraživanje na studentima medicine u Splitu pokazuje kako je 33,3 % ispitanika patilo od glavobolje prosječno jednom mjesečno, 21,4 % jednom tjedno, 9,4 % više od jednom tjedno, dok je 3,4 % patilo od glavobolje svaki dan (Sovulj, 2020). Također, najveći broj studenata kao reakciju na stresne situacije navelo je nesanicu (47,7 %), zatim strah i tjeskobu 44 % studenata, anksioznost i depresiju 43,1 % te izoliranje i povlačenje 38,4 % studenata. Studenti su često ispoljavali i iritabilnost, kao i srdžbu. Istraživanje provedeno na španjolskim studentima pokazuje kako je 35,18 % studenata iskazivalo simptome anksioznosti, 48,1 % depresivnosti, a 40,32 % stresa (Odríola Gonzales idr., 2020, prema Marić, 2021).

I druga slična istraživanja ukazuju na povećanu razinu stresa kod studenata. Jedno drugo recentno hrvatsko istraživanje na 823 studenta s Fakulteta dentalne medicine Sveučilišta u Osijeku pokazalo je znatnu količinu stresa kod čak polovine ispitanika (Talapko idr., 2021). Što se tiče istraživanja u svijetu, jedna od najvećih studija u Francuskoj pokazala je izuzetno visok nivo stresa i anksioznosti kod studenata različitih smjerova sa Sveučilišta Lorraine (Essadek i Rabeyron, 2020). U velikom istraživanju u Pakistanu na 2200 studenata, istraživači su pokazali kako je otprilike 41 % svih studenata bilo pod visokom razinom stresa, a čak 65 % njih nezadovoljno online nastavom (Khawar idr., 2021). Nadalje, autori Fawaz i Samaha (2021) došli su do zaključka kako studenti preddiplomskih studija u Libanonu u vrijeme Covid-19 pandemije doživljavaju više depresije i anksioznih poremećaja. Istraživanje provedeno od strane Marić (2021) na studentima medicinskih i nemedicinskih usmjerenja pokazuje kako su kod studenata nemedicinskih usmjerenja viši rezultati koji mjere dimenzije anksioznosti i depresije, dok se rezultati koji procjenjuju doživljeni stres ne razlikuju. U ovom istraživanju studenti su imali poteškoća i sa smanjenom koncentracijom i pažnjom (53,6 %), a njih 45,8 % imalo je poteškoće sa pamćenjem, što posljedično dovodi do zaboravljanja obaveza. Naime, u istraživanju provedenom od strane Telenta (2020) prikazano je kako je 61 % studenata prijavilo teškoće samoregulacije ponašanja te je 41 % studenata doživjelo teškoće pri koncentraciji na studiju zbog psihičke uznemirenosti. Naposljetku, veliki sustavni pregled i meta-analiza na studentima Europe pokazala je kako je rasprostranjenost stresa tijekom pandemije covid-19 te lockdowna i online nastave iznosila čak 62 % (Oliveira Carvalho idr., 2021), što ukazuje na ogroman značaj ove problematike.

5 Zaključak

Rezultati istraživanja pokazali su kako studentima nastava na daljinu predstavlja stresnu situaciju. Prilagodba novom načinu učenja u realivnom kratkome periodu predstavljala je veliku promjenu kako za studente tako i za nastavnike. Nadalje, pronađene su statistički značajne razlike među studentima različitih studijskih smjerova s obzirom na razinu procjene stresa tijekom izvođenja online nastave, u odnosu na različite oblike nastave, a razlikovala se i procjena učestalosti stresa i glavnih vrsta stresora. Od studenata različitih studijskih smjerova koji su sudjelovali u istraživanju, pokazalo se kako se kod studenata biomedicine i zdravstva tijekom tog razdoblja stres najčešće javljao 5 i više puta tjedno, dok je kod ostalih studijskih programa najčešći odgovor bio da su pod stresom 1–2 puta tjedno. Prvi odgovor na stresne situacije kod većine studenata je suočavanje sa problemom. Bolja je situacija kod studenata iz područja biomedicine i zdravstva kod kojih je velika većina upoznata s navedenim; međutim, oni i dalje navode kako im nastava na daljinu izaziva stres te su se suočavali s brojnim stresorima tijekom studiranja, kao i studenti ostalih studijskih smjerova. Stres nije samo pojava koja se javlja isključivo tijekom nastave na daljinu ili općenito samo tijekom sudiranja, već je prisutan u svakodnevnom životu te budućem profesionalnom životu studenata. S obzirom na navedeno te na činjenicu da stres može negativno utjecati na psihofizičko funkcioniranje osobe i (posljedično) radnu učinkovitost, kao i na činjenicu da izvođenje nastave na daljinu nije isključeno i u budućnosti, studijski programi bi navedeno trebali uzeti u obzir te uključiti u obrazovanje osnovni sadržaj o stresu i tehnikama prevencije stresa. Carreon i Manansala (2021) su pokazali kako prelazak na online nastavu mora pratiti i odgovarajuća psihosocijalna podrška za studente, poput posebne obuke i remedijacije, akademskog savjetovanja, kao i raznih izvora za poboljšanje tjelesnih i psihičkih funkcija. Na taj način bi se pomoglo studentima u nošenju sa stresom za vrijeme studiranja, ali i u njihovom daljnjem profesionalnom razvoju, što su ključni koraci na koje moramo biti spremni u slučaju ponovnog prelaska na online izvođenje nastave, ali i kod rastućeg broja studijskih programa koji će se izvoditi na ovaj način.

LITERATURA

1. Bakarić, T. (2017). Stres i nošenje sa stresnim situacijama (Diplomsko delo). Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli. Nacionalni repozitorij završnih i diplomskih radova. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:137:339242>.
2. Cao, W., Fang, Z., Hou, G. idr. (2020). The Psychological Impact of the Covid-19 Epidemic on College Students in China. *Psychiatry Research*, 112934.
3. Crnčec, L. (2021). Povezanost tipa privrženosti i nošenja sa stresom i socijalnom izolacijom tijekom pandemije (Diplomski rad). Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:343624>.
4. Čubrić, M. (2021). Nastava na daljinu. *Hrvatski jezik: znanstveno-popularni časopis za kulturu hrvatskoga jezika*, 8(1), 12–14.
5. Elmer, T., Mepham, K. in Stadtfeld, C. (2020). Students under Lockdown: Comparisons of Students' Social Networks and Mental Health before and during the Covid-19 Crisis in Switzerland. *PLoS One*, 15(7), e0236337.
6. Essadek, A. in Rabeyron, T. (2020). Mental health of French Students during the Covid-19 Pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 392–393.
7. Hamaideh, S. H. (2011). Stressors and Reactions to Stressors among University Students. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 69–80.
8. Havelka, M. in Havelka Meštrović, A. (2013). Zdravstvena psihologija—Biopsihosocijalne odrednice zdravlja. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb.
9. Janušić, P. (2018). Izvori stresa kod studenata (Diplomski rad). Zagreb: Učiteljski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:147:358760>.

10. Jiang, Z., Jia, X., Tao, R. idr. (2022). Covid-19: A Source of Stress and Depression Among University Students and Poor Academic Performance. *Frontiers in Public Health*, 10, 898556.
11. Kamenov, L. (2020). Stavovi studenata prema nastavi na daljinu (Diplomski rad). Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:908415>.
12. Khawar, M. B., Abbasi, M. H., Hussain, S. idr. (2021). Psychological Impacts of Covid-19 and Satisfaction from Online Classes: Disturbance in Daily Routine and Prevalence of Depression, Stress, and Anxiety among Students of Pakistan. *Heliyon*, 7(5), e07030.
13. Lazarus, R. in Folkman, S. (2004). Stres, procjena i suočavanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
14. Lazarus, R. S. (1993.) From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1–21.
15. Lin, X. J., Zhang, C. Y., Yang, S. idr. (2020). Stress and Its Association With Academic Performance among Dental Undergraduate Students in Fujian, China: a Cross-Sectional Online Questionnaire Survey. *BMC Medical Education*, 20, 1–9.
16. Marić, A. (2021). Utjecaj pandemije Covid-19 na mentalno zdravlje studenata (Diplomski rad). Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:751963>.
17. Miralem, M., Dautbegović, A., Bećirović, A. idr. (2020). Izvori stresa studenata u akademskom kontekstu. *Sophos*, 13, 125–135.
18. Oliveira Carvalho, P., Hülsdünker, T. in Carson, F. (2021). The Impact of the Covid-19 Lockdown on European Students' Negative Emotional Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioral Sciences*, 12(1), 3.
19. Pluut, H., Curşeu, P. L. in Ilies, R. (2015). Social and Study Related Stressors and Resources among University Entrants: Effects on Well-Being and Academic Performance. *Learning and Individual Differences*, 37, 262–268.
20. Schwarzer, R. in Taubert, S. (2002.) Tenacious Goal Pursuits and Striving Toward Personal Growth: Proactive Coping. V E. Frydenberg (ur.), *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions and Challenges* (str. 19–35). Oxford: Oxford University Press.
21. Sovulj, M. (2020). Procjena učestalosti glavobolja u studenata medicinskog fakulteta u Splitu i povezanost s razinom stresa, unosom natrija i tjelesnom aktivnosti (Diplomski rad). Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu. Pridobljeno s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:171:382026>.
22. Šignjar, I. (2020). Stres kod studenata sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru zbog utjecaja pandemije covid-19 (Diplomsko delo). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru. Pridobljeno s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:144:340934>.
23. Talapko, J., Perić, I., Vulić, P. idr. (2021). Mental Health and Physical Activity in Health-Related University Students during the Covid-19 Pandemic. *Healthcare*, 259(7), 801.
24. Telenta, L. (2020). Psihičko zdravlje, stres i suočavanje studenata u vrijeme pandemije covid-19 (Diplomski rad). Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Pridobljeno s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:287955>.
25. Žagar, M. (2020). Stres i načini suočavanja kod studenata prve i treće godine studija sestrinstva. (Diplomsko delo). Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci. Pridobljeno s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:584785>.
26. Živčić - Bećirević, I., Smojver - Ažić, S., Martinac Dorčić, T. idr. (2021). Sources of Stress, Depression and Academic Functioning of University Students during the covid-19 Pandemic. *Društvena istraživanja*, 30(2), 291–312. <https://doi.org/10.5559/di.30.2.06>

Vodja tima v Urgentnem centru

UDK 614.2:616-083.98+005

KLJUČNE BESEDE: management v zdravstveni negi, timska medicinska sestra, kompetence timske medicinske sester

POVZETEK – Nižji management v zdravstveni negi zastopajo timske medicinske sestre, ki s svojim delom pripomorejo k boljši povezavi med izvajalci zdravstvene nege in preostalim managementom. Timska medicinska sestra izvaja vodenje, organiziranje, usklajevanje dela in nadzorovanje dela zdravstvene nege na posameznem oddelku. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali je v Urgentnem centru potreben vodja tima ter začrtati kriterije za razporeditev zaposlenega na mesto vodje tima v urgentni dejavnosti. V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo kvalitativno opisno raziskavo, ki raziskovalcu omogoča natančen opis raziskovalnega problema (Sandelowski, 2000). Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo vsebinske analize (Hsieh in Shannon, 2005). V Splošni bolnišnici Jesenice bi se z uvedbo timske medicinske sestre okrepilo sodelovanje med izvajalci zdravstvene nege in preostalim managementom, predvsem bi pripomogli k izboljšanju organiziranja in usklajevanja dela znotraj posamezne enote. Torej je smiselno uvesti delovišče vodje tima. Za dobrega vodja so potrebna leta izkušenj. Vodja tima mora imeti strokovno znanje pa tudi znanje managementa in imeti mora določene osebne lastnosti. V Urgentnem centru Splošne bolnišnice Jesenice je delo medicinskih sester organizirano tako, da ni definirano delovišče vodja tima. Pri vsakodnevnem delu zaposlenih v zdravstveni negi se pogosto pojavi potreba po sprotnem usklajevanju in reševanju problemov. Z opredelitvijo delovišča timske medicinske sestre v urgentni dejavnosti bi zaposleni imeli ves čas prisotnega vodjo, ki jih lahko usmerja, bodri in jim nudi pomoč.

UDC 614.2:616-083.98+005

KEYWORDS: management in nursing, team nurse, competencies of team nurses

ABSTRACT – Lower management in nursing is represented by team nurses, whose work contributes to a better connection between the nursing providers and the rest of the management. The team nurse manages, organizes, coordinates and supervises nursing work in each department. The purpose is to determine whether a team leader is needed in the emergency centre and to outline the criteria for assigning an employee to the position of the team leader in the emergency department. In the research, we used the qualitative research approach. We conducted a qualitative descriptive research which allows the researcher to describe the research problem in detail (Sandelowski, 2000). Data was collected through semi-structured interviews and analyzed using the method of content analysis (Hsieh & Shannon, 2005). In the Jesenice General Hospital, the introduction of a team nurse would strengthen the cooperation between the nursing providers and the rest of the management, and above all, it would help improve the organization and coordination of work within each unit. Therefore, it is reasonable to implement a team leader position. For leadership skills, years of experience are needed. A leader must have knowledge of the field, management skills and certain personal characteristics. In the Emergency Centre of the Hospital Jesenice, healthcare workers do not have a team leader. The need for real-time coordination and problem-solving often arises in nurses' daily work. By defining the workplace of a team nurse in the emergency department, the employees would have a leader present at all times who can direct, encourage and offer them assistance.

1 Teoretična izhodišča

Management pomeni tvorno reševanje problemov, ki so lahko prisotni ob načrtovanju, organiziranju, vodenju ali kontroliranju razpoložljivih virov pri doseganju poslanstva in vizije organizacije. Gre za usklajevanje nalog in dejavnosti za doseganje postavljenih smotrov in

ciljev organizacije (Dimovski idr., 2014). Rozman in Kovač (2012) trdita, da avtorji običajno ločijo tri temeljne ravni managementa in sicer vrhovni management (angl. top management), srednji management (angl. middle management) in nižja raven managementa ali management prve ravni (angl. first – line management).

V Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) so nivoji managementna razdeljeni na (Splošna bolnišnica Jesenice, b.d.):

- vrhovno raven managementa – Direktor SBJ, strokovni direktor, pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege, pomočnik, direktorja za finančno in računovodsko področje, pomočnik direktorja za splošno in poslovno področje. Na tej ravni zastopa zdravstveno nego le pomočnica direktorja za področje zdravstvene nege;
- srednjo raven managementa – vodje posameznih oddelkov bolnišnice – glavne medicinske sestre posameznih oddelkov;
- nižjo raven managementa – timski vodje na posameznih oddelkih bolnišnice.

Nižji management vključuje področje izvajanja storitev. Predstavlja povezava med izvajalci in preostalim managementom. Na tej ravni se zdravstvena nega izvaja na posameznih bolniških oddelkih, enotah. Management na nižji ravni vključuje vodenje, organiziranje in nadzorovanje dela negovalne enote oziroma posameznega oddelka. Poleg tega pa še usklajuje delo na področju zdravstvene nege in izvajanje negovalnih in medicinsko - tehničnih posegov (Požun, 2003). Nižji management predstavlja eno ali dve spodnji ravni, ki sta neposredno nad izvajalci samih postopkov in posegov. Odgovoren je za neposredno izvajanje storitev (Erjavec, 2016). Praviloma govorimo o vodji oddelka/oddelčni medicinski sestri. Naloga timske medicinske sestre je prevzemanje odgovornosti in vodenje zaposlenih. Kot timski vodja mora imeti izkušnje, strokovno znanje, predanost, potrpežljivost in sposobnost pogajanja ter sodelovanja z zaposlenimi (Ngozi Amanchukwu idr., 2015). Ima širok razpon nalog od usklajevanja dela posameznih članov tima, načrtovanja izvajanja posameznih postopkov in posegov, razporejanja nalog, spremljanja napredka, analiziranja, kontroliranja učinkovitost opravljenih nalog. Ob vsem tem mora imeti občutek za sočloveka, kar pomeni, da mora svoje zaposlene motivirati, usmerjati in jim nuditi pomoč (Mihelič, 2014). Odgovoren je za reševanje morebitnih sporov in konfliktov (Zor Šabič, 2016). Mora biti člen, ki bo tim povezoval v celoto ter s tem omogočil dosego zastavljenih ciljev (Mihalič, 2014). Za uspešno vodenje tima Turnšek Mikačič (2008) meni, da mora biti dober vodja vzor svojim sodelavcem. Od vodij se pričakuje, da svoje delavce poznajo in vedo, na kakšen način delujejo, da je delo opravljeno uspešno. Vodja mora poznati tudi zahteve delovne organizacije, ki na koncu pričakuje želen rezultat (Laznik, 2017). Tim brez vodje ne more optimalno delovati (Keats, 2019).

Štefan (2019) navaja, da morajo vodje znati komunicirati, motivirati in voditi svoje zaposlene, morajo biti odprti za spremembe ter se znati prilagajati. Česen (2003) poudarja pomembnost delovanja vodij, saj morajo v mejah pristojnosti sprejemati odločitve in jih posredovati kot delovne naloge drugim podrejenim sodelavcem. Hkrati pa morajo te tudi usmerjati in jih spodbujati, da bodo opravili naloge.

Tappen (2019) izpostavlja pomembne osebne lastnosti učinkovitega vodje v zdravstveni negi: učinkovitost komunikacije, samozavestnost, ustrezno in zadostno znanje ter strokovna usposobljenost s področja vodenja, odločnost in pozitivna naravnost, sprejemanje in določanje pomembnih ciljev in nalog ter prizadevnost.

Zdravstvo je vse bolj kompleksno in zahteva sposobnost prilagajanja spreminjajočim se zahtevam. Skupinsko delo je bistveno za zagotavljanje visokokakovostne nege in oskrbe. Vodenje je torej močno povezano z dojemanjem splošne kakovosti oskrbe, kar potrjuje, da imajo vodje osrednjo vlogo pri kakovostnem delovanju tima in usklajevanju skupinskih dejavnosti. Te dejavnike teoretično podpirajo trije usklajevalni mehanizmi: skupno

razumevanje ciljev v skupini, učinkovita komunikacija in medsebojno zaupanje med člani (Anderson idr., 2019).

Craig in McKeown (2015) navajata, da je pomen dobrega tima zdravstvene nege razumevanje članov tima, da verjamejo drug v drugega ter si prizadevajo za skupno skrb in dobrobit pacienta. Ker pa Tsz - Sum Lee in Doran (2017) navajata, da je zdravstvena nega stroka, kjer je delovanje v timu nujno, medicinske sestre vedno sodelujejo z drugimi zdravstvenimi delavci. Pomembno je zavedanje, da lahko medsebojni odnosi vplivajo na varno obravnavo pacientov. Dobri odnosi so ključni, kadar govorimo o izboljševanju kakovosti oskrbe pacientov. Veliko vlogo pri ogrožanju varnosti pacienta imajo napake v zdravstvu in neželjeni dogodki, ki so povezani z napačno ali slabo komunikacijo med zdravstvenimi delavci.

2 Metode

Prispevek temelji na kvalitativni metodi raziskovanja, in sicer smo za pridobivanje podatkov uporabili delno strukturiran intervju z zaposlenimi v zdravstveni negi. V raziskavo je bilo vključenih 10 diplomiranih medicinskih sester zaposlenih (DMS) v Urgentnem centru (UC) SBJ. Podatki so bili analizirani s pomočjo vsebinske analize.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo kvalitativno opisno raziskavo, ki raziskovalcu omogoča natančen opis raziskovalnega problema (Sandelowski, 2000). Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo vsebinske analize (Hsieh in Shannon, 2005).

Postavili smo si cilja:

Opredeliti ali je v UC potrebno uvesti delovišče vodje tima. Poleg tega smo želeli načrtati kriterije za razporeditev zaposlenega na mesto vodje tima v urgentni dejavnosti.

Raziskovalna vprašanja:

- R1: Ali zaposleni menijo, da je potrebno vpeljati vodjo tima v UC SBJ?
- R2: Kateri kriteriji bi veljali za delovno mesto vodje tima v UC?

2.2 Opis instrumenta

V raziskavi smo uporabili polstrukturiran vprašalnik. Vprašanja so bila razvita na podlagi pregleda literature tematiko managementa v zdravstveni negi. Anderson idr. (2019) menijo, da je zdravstvo vse bolj zahtevno in terja zmožnost prilagajanja spreminjajočim se zahtevam. Delo v skupini je poglobljeno, če želimo zagotoviti kakovostno visoko kakovostne nege in oskrbe. Vodenje je torej močno povezano z dojemanjem splošne kakovosti oskrbe, kar potrjuje, da imajo vodje osrednjo vlogo pri kakovostnem delovanju tima in usklajevanju skupinskih dejavnosti.

2.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec. Namensko vzorčenje omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit in Beck, 2017). Izbrali smo 10 DMS, ki so zaposlenih v UC. Najmlajša sodelujoča je stara 24 let, najstarejša pa 60 let. Zaposlene imajo različno dolgo delovno dobo v UC, od 3 leta pa do 30 let.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od 31. maja do 5. junija 2022 v prostorih SBJ. Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje SBJ.

Intervju je potekal individualno. Vprašanja intervjuja so bila odprtega tipa in so bila določena predhodno. Torej so bili opravljeni intervjuji polstrukturirani oziroma poglobljeni intervjuji. Vsi sodelujoči so prejeli enaka navodila in so odgovarjali na enaka vprašanja. Pridobljene podatke smo za izdelavo smiselnih zaključkov obdelali in strnili ključne pojme, pomembne za sklepne misli. Vse individualne intervjuje smo v analizi združili v smiselno celoto. Vsak individualni intervju smo s privolitvijo sodelujočih pogovore zapisali, kar nam je omogočalo kvalitativno obdelavo podatkov.

Zbrani podatki so bili analizirani z metodo vsebinske analize (Hsieh in Shannon, 2005), pri čemer smo gradivo uredili, določili enote kodiranja, izvedli kodiranje, izbrali in definirali relevantne pojme ter oblikovali in definirali kategorije. Najprej smo vsak intervju večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali kode, ki smo jih vsebinsko smiselno povezali v kategorije.

3 Rezultati

V Tabeli 1 prikazujemo kategorije, kode in primere izjav vsebinske analize.

Tabela 1: Prikaz kategorij, kod in primerov izjav

Kategorije	Kode	Primeri izjav
Pomanjkljivosti pri vsakodnevem delu medicinskih sester v UC;	1 - slaba organizacija dela 2 - pomanjkanje kadra 3 - neustrezna komunikacija 4 - nezaupanje med člani tima	DMS1 – »Pri vsakodnevem delu se prepogosto pojavijo težave, ki so v bistvu težave z organiziranostjo, kot na primer premalo kadra, nadomeščanje s študenti, prostorske težave, razporeditev dela med člani tima, neusklajenost med posameznimi enotami, oddelki v bolnišnici, ni sodelovanja med zaposlenimi po posameznih oddelkih.« DMS2 – »Motijo me predvsem nejasno določene vloge, ki se navezujejo na samo delo. Moti me, da je premalo kadra, da smo razporejeni na več delovišč istočasno, Medicinske sestre se nadomešča s študenti. Organizacija ni dobra. To vpliva na moje delo.« DMS3 – »Veliko je pomanjkljivosti, premalo kadra, slaba organizacija, ne ve se kaj kdo dela, ni nikogar, ki bi določil, kdo gre kaj delat, ampak vsi vse delamo in nihče nič.« MS4 – » Zaupanje in občutki ko vsak dan pridem v službo niso najboljši, preutrujeni smo, premalo nas je, sami študenti, ni dober občutek. Kdo ni pod stresom, vsi smo. Zdravnikov 5, medicinske sestre dve, ne gre.« DMS5 – »Slaba organizacija« DMS6 – »Dobro vprašanje, slaba komunikacija med nami, med oddelki, organizacija ni najboljša, pa premalo nas je.« DMS7 – »Premalo kadra, preveč študentov, slaba organizacija. Še kaj?« DMS8 – »Manjka nekdo, ki bi red naredu, organizacija vsak dan slabša«

		<p>DMS9 – »Ne vem, ampak premalo sester, preveliko število pacientov, prevelik obseg dela«.</p> <p>DMS10 – »Organizacija na vseh področjih peša, ne ve se kaj naj kdo dela, ni nikogar, ki bi vsakodnevno , ob vsakem času vse organiziral. Premalo nas je.«.</p>
<p>Temeljne ravni managamenta;</p>	<p>5 – višji management 6 – srednji management 7 – nižji management</p>	<p>DMS1 – »Ne vem, mogoče glavna sestra, pa glavna sestra UC, drugih ni«.</p> <p>DMS2 – »Ne vem, nimam pojma, aja mogoče glavna sestra, pa pod njo glavna sestra UC, tretji nivo ... Ne vem zaposleni«.</p> <p>DMS3 – »Nimam pojma, mogoče glavna sestra, pod njo glavna sestra UC, tretji nivo, mogoče njena namestnica, ne vem«.</p> <p>DMS4 – »Direktor, a ni, strokovni direktor, a ta tudi ni, aja glavna sestra, pa glavna sestra UC, drugih ni, a so, a smo to mi«.</p> <p>DMS5 – »Višji, srednji, nižji management«.</p> <p>DMS6 – »Nimam pojma, aha glavna, pa glavna UC, pa mogoče njena namestnica, mogoče zaposleni«</p> <p>DMS7 – »Ne vem, a bi to lahko vedela, a je to glavna sestra, pa glavna sestra UC, kdo pol še, ne vem«.</p> <p>DMS8 – »Ne vem, nimamo, aja imamo, glavno pa njeno namestnico, ali pa glavno UC, res ne vem«.</p> <p>DMS9 – »Ne sanja se mi. Pomagaj. Ja vem, glavna MS, glavna UC, a je še kdo, ni, a ne«.</p> <p>DMS10 – »Ne vem, nimam pojma, glavna, glavna UC, ni več«.</p>
<p>Pričakovanja zaposlenih medicinskih sester od vodje tima;</p>	<p>8 – nemoteno delo v UC, usklajevanje dela 9 – načrtovanje izvajanja dela, 10 – razporejanje nalog, 11 – analiziranje, 12 – kontroliranje opravljenega dela, 13 – organizacija dela</p>	<p>DMS1 – »Temelj timskega dela je dobra komunikacija in dobra organizacija. Če pa maš nekoga, ki usmerja vse skupaj bi bilo najboljše. Da bo strokoven, da mora imet izkušnje«.</p> <p>DMS2 – »Usklajevanje dela sodelavcev, nadzorovanje dela, reševanje problemov, konfliktov, da vse deluje. Ja, res bi bilo fino, če bi uvedli timskega vodjo«.</p> <p>DMS3 – »Če bo vodja tima imel znanje vodenja, potem absolutno naj se čim prej uvede. Da se bo vedlo kaj kdo dela in kdo je za kaj. Da bo nadzor. Da bo nekdo na koga se obrneš vsak trenutek, ko kaj ne gre.</p> <p>DMS4 – »Usmerjanje, vodenje, zastopništvo, odločnost za uvajanje sprememb, da bo prevzel odgovornost in nas motiviral. Da nas bo nekdo pohvalil in imel nadzor nad opravljenim«.</p> <p>DMS5 – »Strokovnost, načrtovanje, vodenje, organiziranje ter nadzor opravljenega dela, pa tudi usklajevanje med ostalimi oddelki«.</p> <p>DMS6 – »Skrb za timsko delo, dodeljevanja nalog posamezniku, organizacija dela, da poskrbi za zadostno število zaposlenih v eni izmeni«.</p> <p>DMS7 – »Da zna organizirati samo dela, da motivira zaposlene, da delo teče tekoče, da usklajuje komunikacijo med oddelki«</p> <p>DMS8 - »Temeljni pogoj za delovanje tima je medsebojno komuniciranje vseh članov, Če bi imeli vodjo tima bi skrbel za ta področje. Odgovoren bi bil</p>

		<p>za nemoteno delo, za organiziranost pri vsakdanjem delu«.</p> <p>DMS9 – »Naj samo poskrbi za organizacijo znotraj UC v vsaki izmeni. To bo velik doprinos in medsebojna komunikacija bo boljša.«</p> <p>DMS10 – »Naj s sodelavci komunicira odkrito, poskrbi za prenos informacij z vrha med zaposlene. Takoj bo boljše vzdušje. Pa vsakodnevni problem organizacija tekočega dela, razporejanje nalog, kontrola opravljenega, nadzor nad študenti. To bi bilo moje pričakovanje«.</p>
<p>Kriteriji – lastnosti vodje tima.</p>	<p>14 – strokovno znanje 15 – dodatna znanja – s področja vodenja 16 – delavne izkušnje (5 let) 17 – osebnostne lastnosti: sposobnost pogajanja, sodelovanja, občutek za sočloveka, empatija, prilagodljivost, samozavest, pozitivna naravnost, dobri medsebojni odnosi, samoiniciativnost, kritično mišljenje, sodelovanje.</p>	<p>DMS1 – »Da zna negovati dobre medosebne odnose, ima sposobnost dobre komunikacije, je motiviran pri svojem delu, da je strokoven, nevtralen, se zna prilagoditi, zna usmerjati nove zaposlene. Pomembno je, da ima vsaj 5 let delovnih izkušenj na tem oddelku, da se ga izobrazi o njegovih nalogah na mestu vodje tima«.</p> <p>DMS2 – »Sposoben, da usklajuje delo medicinskih sester v UC, da sproti rešuje konflikte in težave pri vsakdanjem delu posreduje glavni medicinski sestri, če jih sam ne more rešiti. Da ima strokovno znanje in znanje vodenja. Predvsem, da je empatičen in potrpežljiv, da ne obupa prehitro, da nas končno nekdo posluša, sliši«.</p> <p>DMS3 – »Končno nek pameten predlog, timska medicinska sestra bi bila pozitivna sprememba. Končno bi nekdo usklajeval in organiziral vsakodnevno delo, nekdo bi komuniciral z oddelki, ki so pogosto nezadovoljni. Samo, če bo vodja odločna in samozavestna pa da bo poznala svoja pooblastila bo šlo«.</p> <p>DMS4 – »Mogoče pa to sploh ni slaba ideja, timska medicinska sestra, strokovno znanje, poznavanje svojih pooblastil, empatičnost, izkušnje, potrpežljivost, čut za sočloveka, se zna prilagajati, da prevzame odgovornost za svoje odločitve«.</p> <p>DMS5 – »Vsaj 5 let delovnih izkušenj v UC, dodatna znanja s področja vodenja, jasno znane, zapisane naloge in pooblastila. Osebnostne lastnosti, med drugim potrpežljivost, empatičnost, enakopravnost, odgovornost, prilagodljivost, samozavest, pozitivna naravnost in še kaj bi lahko naštel«</p> <p>DMS6 – »5 let dela v UC, strokovno znanje, dodatna znanja o vodenju, osebnostne lastnosti«.</p> <p>DMS7 – »Deloven izkušnje, strokovno znanje, empatija, samozavest, enakost do vseh«.</p> <p>DMS8 – »Delovne izkušnje, znanje, odgovornost, sposobnost komuniciranja z drugimi, samozavest, da zna motivirati in usmerjati«.</p> <p>DMS9 – »Empatičnost, da posluša zaposlene, da ima dovolj delovnih izkušenj in znanja, da nam stoji ob strani ko potrebujemo pomoč ob stiski ali konfliktu. Naj nas nekdo podpre«.</p>

		FMS10 – »Strokovno znanje, ostala znanja za vodenje, ustrezna komunikacija, da sliši zaposlenega. Da je empatičen in potrpežljiv, osebnostne lastnosti so pomembne«.
--	--	--

Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Skozi prispevek, ki je temeljil na kvantitativni metodi raziskovanja smo iskali odgovor na zastavljeni vprašanji: Ali zaposleni menijo, da je potrebno vpeljati vodjo tima v UC SBJ?, Kateri kriteriji bi veljali za delovno mesto vodje tima v UC?

»Vodenje je ena izmed funkcij managementa, ki jo lahko zelo splošno interpretiramo kot usmerjanje sodelavcev z vplivanjem na njihovo obnašanje kot tudi interakcije v in med skupinami za doseganje in uresničitev postavljenih ciljev. Vodenje je sestavni del procesa managementa« (Kovač idr., 2004, str. 10). Černetič (2004) opisuje dve vrsti vodenja, formalnega in neformalnega. Formalno vodenje ima imenovanega vodjo, ki ima določena pooblastila. Pri tej vrsti vodenja vplivamo na ljudi, da bi sledili ciljem (uradnim ciljem organizacije). Pri neformalnem vodenju pa vplivamo na ljudi, da bi sledili neuradnim ciljem organizacije.

Z raziskavo potrdimo, da UC potrebuje vodjo tima. Timsko delo je bistveno za zagotavljanje visokokakovostne nege in oskrbe. Razumevanje medicinskih sester o kakovosti timskega dela je usklajeno z dojemanjem kakovosti oskrbe pacientov (Anderson idr., 2019). Pomanjkljivosti pri vsakodnevem delu medicinskih sester v UC se v precejšnji meri, po mnenju sodelujočih v raziskavi, nanašajo na slabo organizacijo dela, na motnje v delovnem procesu ter na pomanjkanje kadra. Sama pričakovanja sodelujočih se predvsem nanašajo na odpravo pomanjkljivosti pri vsakodnevne delu. Poleg tega dodajo še pričakovanje, da bodo imeli v vsaki izmeni osebo na katero se zanesejo in zastopnika zaposlenih. Želijo si biti slišani. Kot navaja Možina (2002) so osnovne sestavine vodenja vodja, skupina, člani tima in okolje. Poudarja, da o »vodenju lahko govorimo le, če kdo vpliva na druge, tako da delujejo. Torej zmožnost spodbujanja in pripravljanja ljudi, da hočejo delati tako, da bodo skupni cilji doseženi, kar vpliva na povečanje obsega dodane vrednosti zaposlenih«. Ob tem mora biti komunikacija med vodjo tima in samim timom usklajeno, obe strani morata biti zadovoljni. Danes so ključne voditeljske veščine povezane z razvojem mehkih veščin vodenja, zato morajo vodje poznati in obvladati učinkovite komunikacijske veščine. Štefan (2019) navaja, da morajo vodje znati komunicirati, motivirati in voditi svoje zaposlene, morajo biti odprti za spremembe ter se znati prilagajati. Z zavedanjem o svojih sposobnostih in veščinah vodje oblikujejo kulturo organizacije, zagotavljajo razvoj ter vodijo organizacijo k uspešnosti.

Intervjuvanci (90 % sodelujočih) ne znajo naštetih temeljnih ravni managementa. Skozi podvprašanja med intervjujem prepoznajo višji in srednji management, nižji management jim pa ni znan. Menimo, da njihova ne prepozna nižjega managementa temelji na izhodišču, da v UC ni timskega vodje. Timski vodja ali oddelčna medicinska sestra predstavlja povezavo med izvajalci in preostalim managementom. Usklajevanje samega dela svojih sodelavcev in sprotno reševanje problemov sodi v okvir nalog nižjega managementa. Izvajalni management dela na operativni ravni, predstavljajo pa ga oddelčne in timske medicinske sestre, ki vodijo in so odgovorne za zdravstveno nego (Erjavec, 2016). Vodja pa je ključen faktor v vsakem timu (Kovač idr., 2004).

Številne študije, s katerimi so skušali odkriti ključne lastnosti uspešnih vodij, praviloma kažejo nizko skladnost rezultatov. To pomeni, da je vodenje zelo kompleksen proces, v katerem se

nenehno, glede na spremenljive okoliščine, spreminjajo deleži in intenziteta številnih lastnosti konkretne osebe (Kovač idr., 2004).

Sodelujoči v raziskavi izpostavijo, da vodja tima mora imeti poleg strokovnega znanja in vsaj 5 let delovnih izkušenj v UC še dodatna znanja managementa. Po njihovem mnenju pomembno vlogo igrajo osebnostne lastnosti vode. Naštevajo sposobnost pogajanja, sodelovanja, občutek za sočloveka, empatijo, prilagodljivost, samozavest, pozitivno naravnost ter dobre medsebojne odnose. Dragman (2014) v svoji raziskavi ugotavlja, da zaposleni dobrega vodjo opredeljujejo kot samozavestnega, kot osebo, ki zna motivirati svoje podrejene, zanesljivega, odločnega, pripravljenega pomagati, kadar je to potrebno, odprtega do svojih podrejenih, razumevajočega in odločnega. Ugotovitve raziskave Jianga in sodelavcev (2019) kažejo, da pozitivnost vodij lahko poveča uspešnost zaposlenih v zdravstveni negi, prav tako pa spodbuja inovacijsko vedenje zaposlenih in izboljša njihovo sposobnost za reševanje problemov.

Vodenje in motivacija sta v zdravstveni negi zelo pomembna, saj oblikujeta delo in pomagata medicinskim sestram pri doseganju ciljev. Pri tem ima vodja glavno besedo, saj mora znati uporabljati motivacijske metode in tehnike, ki posledično vplivajo na zadovoljstvo medicinskih sester. Zadovoljne medicinske sestre so bolj dovzetne za motivacijo in načine, s katerimi jih vodja spodbuja, kot pa nezadovoljne (Prevyzi in Kollia, 2012, str. 473). TuersFeldman (2015) navaja, da sta motiviranje osebja in spodbujanje odprte komunikacije bistveno orodje in neprecenljivi lastnosti, ki ju lahko ima vodja. Člani timov ocenjujejo kot pozitivno lastnost pri vodji, da ceni odprtost v komunikaciji in njihovo sposobnost vodenja, ki pozitivno vpliva na delovno zadovoljstvo medicinskih sester/zdravstvenikov (Lux idr., 2014).

Manser (2009) opozarja, da mora diplomirani zdravstvenik, ki vodi tim NMP, dobro poznati vidike timskega dela, ki vplivajo na kakovost in varnost pacientov, kajti cilj tima je, da je pacient oskrbljen v skladu z zdravstvenimi standardi in ni ogrožen zaradi morebitnih strokovnih napak. Člani urgentnega tima ta stališča pridobijo na podlagi osebnega zaznavanja in izkušenj (Hu idr., 2010).

Vodja in tim, drug brez drugega ne moreta delovati optimalno. Varna oskrba zahteva stalno pozornost. Tim se mora skupinsko učiti, imeti mora dobre komunikacijske spretnosti in strpnost. Cilj vsakega izvajalca zdravstvene oskrbe mora biti zadovoljstvo pacienta in njegove družine (Keats, 2019). Menimo, da bi vodja tima morala biti oseba, ki bi imela vsaj 5 let delovnih izkušenj v UC na mestu DMS. Z izkušnjami ter izobrazbo bi imela dovolj strokovnega znanja. Poleg naštetega bi bilo potrebno vodji tima omogočiti krajše dodatno izobraževanje o managementu. Pomemben kriterij za zasedbo delovnega mesta vodje tima bi bil motiviranost k doseganju skupnega cilja in osebnostne lastnosti.

Izbira timskega vodje v posamezni organizaciji ali v posamezni enoti predstavlja ključno odločitev, ki lahko vpliva na celoten uspeh organizacije. Vodje so namreč tiste, ki uspejo motivirati in usmerjati ljudi k uresničevanju zastavljenih ciljev, spodbujajo harmonične medosebne odnose, pomagajo dosegati vizijo organizacije ter prispevajo k rasti in napredku.

UC je enota v kateri je potrebno zagotoviti zadostno število kadra, strokovnost, dobro organizacijo ter dobre medsebojne odnose, če želimo doseči visokokakovostno nego in oskrbo. Potrebna je povezava med člani tima, ki jo lahko zagotavlja le vodja tima. Vsak oddelek ali enota potrebuje nižji management (vodjo tima), saj ta predstavlja povezavo med zaposlenimi (izvajalci) in preostalim managementom.

Dobro vodja se ne rodi čez noč. Za dobrega vodja so potrebna leta izkušenj. Vodja tima mora imeti strokovno znanje pa tudi znanje managementa in imeti mora določene osebne lastnosti. Nekatere sposobnosti in vrline dobrih vodij so prirojene, večina pa pridobljenih. Vodja mora biti zgled vsem članom tima. Vodja mora poskrbeti za to, da bo sam nenehno pridobival nova

ter obnavljal stara znanja in bo to omogočal tudi vsem članom tima. Veliko časa mora posvetiti odnosom s člani tima.

LITERATURA

1. Anderson, J. E. idr. (2019). Nursing Teamwork in the Care of Older People: A Mixed Methods Study. *Applied Ergonomics*, (80), 119–129.
2. Craig, M. in Mckeown, D. (2015). How to Build Effective Teams in Healthcare. *Nursing Times*, 111(14), 16–18.
3. Černetič, M. (2004). *Upravljanje in vodenje*. Maribor: Pedagoška fakulteta.
4. Česen, M. (2003). *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
5. Dimovski, V. idr. (2014). *Temelji managementa in organizacije*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
6. Dragman, D. (2014). Vpliv zadovoljstva zaposlenih na sproščanje človekovih ustvarjalnih potencialov. *Revija za univerzalno odličnost*, 3(3), 102–112.
7. Erjavec, K. (2016). Vloga menedžmenta v zdravstveni negi v Sloveniji. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 3(1), 33–46.
8. Hsieh, H. F. in Shannon, E. S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
9. Hu, X. idr. (2010). Experience in Carrying Out Medical Rescue Mission in Haiti. *Journal of Medical Postgraduates*, 10, 18–27.
10. Jiang, J. idr. (2019). The Better I Feel, the Better I Can do: The Role of Leaders Positive Affective Presence. *International Journal of Hospitality Management*, 78, 251–260.
11. Keats, J. (2019). Leadership and Teamwork: Essential Roles in Patient Safety. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 46(2), 293–303.
12. Kovač, J. (2004). *Stili in značilnosti uspešnega vodenja*. Kranj: Založba Moderna organizacija.
13. Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1), 78–99.
14. Lux, M. K. (2014). Ending Disruptive Behaviour: Staff Nurse Recommendations to Nurse Educators. *Nurse Education in Practice*, 14, 37–42.
15. Manser, T. (2009). Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: A Review of the Literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143–151.
16. Mihalič, R. (2014). *Kako vodim skupino in tim: 30 minut za vodenje*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
17. Možina, S. idr. (2004). *Poslovno komuniciranje Evropske razsežnosti*. Maribor: Obzorja.
18. Ngozi Amanchukwu, R. (2015). A Review of Leadership Theories, Principles and Styles and their Relevance to Educational Management. *Scientific & Academic Publishing*, 5(1), 6–14.
19. Polit, D. F. in Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
20. Požun, P. (2003). Management zdravstvene nege v kliničnem centru. *Obzornik zdravstvene nege*, 37, 5–11.
21. Prevyzi, E. in Kollia, T. (2012). Leadership and Motivation: Important Concepts in Nursing. *OALib Journal*, 2, 473–483.
22. Rozman, R. in Kovač, J. (2012). *Management*. Ljubljana: GV Založba.
23. Sandelowski, M. (2000). Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description. *Research in Nursing & Health*, 23, 334–340.
24. Splošna bolnišnica Jesenice (b.d.). Pridobljeno s https://www.sb-je.si/uploads/jesenice/public/document/11-priloga-1_organigram-sposne-bolnisnice-jesenice_sl_58_102.pdf.
25. Štefan, I. (2019). Vodenje v 21. stoletju. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(4), 374–393.
26. Tappen, R. M. idr. (2019). *Essentials of Nursing Leadership and Management: Concepts and Practice (57–71)*. Philadelphia: F. A. Davis.

27. Tsz - Sum Lee, C. in Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 1–19.
28. TuersFeldman, D. M. (2015). Getting the Horse to Drink: A Guide for Nursing Leaders. *Nurse Leader* 13(4), 74–77.
29. Turnšek Mikačič, M. (2008). Veščine timskega dela, coachinga in nevrolingvističnega programiranja za vodje v zdravstvu. V B. M. Kavčič idr. (ur), Ali potrebujemo spremembe na področju vodenja zaposlenih v zdravstvu? Novi izzivi: zbornik predavanj z recenzijo (str. 92–101). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v management.
30. Zor Šabič, L. (2016). Značilnosti in lastnosti vodje tima zdravstvene nege (Magistrska naloga). Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Tomaž Novak
Dom upokojenec Sevnica

Dr. Sedina Kalender Smajlović
Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin Jesenice

Mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi

UDK 615.8-057.875:001.8

KLJUČNE BESEDE: študenti fizioterapije, znanje, raziskovanje, na dokazih podprta praksa

POVZETEK – Fizioterapija kot zdravstvena in znanstvena stroka mora slediti razvoju. Mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi je pomembno za zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe, kar prikazujemo s prispevkom. Opravili smo kvantitativno raziskavo, ki je temeljila na neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja na vzorcu 97 študentov študijskega programa fizioterapije na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Uporabili smo strukturiran vprašalnik, ki smo ga razvili na osnovi pregleda literature. Statistično značilno razliko med letniki študentov fizioterapije smo ugotovili pri poznavanju virov, preko katerih lahko dostopajo do literature ($p = 0,002$), na področju znanja iskanja literature v podatkovnih bazah ($p = 0,001$), pri trditvi, da imajo dovolj znanja o oblikovanju raziskovalnega vprašanja ($p = 0,005$), o hierarhiji dokazov v znanstveno-raziskovalnem delu ($p = 0,009$), poznavanju razlike med raziskovanjem in na dokazih podprti praksi ($p = 0,040$) ter poznavanju treh komponent na dokazih podprte prakse ($p = 0,040$). Ugotovili smo mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi. Ugotovitve izvedene raziskave nam predstavljajo izhodišče za nadaljnji izobraževalni proces.

UDC 615.8-057.875:001.8

KEYWORDS: physiotherapy students, knowledge, research, evidence-based practice

ABSTRACT – Physiotherapy as a medical and scientific discipline needs development. Physiotherapy students' perceptions of research skills and evidence-based practice are important for the provision of quality healthcare, as shown in this article. We conducted a quantitative study based on a non-experimental empirical research method with a sample of 97 students in the physiotherapy program at the Angela Boškin Faculty of Healthcare. We used a structured questionnaire developed based on a literature review. Statistically significant differences were found between different years of physiotherapy students in the knowledge of sources through which they can access literature ($p = 0.002$), the knowledge of literature search in databases ($p = 0.001$), the statement that they have sufficient knowledge for formulating a research question ($p = 0.005$), the hierarchy of evidence in scientific research ($p = 0.009$), knowledge of the difference between research and evidence-based practice ($p = 0.040$), and knowledge of the three components of evidence-based practice ($p = 0.040$). We sought physiotherapy students' perceptions of their knowledge of research and evidence-based practice. The findings of the research we conducted provide a starting point for the further educational process.

1 Teoretična izhodišča

Svetovna zdravstvena organizacija (Strategy on research for health, 2012) za zagotavljanje najboljših možnih zdravstvenih oskrb poudarja pomembnost dokazov, ki jih prinaša raziskovanje. Klemenc - Ketiš in Švab (2014) navajata, da morajo vse stroke, ki se želijo uveljaviti v znanosti uporabljati znanstven pristop, saj s tem pridobivajo nova znanja in krepijo svoj ugled. Szajewska (2018) navaja, da je raziskovanje eden od vitalnih elementov na dokazih podprte prakse.

Tako raziskovanje kot na dokazih podprta praksa imata svoje prednosti in pomanjkljivosti, oba sta potrebna pri izboljšanju zdravstvene oskrbe pacientov. Tudi Puh in Hlebš (2009) navajata, da je uporaba dokazov zelo pomembna pri zdravstveni oskrbi pacientov. V fizioterapiji se je prva pomembna prelomnica zgodila leta 1995, ko so v Kanadi pri združenju fizioterapevtov prvič definirali na dokazih podprto prakso. Ta temelji na teoriji, poleg tega pa uporablja najboljše znanstvene dokaze za klinično odločanje ter standardizirane merilne instrumente za evalvacijo. Z dokazi podprta praksa je definirana kot vestna, jasna in razumna uporaba v danem trenutku najboljših znanstvenih dokazov pri odločanju o oskrbi določenega pacienta, ugotavljata Puh in Hlebš (2009). Gre za pristop, pri katerem zdravstveni delavci pri kliničnem odločanju uporabljajo najnovejše raziskave, ki jih povežejo s kliničnimi izkušnjami. Pomembno je, da upoštevajo trenutno situacijo, želje in vrednote pacienta (Moseley idr., 2019).

Naslednja pomembna prelomnica v fizioterapiji pa je bila leta 2001, ko se je fizioterapevtska stroka na srečanju strokovnjakov Svetovnega združenja za fizioterapijo (ang. World Physiotherapy – WP) obvezala k izvajanju na dokazih podprte prakse (Puh, 2014). Hlebš (2017) navaja, da je izvajanje fizioterapije od začetka temeljilo na primerih dobre prakse. Pri tem so bile razlike med izvajalci velike, veliko je bilo negativnih učinkov fizioterapevtskih postopkov, oskrba pacientov je bila slabša. S prehodom na koncept na dokazih podprte prakse pa so se rezultati izboljšali, povečala se je transparentnost odločanja, dvignila se je ozaveščenost o pomembnosti raziskovanja.

V Sloveniji še nimamo veliko raziskav o mnenju študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi. Namen prispevka je prikazati, kakšno je mnenje študentov študijskega programa Fizioterapija (VS) o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi na primeru enega visokošolskega zavoda – Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedena je bila kvantitativna raziskava, ki je temeljila na neeksperimentalni metodi empiričnega raziskovanja.

2.2 Opis instrumenta

Kot raziskovalni instrument je bil uporabljen lastno oblikovan vprašalnik, ki je bil sestavljen iz vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Vprašalnik je bil razvit za namene in cilje raziskave ter pripravljen na osnovi pregleda strokovne in znanstvene literature (Nilsagard in Lohse, 2010; Herbert idr., 2011; Scholten - Peeters idr., 2011; Scurlock - Evans, 2014; Hlebš, 2017; Seelro idr., 2018). Vprašalnik je vseboval v prvem delu vprašanja o demografskih značilnostih, kot so spol, starost, letnik študija in vrsta študija. V nadaljevanju je bila s pomočjo Likertove lestvice pridobljena stopnja strinjanja s trditvami (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam). Trditve so bile urejene v dva sklopa. V prvem so bile trditve na temo mnenja študentov o raziskovanju in o dokazih podprti praksi, v drugem delu pa trditve v povezavi z dejavniki raziskovanja. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s pomočjo izračuna koeficienta Cronbach alfa, ki je za prvi sklop trditve znašal 0,716, za drugi pa 0,830. Bliže kot je Cronbachov koeficient alfa vrednosti števila 1, večja je zanesljivost vprašalnika. Zanesljivost merskega instrumenta je zelo dobra, če znaša koeficient 0,80 ali več; zmerna pri vrednosti 0,60–0,80 in slaba pri vrednosti koeficienta manj kot 0,60 ali če ni podatka o zanesljivosti (Cencič, 2009).

2.3 Opis vzorca

Vzorec v raziskavi je bil nenaključni in namenski. Anketiranih je bilo 97 študentov študijskega programa Fizioterapija – VS na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Anketirani so bili študenti rednega in izrednega študija vseh treh letnikov. Moških je bilo 21 (22 %), žensk 76 (78 %). Študentov rednega študija je bilo 45 (46 %), izrednega 52 (54 %). Gledano na letnik študija, je sodelovalo 30 študentov 1. letnika (31 %), od teh 16 študentov rednega (17 %) in 14 izrednega (14 %) študija, 31 študentov 2. letnika (32 %), od teh 15 (15 %) študentov rednega in 16 izrednega (17 %) študija in 36 študentov 3. letnika (37 %), od teh 14 študentov rednega (14 %) in 22 (23 %) izrednega študija. Anketirani so bili v povprečju stari 23 let. 14 je bilo redno zaposlenih, 22 nezaposlenih, 61 pa jih je delalo priložnostno preko študentskega servisa. V povprečju so imeli 2,88 let delovnih izkušenj. 79 % jih je imelo V. stopnjo izobrazbe, 5 % VI/1. stopnjo, 14 % stopnjo VI/2 in 2 % VII. stopnjo.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo prejeli pisno soglasje Komisije za diplomska in podiplomska zaključna dela (julij 2021) in Komisije za znanstveno raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (september 2021). Pri izvedbi raziskave smo upoštevali Kodeks etike fizioterapevtov (Združenje fizioterapevtov Slovenije (ZFS), 2017). Raziskava je bila izvedena preko Enklik Ankete (1KA). Referat za študijske in študentske zadeve je vprašalnik, ki je bil vnesen v spletno orodje posredoval anketirancem v mesecu septembru in oktobru 2021. Podatke smo statistično obdelali s programoma Microsoft Excel 2019 in IBM SPSS, 27.0. Izvedli smo osnovno in bivariatno statistično metodo (Kruskal-Wallis test). Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

3 Rezultati

V Tabeli 1 prikazujemo dejavnike in ovire pri raziskovanju in na dokazih podprti praksi, ki se pojavljajo glede na letnik med študenti fizioterapije. Statistično značilno razliko med študenti fizioterapije smo ugotovili pri poznavanju virov, preko katerih lahko dostopajo do literature ($p = 0,002$), pri čemer se študenti 3. letnikov najbolj strinjajo s tem ($PV = 4,11$). Na področju znanja iskanja literature v podatkovnih bazah (PubMed, Pedro) smo ugotovili statistično značilno razliko ($p = 0,001$), znanje tekom letnikov narašča. Študenti fizioterapije so navedli statistično značilno razliko pri trditvi, da imajo dovolj znanja o oblikovanju raziskovalnega vprašanja ($p = 0,005$), o hierarhiji dokazov v znanstveno – raziskovalnem delu ($p = 0,009$), poznavanju razlike med raziskovanjem in na dokazih podprte prakse ($p = 0,040$) ter poznavanju treh komponent na dokazih podprte prakse ($p = 0,040$). Zanimiva je ugotovitev, da študenti prvega letnika fizioterapije podajajo največje strinjanje ($PV = 3,79$) pri trditvi, da so v kliničnem okolju mentorji pozitivno naravnani k raziskovanju ($p = 0,044$). Prav tako velja za strinjanje glede podpore kliničnega mentorja za raziskovanje ($p = 0,034$), ki je najvišje izražena s strani študentov prvega letnika ($PV = 3,73$). Študenti fizioterapije se glede tega, da je jezik pogosto preveč zapleten v znanstvenih člankih najbolj strinjajo v prvem letniku ($PV = 3,93$; $p = 0,009$). Statistično značilnih razlik med študenti vseh treh letnikov pa nismo ugotovili pri trditvi, da študenti znajo med zadetki izbrati tiste, ki so bolj kakovostni in primerni za trenutni problem ($p = 0,286$). Študenti prvih letnikov fizioterapije se najbolj strinjajo, da jih visokošolski učitelji spodbujajo k raziskovanju v primerjavi z drugim in tretjim letnikom, vendar pri tej trditvi nismo ugotovili statistično značilnih razlik ($p = 0,092$). Med študenti fizioterapije med posameznimi letniki študija prav tako nismo ugotovili statistično značilnih razlik v mnenjih, da je bilo med študijem dovolj časa namenjenega raziskovanju ($p = 0,083$), da imajo dostop do računalnikov ($p = 0,154$), da imajo čas, ki ga lahko namenijo raziskovanju ($p = 0,807$). Statistično značilnih

razlik med študenti vseh treh letnikov fizioterapije prav tako nismo ugotovili pri trditvi, da bodo kot bodoči fizioterapevti stremeli k raziskovanju ($p = 0,824$) in pri opredelitvi o dobrem poznavanju vsaj enega programa za obdelavo statističnih podatkov ($p = 0,505$).

Tabela 1: Mnenja glede raziskovanja in na dokazih podprte prakse glede na letnik študija

Trditve	Letnik študija				p
	1. letnik	2. letnik	3. letnik	Skupaj	
	PV	PV	PV	PV	
Poznam vire, preko katerih lahko dostopam do literature.	3,43	3,97	4,11	3,86	0,002
Znam poiskati literaturo v podatkovnih bazah (PubMed, Pedro, ...).	3,47	3,94	4,28	3,92	0,001
Imam dovolj znanja o oblikovanju raziskovalnega vprašanja.	2,63	3,29	3,43	3,14	0,005
Imam dovolj znanja o hierarhiji dokazov v znanstveno raziskovalnem delu.	2,33	2,87	2,94	2,73	0,009
Med zadetki znam izbrati tiste, ki so bolj kakovostni in primerni za trenutni problem.	3,60	3,90	3,75	3,75	0,286
Visokošolski učitelji me spodbujajo k raziskovanju.	4,03	3,84	3,67	3,84	0,092
Menim, da je bilo med študijem dovolj časa namenjenega raziskovanju.	3,57	3,58	3,17	3,42	0,083
Poznam razliko med raziskovanjem in na dokazih podprto prakso.	3,00	3,23	3,67	3,32	0,040
Poznam tri komponente na dokazih podprte prakse.	2,47	3,00	3,11	2,88	0,040
V kliničnem okolju so mentorji pozitivno naravnani k raziskovanju.	3,79	3,55	3,34	3,55	0,044
Imam podporo kliničnega mentorja za raziskovanje.	3,73	3,61	3,17	3,48	0,034
Pogosto je jezik v znanstvenih člankih preveč zapleten.	3,93	3,52	3,11	3,49	0,009
Imam dostop do računalnikov.	4,50	4,32	4,50	4,44	0,154
Imam čas, ki ga lahko namenim raziskovanju.	3,40	3,23	3,22	3,28	0,807
Kot bodoči fizioterapevt bom stremel k raziskovanju.	4,07	3,94	4,00	4,00	0,824
Dobro poznam vsaj en program za obdelavo statističnih podatkov.	2,60	2,90	2,97	2,84	0,505

Legenda: PV = povprečna vrednost, 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam, p = statistična pomembnost ($< 0,05$), Kruskal-Wallis test

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

4 Razprava

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ugotovili smo, katera področja so s strani študentov dobro ocenjena in na katerih področjih se pojavljajo odstopanja in določene statistične razlike po posameznih letnikih študija.

V izvedeni raziskavi smo ugotovili, da se študenti fizioterapije v skupni povprečni vrednosti najbolj strinjajo, da imajo dostop po računalnikov in da bodo kot bodoči fizioterapevti stremeli

k raziskovanju. Dejavnike, povezane z znanjem o raziskovanju in o dokazih podprti praksi v fizioterapiji, so proučevali tudi drugi avtorji. Strinjajo se, da je raziskovanje pomembno za razvoj stroke in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov (Scholten - Peeters idr., 2011; Scurlock - Evans idr., 2014; Hlebš, 2017; Seelro idr., 2018; Kulnik idr., 2020). Dostop do računalnikov in interneta danes ni več težava, saj je večina potrdila, da imajo do navedenih virov dostop (Seelro idr., 2018).

Ugotovili smo, da so študenti v naši raziskavi med boljše ocenjenimi trditvami navedli, da jih visokošolski učitelji spodbujajo k raziskovanju. Tuje raziskave kažejo, da so fizioterapevti, tako zaposleni kot tisti, ki še študirajo, pozitivno naravnani do raziskovanja, pri tem pa so zaposleni raziskovanju bolj naklonjeni kot študenti (Scholten - Peeters idr., 2011; Scurlock - Evans idr., 2014; Hlebš, 2017; Seelro idr., 2018; Kulnik idr., 2020).

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so študenti v skupni povprečni oceni navedli manjše strinjanje pri znanju o oblikovanju raziskovalnega vprašanja, hierarhiji dokazov v znanstveno raziskovalnem delu, razliki med raziskovanjem in na dokazih podprto prakso, poznavanju treh komponent na dokazih podprti praksi in poznavanju vsaj enega programa za obdelavo statističnih podatkov. Tudi avtorji drugih raziskav so ugotovili podobno. Študenti so izrazili, da je njihovo znanje glede raziskovanja in na dokazih podprti praksi pomanjkljivo (Scholten - Peeters idr., 2011). Mlajši fizioterapevti so raziskovanju naklonjeni bolj kot starejši. Razlog je, da imajo mlajši manj izkušenj, zato so bolj željni novih spoznanj, hkrati pa imajo boljši dostop do literature in so bolj večji uporabe računalnikov, kjer pa je danes dostopna večina literature. Skupno vsem je, da imajo za raziskovanje premalo časa in da podpirajo uporabo na dokazih podprti praksi kot najboljši pristop za zdravstveno oskrbo pacientov (Seelro idr., 2018). Jagga in Gakhar (2020) ugotavljata, da študenti fizioterapije poznajo vire, preko katerih lahko dostopajo do literature, znajo poiskati literaturo v podatkovnih bazah in izbrati primerne zadetke. Nilsagard in Lohse (2010) ugotavljata, da 69 % fizioterapevtov navaja, da poznajo pojem na dokazih podprta praksa, vendar jih manj kot tretjina pozna njene komponente (klinične izkušnje, uporaba zanesljivih znanstvenih dokazov, pacientove vrednote). Ugotavljata tudi, da višjo stopnjo izobrazbe kot ima fizioterapevt, večja je njegova naklonjenost do raziskovanja, hkrati pa ima več znanja o tem, kako poiskati ustrezno literaturo.

V izvedeni raziskavi smo ugotovili, da oviro študentom predstavlja jezik v znanstvenih člankih, ki jim je pogosto preveč zapleten, kar potrjuje tudi raziskava, narejena na Nizozemskem (Scholten - Peeters idr., 2011), kjer so se študenti s trditvijo strinjali, visokošolski učitelji, vključeni v raziskavo, pa ne.

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, kakšno je mnenje študentov fizioterapije o znanju za raziskovanje in o dokazih podprti praksi. Dobro je, da menijo, da imajo podporo visokošolskih učiteljev in kliničnih mentorjev. Ugotovili pa smo, da študenti fizioterapije navajajo pomanjkanje znanja pri oblikovanju raziskovalnega vprašanja, hierarhiji dokazov v znanstveno raziskovalnem delu, razliki med raziskovanjem in na dokazih podprto prakso, poznavanju treh komponent na dokazih podprte prakse in poznavanju vsaj enega programa za obdelavo statističnih podatkov, kar nam predstavlja izhodišče za nadaljnji izobraževalni proces. Omejitve izvedene raziskave predstavlja dejstvo, da smo v podatkovnih bazah pridobili le tiste članke, ki so bili objavljeni v revijah z recenzijo. Obstaja možnost, da številni dokumenti, ki še niso bili objavljeni, tako ostajajo nedostopni v okviru pregleda literature.

Doprinos za nadaljnje raziskovalno delo bi bil primerjati odnos do raziskovanja med študenti različnih izobrazbenih ravni. Tuje raziskave vključujejo tudi visokošolske učitelje in fizioterapevte, ki so že dokončali študij in so zaposleni v kliničnem okolju. Tudi teh raziskav pri nas ni, zato bi bilo smiselno izvesti raziskave med fizioterapevti, ki so v delovnem procesu.

LITERATURA

1. Cenčič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
2. Herbert, R., Jamtvedt, G. in Hagen, K. B. (2011). Evidence-Based Physiotherapy: What, Why and How? V R. Herbert, G. Jamtvedt, K. B. Hagen idr. (ur.), *Practical Evidence-Based Physiotherapy* (str. 1–7). London: Churchill Livingstone.
3. Hlebš, S. (2017). Z dokazi podprte prakse v fizioterapiji. *Revija za univerzalno odličnost*, 6 (1), 86–97.
4. Jagga, V. in Gakhar, M. (2020). Attitudes of Physiotherapy Students towards Research in Relation to Certain Demographic Variables. *Asian Journal of Orthopaedic Research*, 4 (3), 29–33.
5. Klemenc - Ketiš, Z. in Švab, I. (2014). Uvod. V Z. Klemenc - Ketiš in I. Švab (ur.), *Raziskovanje v družinski medicini* (str. 7–14). Ljubljana: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.
6. Kodeks etike fizioterapevtov (2017). Združenje fizioterapevtov Slovenije (ZFS). Pridobljeno s <https://www.physio.si/wp-content/uploads/2017/06/Kodeks-etike-fizioterapevtov.pdf>.
7. Kulnik, S. T., Latzke, M., Putz, P. idr. (2020). Experiences and Attitudes Toward Scientific Research among Physiotherapists In Austria: a Cross-Sectional Online Survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 36 (11), 1–16.
8. Moseley, A. M., Elkins, M. R., der Wees, P. J. V. idr. (2019). Using Research to Guide Practice: The Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 24 (5), 384–391.
9. Nilsagard, Y. in Lohse, G. (2010). Evidence Based Physiotherapy: A Survey of Knowledge, Behaviour, Attitudes and Prerequisites. *Advances in Physiotherapy*, 12, 179–186.
10. Puh, U. (2014). Pomen kliničnih smernic v fizioterapiji. *Rehabilitacija*, 13 (1), 25–30.
11. Puh, U. in Hlebš, S. (2009). Fizioterapija v prihodnosti: Z dokazi podprta praksa. *Rehabilitacija*, 8 (1), 53–59. Pridobljeno s https://ibmi.mf.uni-lj.si/rehabilitacija/vsebina/Rehabilitacija_2009_S1_p053-059.pdf.
12. Scholten - Peeters, G. G. M., Beekman - Evers, M. S., Scholten - Peeters, G. G. M. idr. (2011). Attitude, Knowledge and Behaviour Towards Evidence-Based Medicine of Physical Therapists, Students, Teachers and Supervisors In The Netherlands: a Survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(4), 598–606.
13. Scurlock - Evans, L., Upton, P. in Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in Physiotherapy: a Systematic Review of Barriers, Enablers And Interventions. *Physiotherapy*, 100(3), 208–219.
14. Seelro, U., Saad Khan, M., Tanveer, E. idr. (2018). Knowledge and Attitude Towards Evidence Based Practice among the Physiotherapists. *International Journal of Contemporary Research and Review*, 9(9), 20602–20609.
15. Strategy on research for health. (2012). World Health Organisation (WHO) Pridobljeno s https://www.who.int/phi/WHO_strategy_on_research_for_health.pdf.
16. Szajewska, H. (2018). Evidence-Based Medicine and Clinical Research: Both Are Needed, Neither is Perfect. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(3), 13–23.

Dr. Mateja Ožanič

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu

Dr. Valentina Marečić, dr. Marina Šantić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Long-term Survival of Pathogenic Bacteria in Environmental Amoebae

UDC 579.841:593.121

KEYWORDS: *Free-living amoebae, Francisella tularensis, Legionella pneumophila*

ABSTRACT – *Free-living amoebae (FLA) are protozoa widely present within different natural habitats, such as water, dust and soil, and various anthropogenic habitats, such as cooling towers and air conditioning units. FLA usually feed on algae, fungi and bacteria by process of phagocytosis. However, some human pathogens, also commonly found within aquatic environments, including Francisella tularensis and Legionella pneumophila, are able to survive the uptake by amoebae. Moreover, this pathogens are using amoebae as their natural hosts. Interestingly, each of this bacteria showed a unique intracellular lifestyle within the protozoa. Until now, very little has been known about the ability of pathogenic bacteria to reside within the FLA for a long period of time, and the role of amoebae in the transmission of this bacteria to humans is still largely unknown. Within this study, the survival rate of L. pneumophila was followed within the trophozoites and cysts of Acanthamoeba castellanii during a one-year period. The results obtained will contribute to a better understanding of the ecology of this bacterium and its transmission to humans.*

UDK 579.841:593.121

KLJUČNE BESEDE: *Prostoživeče amebe, Francisella tularensis, Legionella pneumophila*

POVZETEK – *Prostoživeče amebe so protozoji ki so široko prisotni v različnih naravnih habitatih, kot so voda, prah in prst, ter različnih antropogenih habitatih, kot so hladilni stolpi in klimatske naprave. Prostoživeče amebe se običajno hranijo z algami, glivami in bakterijami s procesom fagocitoze. V vodnem okolju so poleg ameb prisotni tudi človeški patogeni, vključno s bakterijami Francisella tularensis in Legionella pneumophila. Omenjene bakterije imajo sposobnost preživetja fagocitoze in uporabljajo amebe kot svoje naravne gostitelje. Zanimivo je, da je vsaka od teh bakterij pokazala edinstven znotrajcelični življenjski slog v amebah. Do zdaj je zelo malo znanega o sposobnosti patogenih bakterij da dolgo časa preživijo znotraj prostoživečih ameb. Poleg tega, vloga ameb pri prenosu bakterije L. pneumophila na ljudi je še vedno večinoma neznana. V tej študiji je v obdobju enega leta spremljano preživetje L. pneumophila znotraj trofozoitov in cist Acanthamoeba castellanii. Pridobljeni rezultati bodo prispevali k boljšemu razumevanju ekologije te bakterije in prenosa na človeka.*

1 Introduction

1.1 Free living amoebae

Amoebae are unicellular eukaryotic microorganisms usually found in natural aquatic and terrestrial environments. These protozoa move and feed using cytoplasmic extensions called pseudopods. Most of amoebae can persist in two different forms, a vegetative form, called a trophozoite, and a resting form, called cyst (Fuerst and Booton, 2020).

Under favorable conditions, amoebae remains in a form of trophozoite, a vegetative state during which they are metabolically active, they are able to feed, move and reproduce (Fuerst

and Booton, 2020). When harsh environmental conditions arise, amoebae initiate their differentiation into a metabolically inactive, resistant form, the cyst (Fuerst and Booton, 2020). Upon return to favorable growth conditions, amoebae are able to return to the form of trophozoite. While some amoebae are parasitic, others do not depend on a host, and are classified as free-living (Delafont et al., 2018).

Free-living amoebae (FLA) are protozoa widely present within different natural habitats including water, soil and dust. Besides that, FLA have been isolated from various, man-made aquatic environments such as drinking water distribution systems, cooling towers, air conditioning equipment, wastewater treatment plants, swimming pools, dialysis units, dental treatment units, eyewash solutions and contact lenses cases (Javanmard et al., 2022).

Within aquatic environment, FLA live in association with other microorganisms within the biofilm. Inside a biofilm, FLA and other microorganisms are protected from harsh environmental conditions, including disinfection procedures (Javanmard et al., 2022).

Among the genera of FLA that exist in nature, members of only four genera are pathogenic for humans, including *Acanthamoeba* spp., *Sappinia diploidea*, *Naegleria fowleri* and *Balamuthia mandrillaris* (Zhang and Cheng, 2021).

In the environment, amoebae feed on algae, fungi and bacteria, which are usually engulfed into digestive vacuoles by process of phagocytosis (Javanmard et al., 2022). Although FLA usually use bacteria as a food sources, some bacteria manage to resist death by phagocytosis and even more, they benefit from interactions with amoebae. These bacteria are called amoebae resistant bacteria (ARB) (Goni et al., 2020).

Importantly, some of the ARB are also human pathogens, including *Mycobacterium avium*, *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella* spp., *Helicobacter pylori*, *Francisella tularensis* and *Legionella pneumophila* (Goni et al., 2020). Within this complex relationship, FLA provide an environment in which bacteria are protected from unfavorable environmental conditions. Even more, it is supposed that amoebae could serve as a reservoir of these bacteria in the environment. Further, this interaction could contribute to constant presence of pathogenic bacteria within the environment, as well as for their dissemination to humans (Goni et al., 2020).

1.2 *Francisella tularensis*

F. tularensis is a small, gram negative, facultative intracellular bacterium that causes fulminating disease tularemia in humans and animals. The genus *Francisella* consists of four organisms: *F. tularensis* subsp. *tularensis* (type A), *F. tularensis* subsp. *holarctica* (type B), *F. tularensis* subsp. *mediasiatica* and *Francisella novicida*. The ability of *Francisella* for intracellular survival and replication was shown to be of great relevance for the development of tularemia in animals and humans. This bacterium is able to proliferate in various type of cells, including dendritic cells, macrophages, epithelial cells and amoebae cells (Shibata et al., 2022).

F. tularensis is frequently present within water environments, where it survives within biofilms or in association with protozoa (Hennebique et al., 2021). *F. tularensis* is able to enter and multiply within different amoebae, including *A. castellanii*, *H. vermiformis* and *D. discoideum* (Hennebique et al., 2021). Once inside the cell, bacterium resides and replicates inside membrane bound vacuoles. This is very interesting, since within mammalian cells, this bacterium shows completely different life style, and it replicates free in the cytosol of the cell. All together, the ability of *Francisella* to enter, survive and replicate in amoebae seems to be of great importance for sustaining the life cycle of this bacterium in aquatic environment.

1.3 *Legionella pneumophila*

L. pneumophila is a Gram-negative bacterium, and a human pathogen of major public health concern. It is the etiological agent of the Legionnaires' disease, characterized by an acute pneumonia with a high fatality rate (Sharaby et al., 2019).

The bacterium is frequently found in the aquatic environment where it efficiently replicates inside free-living amoeba.

The primary human exposure route to *Legionella* is via inhalation of aerosol droplets containing bacteria. Infection usually occurs from showers, whirlpool spas, cooling equipment, humidifiers, and respiratory therapy devices, but not by swallowing the contaminated water. The disease can also not be transmitted from human to human.

Upon inhalation of contaminated aerosols, the organism proliferates within alveolar macrophages causing pneumonia, which accounts for 10–15 % of pneumonia cases worldwide (Sharaby et al., 2019). Although *L. pneumophila* is a human pathogen, it is an environmental bacterium found in aquatic environments, and humans are considered the accidental dead-end hosts (Sharaby et al., 2019).

Understanding the ecology of *L. pneumophila* and its interactions with FLA will not only improve human health risk estimation, but it would also contribute to the identification and development of more effective strategies for prevention of legionnaires disease, which would further ensure the higher level of public health safety.

Until now, very little is known about the ability of pathogenic bacteria to reside within the FLA for a long period of time, and the role of amoebae in transmission of these bacteria to humans is still largely unknown.

The aim of this study was to follow the survival rate of *L. pneumophila* within the cysts of *A. castellanii* during a period of one year. Gained results will contribute to a better understanding of the ecology of this bacterium and transmission to humans.

2 Materials and methods

2.1 *Cultivation of bacteria and amoebae*

Bacteria *L. pneumophila* strain AA100 was used in this study. Stock cultures of *L. pneumophila* were stored at $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ supplemented with 15 % glycerol. Two days before the experiment, the stock cultures were thawed and inoculated on Buffered Charcoal Yeast Extract (BCYE) Agar. Bacteria were cultured for 48 h at $35\text{ }^{\circ}\text{C}$, with addition of 5 % CO_2 .

A. castellanii cells were purchased from the American Type Culture Collection, 30234. Stock cultures of *A. castellanii* were stored at $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$ in a medium ATCC 30234 with 10 % dimethyl sulfoxide (DMSO). Two weeks before the experiment, amoebae were thawed and cultured in ATCC 30234 medium at $25\text{ }^{\circ}\text{C}$. In order to prepare the amoebae for the experiment, *A. castellanii* were collected from the culture flasks, centrifuged ($350 \times g$, 30 min), resuspended in PBS, counted in hemocytometer (Neubauer chamber), washed once in phosphate-buffered saline (PBS) and suspended in Peptone-Yeast Glucose (PYG) medium to desired density.

2.2 *Infection of A. castellanii with L. pneumophila*

A. castellanii cells were grown in PYG medium at $25\text{ }^{\circ}\text{C}$ and the number of amoebae was adjusted to 2×10^6 per ml. Cells were grown to 50–80 % confluence in tissue culture flasks in PYG. *A. castellanii* cells were infected with *L. pneumophila* at multiplicity of infection (MOI) of 50 in a period of 90 minutes, which was supposed to be enough time for bacteria to enter

amoebae. Extracellular bacteria were removed by gentamicin treatment (50 µg/ml for 30 min). After gentamicin treatment, samples were incubated in encystation medium to promote transformation of *A. castellanii* from a form of trophozoite to a cyst. Amoebae infected with bacteria were further cultivated at 25 °C in a period of 1 year. Light microscopy was used to confirm that *A. castellanii* cells were present in a form of cysts during the observed period.

In a periods of 1 month, 2 months, 6 months and 1 year after infection, an aliquot of suspension was transferred in fresh PYG medium to allow differentiation of cysts to trophozoites. The *A. castellanii* trophozoites were treated with Triton X-100 and the suspensions were plated on BCYE agar. Agar plates were incubated at 35 °C, with addition of 5 % CO² for 48 h. Bacterial number was determined by counting the colonies on BCYE agar.

2.3 Statistical analysis

Statistical analyses were performed using Statistica (Statsoft) software version 12 or with GraphPad Prizm version 6.0 software.

3 Results

Growth kinetics of *L. pneumophila* in *A. castellanii*

The growth kinetics of *L. pneumophila* in *A. castellanii* grown in encystation buffer was followed in order to study the ability of *L. pneumophila* for a long-term survival within the cysts of *A. castellanii*.

Amoebae were infected with bacteria, transformed to a form of cysts and monitored for 1 year. During the whole observed period amoebae cells were observed using light microscopy, and it was confirmed that they were in a form of cysts. Bacterial numbers were determined at time points of 1 month, 2 months, 6 months and 1 year after infection.

To study the number of bacteria in amoeba cells, at indicated time points after infection, *A. castellanii* were incubated in fresh PYG medium to transform back to trophozoite form. Cell membrane was destroyed using detergent, and bacterial numbers were determined by plating the suspensions on agar.

At one month after infection, intracellular number of bacteria was $2,7 \times 10^5$ CFU per ml ($s = 0,3177$). By two months after infection the number of intracellular *L. pneumophila* was still very similar ($2,0 \times 10^5$ CFU per ml, $s = 0,2412$). Until a period of six months after infection, the number of intracellular bacteria slightly declined to $2,0 \times 10^4$ CFU per ml ($s = 0,1410$), however bacteria were still present. In contrast, at 12 months after infection, bacteria were not detected inside *A. castellanii*. Hence, obtained results showed that *L. pneumophila* is able to survive within a cysts of *A. castellanii* for six months.

4 Discussion

In the environment, amoebae naturally feed on fungi and bacteria, by a process of phagocytosis. Thus, in relationship with bacteria, amoebae usually acts like a predators (Fuerst and Booton, 2020). However, these relationships are very complex, and some bacteria showed to be resistant to amoebae and even more, they can use amoebae as a reservoir and for dissemination (Goni et al., 2020). In addition, some researchers demonstrated how intra amoebal growth contributes to a higher virulence and resistance of bacteria (Knezevic et al., 2022). Some of these bacteria are human pathogens, including *Listeria monocytogenes*, *Mycobacterium avium*,

Staphylococcus aureus, *Pseudomonas aeruginosa*, *Vibrio cholerae*, *Salmonella* spp., *Helicobacter pylori*, *Francisella tularensis* and *Legionella pneumophila* (Goni et al., 2020).

Bacteria within amoebae show increased resistance to disinfectants and biocides (Knezevic et al., 2022). Hence, pathogenic bacteria internalized in amoebae represent a high risk for public health because they could not be destroyed by conventional biocide treatment. Among the most important human pathogens within this category are *Legionella* and *Francisella* (Goni et al., 2020; Knežević et al., 2022). Considering this, further studies on the interaction of these pathogenic ARB with amoebae are needed for better understanding of complexity of the interactions between these microorganisms.

F. tularensis is causing the fulminating disease tularemia in humans and animals. Bacterium is largely present within aquatic environments, where it survives within biofilms or in association with protozoa (Hennebique et al., 2021). Furthermore, *F. tularensis* shows the ability to enter and multiply within different amoebae (Shibata et al., 2022).

Another human pathogen of major public health concern is *L. pneumophila*, which is the etiological agent of the Legionnaires' disease in humans. This is an environmental bacterium, mostly found within aquatic environments, where it survives within biofilms or associated with protozoa (Sharaby et al., 2019).

Understanding the ecology of *L. pneumophila* and its association with FLA is very important for better understanding of persistence and dissemination of this bacterium in nature. Besides that, it is important to improve human health risk estimation, and to develop more effective strategies for prevention of legionnaires disease, which would further ensure the higher level of public health safety.

In this study, we aimed to test the hypothesis that within aquatic environment, *L. pneumophila* can survive for the long term within the cysts of *A. castellanii*. The suggestion was that within the cysts, the bacterium would be protected from the harsh environmental conditions.

Although some researchers suggested that *L. pneumophila* is able to survive in amoeba cells for a long term (Shaheen et al., 2019), obtained results only confirmed the presence of this bacterium in the cysts of *A. castellanii* during the period of 6 months. However, it is possible that after 6 months, bacteria are still present within amoebae, but in a viable but not cultivable state (VBNC). It is possible that bacteria present in a VBNC state could be revitalized using a cell culture models, or on in vivo model of mouse. In order to study the intracellular lifestyle of *L. pneumophila* within *A. castellanii* more in details, additional experiments should be performed.

LITERATURE

1. Delafont, V., Rodier, M. H., Maisonneuve, E. et al. (2018). *Vermamoeba Vermiformis*: a Free-Living Amoeba of Interest. *Microb Ecol*, 76, 991–1001.
2. Fuerst, P. A. and Booton, G. C. (2020). Species, Sequence Types and Alleles: Dissecting Genetic Variation in *Acanthamoeba*. *Pathogens* 9.
3. Goni, P., Benito, M., LaPlante, D. et al. (2020). Identification of Free-Living Amoebas and Amoeba-Resistant Bacteria Accumulated in *Dreissena Polymorpha*. *Environ Microbiol*, 22, 3315–3324.
4. Hennebique, A., Peyroux, J., Brunet, C. et al. (2021). Amoebae Can Promote the Survival of *Francisella* Species in the Aquatic Environment. *Emerg Microbes Infect*, 10, 277–290.
5. Javanmard, E., Niyyati, M., Taghipour, A. et al. (2022). Isolation and Identification of Potentially Pathogenic Free-Living Amoeba in Drinking, Surface, and Stagnant Water Sources from Alborz Province, Iran. *J Water Health*, 20, 620–629.

6. Knežević, M., Roncevič, D., Vukič Lušič, D. et al. (2022). Decreasing Pasteurization Treatment Efficiency against Amoeba-Grown Legionella Pneumophila-Recognized Public Health Risk Factor. *Int J Environ Res Public Health*, 19.
7. Shaheen, M., Scott, C. and Ashbolt, N. J. (2019). Long-Term Persistence of Infectious Legionella with Free-Living Amoebae in Drinking Water Biofilms. *Int J Hyg Environ Health*, 222, 678–686.
8. Sharaby, Y., Rodriguez - Martinez, S., Hofle, M. G. et al. (2019). Quantitative Microbial Risk Assessment of Legionella Pneumophila in a Drinking Water Supply System in Israel. *Sci Total Environ*, 671, 404–410.
9. Shibata, K., Shimizu, T., Nakahara, M. et al. (2022). The Intracellular Pathogen Francisella Tularensis Escapes from Adaptive Immunity By Metabolic Adaptation. *Life Sci Alliance*, 5.
10. Zhang, H. and Cheng, X. (2021). Various Brain-Eating Amoebae: the Protozoa, the Pathogenesis, and the Disease. *Front Med*, 15, 842–866.

Dr. Gordana Panova, dr. Blagica Panova, dr. Gordana Kamčeva - Mihailova
Faculty of Medical Sciences-University "Goce Delchev" Stip, N. Macedonia

Dr. Dimitrov Nikolay
Faculty of Medicine, Trakia University, Stara Zagora, Bulgari

Role of Healthcare Workers in Education and Treatment of Patients with Lung Cancer

UDC 616.24-006-085+613

KEYWORDS: *non-small cell cancer, small cell lung cancer, chemotherapy, radiotherapy*

ABSTRACT – *Lung cancer continues to be a major global health problem. The proportion of adenocarcinomas is increasing in North America and to some extent in Europe, leading to a changing clinical picture characterised by the early development of metastases. Newer diagnostic techniques have allowed more accurate tumour staging and treatment planning. In patients with non-small cell cancer, surgical resection at early stages offers significant cure rates. Combined chemotherapy and radiotherapy have significantly improved treatment outcomes for patients with locally advanced cancer, and patients with metastatic disease are now candidates for newer chemotherapy regimens with more favourable outcomes than in the past. Small cell lung cancer is highly responsive to chemotherapy and recent advances in radiation therapy have improved the prospects for long survival. New techniques for screening and innovative approaches for both local and systemic treatment provide hope for substantial advances in the control of this disease in the near future.*

UDK 616.24-006-085+613

KLJUČNE BESEDE: *nedrobnocelični rak, drobnocelični pljučni rak, kemoterapija, sevalna terapija*

POVZETEK – *Pljučni rak ostaja velik svetovni zdravstveni problem. Delež rakov, ki so adenokarcinomi, za katere je značilna spreminjajoča se klinična slika in zgodnji razvoj metastaz, v Severni Ameriki in do neke mere v Evropi narašča. Novejše diagnostične tehnike so omogočile natančnejše določanje stopnje tumorja in načrtovanje zdravljenja. Pri bolnikih z nedrobnoceličnim rakom nudi kirurška resekcija znatne stopnje ozdravitve v primerih zgodnje faze. Kombinirana kemoterapija in radioterapija je očitno izboljšala rezultate zdravljenja bolnikov z lokalno napredovalim rakom, bolniki z metastatsko boleznijo pa so zdaj kandidati za novejše režime kemoterapije z ugodnejšimi rezultati kot v preteklosti. Drobnocelični pljučni rak se zelo odziva na kemoterapijo, nedavni napredek pri radioterapiji pa je izboljšal možnosti za dolgo preživetje. Nove tehnike presejanja in inovativni pristopi k lokalnemu in sistemskemu zdravljenju nudijo upanje za bistven napredek proti tej bolezni v bližnji prihodnosti.*

1 Introduction

Lung tumors can be benign or malignant. Malignant tumors are significantly more common. Malignant tumors can be primary and secondary or metastatic. From the primary malignant tumors, the first place is occupied by bronchogenic cancers, i.e. lung malignancy about 90-95%, about 5% bronchial carcinoids, and 2–5% are mesenchymal and other mixed tumors. Lung cancer occurs as a result of cells from the normal and healthy lung starting to proliferate uncontrollably, forming a tumor formation in the lungs. This tumor mass first grows locally, and then affects the adjacent tissues and finally the distant organs (Kargovska - Klisarova, 2018).

Lung cancer is one of the leading causes of death worldwide. Mortality is higher in men than in women. The highest incidence occurs in people between 60 and 70 years of age. At diagnosis, a quarter of patients also have regional lymph node involvement, and more than 50% have distant metastases. Smokers are at the highest risk of getting cancer, but it also occurs in people who have never smoked. So anyone can develop lung cancer, but cigarette smoking, exposure to cigarette smoke, inhaled chemicals and toxins increase the risk of developing it (Mihic, 2017)

There are many divisions, but in clinical practice the histological types of lung cancer can be divided into two main groups: Small cell carcinoma:

- Adenocarcinoma
- Squamous cell carcinoma
- Large cell carcinoma

Small cell carcinoma tends to grow very rapidly and metastasize rapidly.

Small cell carcinomas make up 80–85% of cases, and small cell cancers affect about 15–20% of cases.

Smoking is a leading cause of lung cancer. About 90% of cases are attributed to smoking as the main cause. The risk is greatest in men who smoke. The risk is further increased by exposure to other carcinogens such as asbestosis. The risk in passive smokers is increased by 20–30%. Other factors include the use of radiotherapy to treat cancers of other systems, especially non-Hodgkin's lymphoma and breast cancer. Exposure to metals such as chromium, nickel, arsenic, polycyclic aromatic carbohydrates are also associated with lung cancer. Lung diseases such as idiopathic pulmonary fibrosis increase the risk of cancer, independent of smoking.

Pathophysiology is a very complex process and incompletely explained and understood. There is a hypothesis that repeated exposure to carcinogenic agents, mainly cigarette smoke, leads to dysplasia of the lung epithelium. If exposure persists, it leads to genetic mutations and affects protein synthesis. As a result, the cell cycle is disrupted and carcinogenesis begins (Kumar et al., 2010).

There are no specific signs and symptoms for lung cancer. By the time the symptoms appear, patients are already in an advanced stage of the disease. Symptoms are usually due to local tumor development, such as bronchial compression, then as a result of distant metastases, paraneoplastic syndrome, kidney stones as a result of persistent hyperkalaemia. Symptoms that occur from the lungs are cough, dyspnea and hemoptysis, they are sensitive but not specific. Lung cancer is a very big health problem, which generally has a bad and fatal prognosis. (Serafimovski et al., 2003).

2 Epidemiology

Malignant diseases are the second leading cause of death. Lung cancer is the second most common diagnosis of cancer by sex, after prostate cancer in men and after breast cancer in women. Globally, the number of cases in 2020 is 2,206,771 cases, and the mortality is 1,796,144 cases. In the European Union, the number of cases is 320,000 newly diagnosed cases in 2020, and the mortality of about 270,000 cases. The incidence in Europe for men is 100 per 100,000 men and for women it is 45 per 100,000 women⁵ (Kondov, 2009).

It mainly occurs in the elderly. Most of those diagnosed are patients over the age of 65, and a very small number of those diagnosed are under the age of 45. The average age of diagnosed patients is about 70 years.

3 Prevention

Prevention is actually part of the education that should be performed by health professionals, ie doctors should educate their patients regarding the risk factors for malignant diseases. They should also promote a healthy lifestyle and get rid of harmful habits.

Education and tips for reducing cancer risk are:

- Cessation of cigarette smoking, cessation reduces the risk of cancer in long-term smokers. There are different ways and strategies for termination. Options include nasal spray and nicotine-based inhalers, nicotine patches, chewing gum and candy. But there are nicotine-free options, such as bupropion and varenicline. There are also support groups, psychotherapy, meditation, yoga etc ...
- Avoid passive smoking, ie avoid places where there is active smoking such as cafes and restaurants, not to avoid going out in those places, but to look for options for non-smoking areas.
- Home radon testing.
- Avoiding carcinogens in the workplace. Observe the prescribed protection measures.
- A healthy diet with lots of fruits and vegetables.
- Regular physical activity.

4 Screening

Despite the high incidence and mortality, there are still no diagnostic tests that could be applied to the general population for early detection and diagnosis of lung cancer.

Among the methods that are recommended and can be used as screening of different populations of people are: automatic sputum cytometry, fluorescent bronchoscopy, spiral computed tomography with low radiation dose is also the best way for screening in at-risk population without any symptoms. A population considered to be at risk is a population where the risk factor (R) is greater than 20. It is calculated as the product of the number of cigarette packs smoked per day multiplied by the years of smoking (Smernice za praktičiranje na dokazih temelječe medicine, Ministrstvo za zdravje Republike Severne Makedonije – Oddelek za onkologijo).

$R = \text{packs of cigarettes per day} \times \text{years of smoking}$

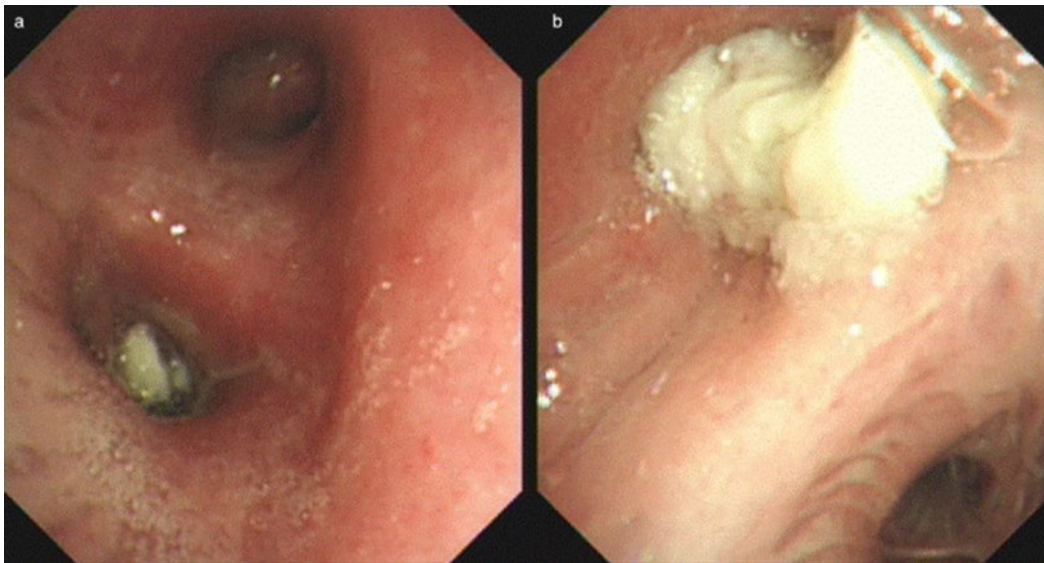
Screening reduces mortality.

However, the doctor should explain to the patients who want to be screened the benefits and risks of it, as well as the possible false-positive scans that may expose him to multiple CT scans and possible biopsies for the change that does not have to be life threatening.

The diagnostic procedure comprises of:

- Medical history
- Physical examination
- Laboratory tests
- Tumor markers
- Sputum
- Native radiography
- Computed tomography
- Bronchoscopy with biopsy, Transthoracic puncture with biopsy⁶ (Gunderson in Teper, 2013).

Figure 1: Examination of the tumor mass with bronchoscopy



Source: Gunderson in Teper (2013). Klinična radiološka onkologija. Skopje: Tabernakul.

4.1 Treatment

The therapy to be used is multimodal and usually consists of a combination of the following therapies:

- Surgical therapy
- Radiotherapy
- Chemotherapy
- Targeted antitumor therapy - biological therapy
- Palliative therapy¹⁰ (Colanceski, 1994)

4.2 Forecast

The ability of lung cancer to divide rapidly, to spread the disease rapidly through the lymphatic and hematogenous pathways, to give systemic metastases, are the reasons for the poor prognosis of this type of cancer. It is estimated that at the time of diagnosis 50% of cancers are inoperable tumors. Without treatment, 95% of patients die within one year of diagnosis (Arsovski et al., 2018).

Table 1: Five-year prognosis of lung cancer by clinical stage

Clinical stage	Non-cellular lung cancer	Small cell lung cancer
IA	50%	38%
IB	47%	21%
IIA	36%	38%
IIB	26%	18%
IIIA	19%	13%
IIIB	7%	9%
IV	2%	1%

The average five-year survival in all patients with non-small cell lung cancer is 12 to 13%. While in those patients who are treated exclusively surgically and that is 25% of the patients the survival rate is 65%. (Smichkovska, 2014).

In small cell carcinoma, the two-year survival is 20% and the five-year survival is less than 5% (Perez and Brady, 2011).

5 Aims of the research

The purpose of this paper is to show the number of patients with lung cancer in Stip and the Stip region in the period from 2017 to 2020. That is, to show the hospital morbidity and the number of realized hospital days, as well as outpatient polyclinic morbidity. Additionally to make a presentation of distribution, where with a range of diagnostic methods is diagnosed lung cancer, according to variables of interest such as age and sex.

5.1 Materials and methods

For the preparation of this diploma thesis, data from PHI General Hospital – Stip, Center for Public Health - Stip were used, as well as statistics from examinations performed in the general medicine services in Stip and the Stip region. A total of 131 patients participated in the study, of which 102 of the patients were men and 29 of the patients were women.

6 Results

According to the analysis, the data from table number 2 show that the number of patients with lung cancer in Stip and Stip region in 2017 is 40, in 2018 is 36, in 2019 is 14 and in 2020 the number of patients is 31. A total of 131 patients.

The number of diagnosed male patients in 2017 is 29 patients compared to the female sex where there are 11 patients. In 2018, the number of infected men is 27, while the number of infected women is 9, in 2019 the number of infected men is 21, and the number of infected women is 3. And in 2020 the number of diagnosed men is 25, and the number of diagnosed women is 6. The number of diagnosed men drastically exceeds the number of infected women and expressed in percentage is 78% of patients are men and 22% of patients are women.

Table 2: Distribution of diagnosed with lung cancer in the city of Prilep and the Prilep region in the period from 2017 to 2020 according to gender

gender	2017	2018	2019	2020
male	29	27	21	25
female	11	9	3	6

Table 3: Distribution of diagnosed lung cancer patients in Stip and the Stip region by age

	<i>Number</i>	
35–44	4	3.13%
45–54	9	7.03%
55–64	49	38.28%
65–74	50	39.06%
75 and more	16	12.5%
Total	128	100%

Regarding the variable age of the patients, presented in Table 3, the number of diagnosed patients at the age of 35–44 is 4 patients, at the age of 45–54 is 9, while at the age of 55–64 the

number is of patients increases to 49, also to 65–74 years of age with a number of 50 patients and to 75 years of age and more the number of people diagnosed with lung cancer is 16.

Table 4: Hospital morbidity of patients with lung cancer in Stip and the Stip region in the period from 2017 to 2020

Years	2017	2018	2019	2020
Number of patients	38	35	22	29

Hospital morbidity according to the data shown in Table 5 shows that the number of patients diagnosed with lung cancer in hospital conditions in 2017 is 38 patients, in 2018 is 35 patients, in 2019 the number is 22 patients and in In 2020, the number of patients is 29. In analysed years, there were also some cases of ambulance – polyclinic morbidity (Table 5).

Table 5: Ambulance – polyclinic morbidity in patients with lung cancer in the city of Prilep and Prilep region from 2017 to 2020 year

Years	Number of patients
2017	2
2018	1
2019	2
2020	2

Table 6: Number of total hospital days

Years	Number of patients	Total realized hospital days
2017	38	223
2018	35	213
2019	22	72
2020	29	105
Вкупно	124	613

According to the data shown in Table 6, the number of total hospital days in patients diagnosed with lung cancer in 2017 is 223 hospital days in 38 patients, in 2018 213 hospital days were achieved in 35 patients, in 2019 72 hospital days were realized in 22 patients and in 2020, 29 hospital days were realized in 29 patients.

Lung cancer is one of the most common malignancies in the world. Smoking is still the number one risk factor in combination with genetic factors. Men are more at risk of this cancer than women.

Globally, the number of cases in 2020 is 2,206,771 cases, and the mortality is 1,796,144 cases. In the European Union, the number of cases is 320,000 newly diagnosed cases in 2020, and the mortality of about 270,000 cases.

Lung cancer is predominantly a disease of the elderly, in 2015 86% of those diagnosed were 60 years of age and older.

Five-year survival in lung cancer is 18.6%, which is much lower than many other cancers such as prostate cancer (98.2), breast cancer (89.6).

Prevention, early diagnosis and a good treatment plan are essential for improving the symptoms of the disease and its cure.

7 Conclusions

According to the statistics obtained from the Center for Public Health - Prilep and the data obtained from my research, which refer to patients diagnosed with lung cancer in the period from 2017 to 2020 in Prilep and the Prilep region, we come to the conclusion that diagnosed with this malignancy were 131 patients:

- According to the gender variable, 102 of the patients diagnosed with this disease were men, while 29% of the total patients diagnosed were women. Shown in percentages, men cover 78% of the patients, and women 22% in Prilep and the Prilep region.
- In terms of age, the highest rate of patients is at the age of 55-64 years, 49 patients or 38.28% of the total number of diagnosed patients and at 64-75 years of age with 50 patients or 39.06%.
- Hospital morbidity in patients diagnosed with lung cancer in Prilep and the Prilep region is 124 patients.
- Outpatient morbidity is 8 patients.
- The number of realized hospital days in 124 hospitalized patients is 613 realized hospital days.

The main goal of the general practitioner is to educate patients about the risk factors for lung cancer, as well as education for their prevention. Early detection of symptoms and recommendation for screening for early diagnosis, and thus chances for better cure. Consultations in choosing an adequate treatment and assistance in making a treatment plan for the disease. In patients with an advanced stage, a referral for palliative care, referrals for psychotherapy, referrals for sympathetic therapy and overall support throughout the process.

LITERATURE

1. Arsovski, A., Mitev, K. in Mitevski, A (2020). Hiruska propedevtika. Stip: Univerzitet "Goce Delcev".
2. Colanceski, V. (1994). Klinična travmatologija prsnega koša. Skopje: Multimedia.
3. Colancevski, V. (1994). Klinična traumatologija na graden kos. Skopje: Multimedia.
4. Damir, M. (2017). Interna medicina, Studentska skripta.
5. Gunderson in Teper (2013). Klinična radiološka onkologija. Skopje: Tabernakul.
6. Harison, T. R. E. S., Fuci, E., Braunvald, D. L. et al. (2012). Principi na internata medicina na Harison. Skopje: Tabernakul.
7. <http://www.fzo.org.mk/WBStorage/Files/Onkologija.pdf>.
8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663145/>.
9. Jankovic, R., Stanic, V. and Cemerikik Martinovik, V. (2000). Grudna hirurgija-Tumori pluca. Jugoslovenska knjiga.
10. Kondov, G. (2009). Kirurgija prsnega koša. Skopje: Makavej.

11. Kumar, V., Abas, A. K., Fausto, N. in Mitchell, R. N. (2010). Osnove patologije po Robbinsu. Skopje: Skopski tabernakel.
12. Kargovska - Klisarova, A. (2018). Anatomija na covekot na-raka i graden kos. Skopje: UKIM.
13. Perez, C. A. and Brady, L. W. (2011). Principles and Practice of Radiological Oncology. Skopje: Tabernacle.
14. Serafimovski, V. et al. (2003). Interna medicina. Kumanovo: Makedonska blagajna.
15. Smernice za prakticanje na dokazih temelječe medicine. Skopje: Ministrstvo za zdravje Republike Severne Makedonije – Oddelek za onkologijo.
16. Smichkovska, S. (2014). Specialna onkologija, rak dojke in pljuč.

Munira Pejić
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Kleopatra Kodrič
Kres d. o. o. Šentjernej

Čustvena regulacija pri zaposlenih v zdravstvu

UDK 159.942:614.253.5

KLJUČNE RIJEČI: čustva, korelacija čustev, blagostanje, zdravstvena nega

POVZETEK – Zaposleni v zdravstveni negi se na delovnem mestu vsakodnevno soočajo z izzivi, ki od njih zahtevajo uspešno čustveno regulacijo, kar je lahko povezano tudi s stopnjo blagostanja. V naši raziskavi so nas zanimale korelacije in razlike med težavami v čustveni regulaciji, doživljanjem blagostanja in demografskimi značilnostmi zaposlenih v zdravstveni negi. Raziskava je bila izvedena v Sloveniji. V njej je sodelovalo 231 udeležencev, ki so zaposleni v zdravstveni negi. Odgovorili so na spletni vprašalnik, ki je vseboval Krajšo verzijo lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18), vprašalnik za merjenje blagostanja (PERMA-Profiler) ter vprašanja o demografskih podatkih. Rezultati so pokazali, (1) da imajo zaposleni v zdravstveni negi, ki doživljajo večjo stopnjo blagostanja, manj težav v regulaciji čustev in obratno, (2) da imajo zaposleni v zdravstveni negi z daljšo delovno dobo v zdravstveni negi, manj težav v čustveni regulaciji, ampak ne tudi večjega blagostanja, vendar gre v obeh primerih za zanemarljivo velikost korelacij, (3) da imajo zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo manj težav v regulaciji čustev, (4) da pri zaposlenih v zdravstveni negi ni statistično pomembne razlike med spoloma v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja, (5) da pri zaposlenih v zdravstveni negi ne obstaja statistično pomembna razlika v težavah v regulaciji čustev glede na zakonski stan anketirancev.

UDC 159.942:614.253.5

KEYWORDS: emotions, correlation of emotions, well-being, healthcare

ABSTRACT – Healthcare employees face daily challenges at work that require them to successfully regulate emotions, which may also be related to the level of well-being they experience. In our research, we were interested in correlations and differences in difficulties in emotional regulation, well-being and demographic data in healthcare employees. The research was conducted in Slovenia and consisted of 231 participants who work in healthcare. They responded to an online questionnaire containing the Shorter Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18), a questionnaire for measuring well-being (PERMA-Profiler) and questions about demographic data. The results showed (1) that healthcare employees who experience a higher level of well-being have fewer problems in emotion regulation and vice versa, (2) that healthcare employees with longer working experience in healthcare have fewer problems in emotional regulation but not greater well-being, however, in both cases the size of the correlations is negligible, (3) that employees in healthcare with a higher education have fewer problems in the regulation of emotions, with a statistically significant correlation, (4) that there is no statistically significant difference between the sexes in problems with emotional regulation and experiencing well-being, (5) that there is no statistically significant difference with regard to the marital status in problems with emotion regulation among healthcare employees..

1 Uvod

Regulacijo čustev lahko opredelimo kot »zunanje in notranje procese, ki so odgovorni za spremljanje, vrednotenje in spreminjanje čustvenih reakcij, zlasti njihovih intenzivnih in časovnih značilnosti, za doseganje posameznikovih ciljev« (Thompson, 1994). Pomanjkljivosti v učinkoviti regulaciji čustev prispevajo k stopnjevanju in ohranjanju neželenih afektivnih stanj

ter s tem k razvoju in vzdrževanju simptomov duševnih motenj (Berking in Whitley, 2014). Longitudinalne študije so pokazale, da so primanjkljaji v čustveni regulaciji ne le simptomi duševnih motenj, ampak najverjetneje tudi dejavniki tveganja in ohranjanja duševnih motenj, kot so depresija (Kassel idr., 2007), anksiozne motnje (Tull idr., 2007), mejna osebnostna motnja (Selby idr., 2015), motnje hranjenja (Hilbert in Tuschen - Caffier, 2007) in zasvojenost z alkoholom (Berking idr., 2011). Zaposleni v zdravstveni negi imajo čustveno zahteven poklic, saj se vsakodnevno soočajo s čustvi bolnikov, človeškim trpljenjem in boleznimi ljudi (Broom idr., 2015; Oflaz idr., 2010). Na vsakodnevni ravni so lahko priča intenzivnim čustvenim reakcijam pacientov, svojcev, celo kolegov in nadrejenih (Spector idr., 2014). Njihova lastna čustva pa so zelo pomembna pri vzpostavljanju odnosa s pacienti in lahko služijo kot koristen instrument v procesu okrevanja pacientov (Jalil idr., 2017). Težave v čustveni regulaciji sta konceptualizirala Gratz in Roemer (2004), kot neprilagojene načine odzivanja na čustva in pri zaposlenih v zdravstveni negi, povečujejo negativne posledice v povezavi z njihovim delom (Losa Iglesias idr., 2010; Manzano - García idr., 2012).

Blagostanje predstavlja eno izmed osnovnih sestavin duševnega zdravja in enega temeljnih konceptov pozitivne psihologije (Musek, 2015). Med avtorji ni soglasja o enotni definiciji blagostanja, a obstaja splošno strinjanje, da blagostanje vključuje vsaj prisotnost pozitivnih čustev in razpoloženja (npr. zadovoljstva, sreča), odsotnost negativnih čustev (npr. depresija, anksioznost), zadovoljstvo z življenjem, izpolnjenost in pozitivno delovanje. Preprosto povedano, lahko blagostanje opišemo kot pozitivno presojanje življenja in dobro počutje (CDC, 2022). Visoke delovne zahteve so povezane z izčrpanostjo in zmanjšanim zadovoljstvom pri delu zaposlenih v zdravstveni negi (Maben idr., 2012). Medosebne težave, ki so povezane z izčrpanostjo in izgorelostjo zaposlenih v zdravstveni negi in se kažejo v neučinkoviti komunikaciji in pomanjkanju sočutja, lahko vodijo v slabe odnose v timu in zmanjšanje kakovosti oskrbe pacientov (Espeland, 2006; Wallace in Lemaire, 2009), medtem ko je blagostanje pozitivno povezano s produktivnostjo in angažiranostjo na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi (Boorman, 2010). Prav zato spodbujanje blagostanja pri zaposlenih v zdravstveni negi omogoča boljše rezultate, ki se kažejo v povečani produktivnosti, večjem zadovoljstvu pacientov in nižjo stopnjo odsotnosti z dela (Boorman, 2010). Spodbujanje blagostanja pa bi tako potrebovalo ukrepanje na vseh nivojih; na nivoju posameznika, na nivoju organizacije – bolnišnice in na nivoju nacionalne vlade (Work And Wellbeing In The NHS: Why Staff Health Matters To Patient Care, 2015).

V naši raziskavi nas bodo zanimale korelacije in razlike v težavah v čustveni regulaciji, blagostanju in demografskih podatkih pri zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji. Naš cilj je, dobiti uvid v to, kako se merjene spremenljivke povezujejo oziroma razlikujejo med seboj in v razpravi razmisliti, kaj lahko to pomeni za zaposlene v zdravstveni negi.

Postavili smo naslednje hipoteze:

- *Hipoteza 1:* Zaposleni v zdravstveni negi, ki doživljajo večjo stopnjo blagostanja, imajo manj težav v čustveni regulaciji.
- *Hipoteza 2:* Zaposleni v zdravstveni negi z daljšo delovno dobo v zdravstveni negi, imajo manj težav v čustveni regulaciji in večje blagostanje.
- *Hipoteza 3:* Zaposleni v zdravstveni negi z večjo izobrazbo imajo manj težav v čustveni regulaciji in večje blagostanje.
- *Hipoteza 4:* Pri zaposlenih v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna razlika med spoloma v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja.
- *Hipoteza 5:* Pri zaposlenih v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna razlika med zakonskim stanom v doživljanju blagostanja in težavah v čustveni regulaciji.

2 Metode

2.1 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 231 udeležencev, ki so zaposleni v zdravstveni negi, kar smo preverjali z vprašanjem: »Ali ste zaposleni v zdravstveni negi?« 35 udeležencev je bilo moškega spola, 196 udeleženk pa ženskega spola. Dodatni demografski podatki so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki udeležencev

	Moški 35 (15,2 %) N (%)	Ženske 196 (84,8 %) N (%)	Skupaj 231 (100 %) N (%)
<i>Starost</i>			
Min.	23	21	21
Max.	50	60	60
Povprečje	33,6	35,9	35,5
Trajanje zaposlitve_v zdr. negi (v letih)			
Min.	0	0	0
Max.	28	40	40
Povprečje	10,1	12,5	12,2
<i>Izobrazba</i>			
Srednja strokovna izobrazba	19 (54,3)	78 (39,8)	97 (42,0)
Višja izobrazba	2 (5,7)	21 (10,7)	23 (10,0)
Dodiplomska izobrazba	13 (37,1)	78 (39,8)	91 (39,4)
Specializacija, magisterij, doktorat	1 (2,9)	19 (9,7)	20 (8,7)
<i>Zakonski stan</i>			
Samski	13 (37,1)	29 (14,8)	42 (18,2)
V partnerski zvezi	7 (20,0)	93 (47,4)	100 (43,3)
Poročen	15 (42,9)	67 (34,2)	82 (35,5)
Ločen	0 (0,0)	7 (3,6)	7 (3,0)
Ovdovel	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Opomba: N – numerus; Min. – najmanjša vrednost; Max.– največja vrednost; Povprečje – povprečna vrednost.

Kot je razvidno iz tabele 1 je bila povprečna starost vseh udeležencev 35,5 let. Moški so bili v povprečju zaposleni v zdravstveni negi 10,1 let, ženske pa 12,5 let. Največ, 97 (42 %), udeležencev je imelo srednjo strokovno izobrazbo, sledili so udeleženci z dodiplomsko izobrazbo, in sicer je teh bilo 91 (39,4 %). Velika večina udeležencev 182 (78,8 %) jih je bilo v partnerski zvezi ali poročenih, sledili so samski, ki jih je bilo 42 (18,2 %), ločenih je bilo v naši raziskavi 7 (3 %), medtem ko ovdovelih ni bilo.

2.2 Merski instrumenti

Poleg demografskih vprašanj smo v raziskavi uporabili naslednja merska instrumenta:

- Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS-18) (Victor in Klonsky, 2016). Sestavljena je iz šestih komponent, in sicer zavedanje, jasnost, cilji, impulz, nesprejemanje in strategije. Vsebuje 18 postavk, na katere udeleženci odgovarjajo na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 = skoraj nikoli, 5 = skoraj vedno), večje število doseženih točk na Krajši verziji lestvice težav pri regulaciji čustev pomeni večje težave pri regulaciji čustev (Victor in Klonsky, 2016).

- PERMA-Profilier (The PERMA-Profilier) (Butler in Kern, 2016). Sestoji iz devetih komponent, in sicer iz petih Seligmanovih ključnih področij psihološkega blagostanja; prijetna čustva, angažiranost, medosebni odnosi, smisel in dosežki ter dodatnih štirih; sreča, negativna čustva, fizično zdravje in osamljenost. S tem vprašalnikom smo merili blagostanje, za katerega je potrebno izračunati povprečje rezultatov komponent: prijetna čustva, angažiranost, medosebni odnosi, smisel, dosežki in sreča. Tako smo komponente: negativna čustva, fizično zdravje in osamljenost izločili. Komponente, ki smo jih uporabili, vsebujejo skupaj 16 postavk. Nanje udeleženci odgovarjajo na 11-stopenjski Likertovi lestvici. Višje povprečje rezultata uporabljenih komponent pomeni večje blagostanje.

2.3 Postopek

Na spletnem portalu za izdelavo spletnih anket lka smo izdelali spletni vprašalnik. Podatke smo zbirali z objavo povabila za sodelovanje v raziskavi, vključno s povezavo do spletnega vprašalnika, na slovenskih spletnih forumih, socialnih omrežjih in po metodi snežne kepe. Vsem udeležencem je bila zagotovljena anonimnost, izpolnjevanje vprašalnika pa je trajalo približno 6 minut. Podatke smo statistično obdelali v programu SPSS.

3 Rezultati

Pri analizi smo upoštevali celoten vzorec, torej vseh 231 udeležencev. Za ugotovitev statistično pomembnega odstopanja od normalne distribucije smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test. Izkazalo se je, da gre pri vseh spremenljivkah za statistično pomembno odstopanje od normalne distribucije in za monoton odnos med spremenljivkami. Tako smo za izračun korelacij med spremenljivkami uporabili Spearmanov korelacijski koeficient.

Hipoteza 1: Zaposleni v zdravstveni negi, ki doživljajo večjo stopnjo blagostanja, imajo manj težav v čustveni regulaciji.

Tabela 2: Korelacijski koeficient (Spearmanov rho) med težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem

	<i>Težave v č. r.</i>
Blagostanje	-,557**

Opombe: Težave v č. r. – Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18); blagostanje – Vprašalnik PERMA-Profilier.

** koeficient korelacije je statistično pomemben na 1 % nivoju tveganja.

Iz tabele 2 je razvidna statistično pomembna korelacija med težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem (na 1 % nivoju tveganja). Korelacija med težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem je negativna in visoka ($\rho = -,557$), kar pomeni, da večja stopnja blagostanja pri zaposlenih v zdravstveni negi pomeni manj težav v čustveni regulaciji in obratno. Hipoteza 1 se s tem potrdi.

Hipoteza 2: Zaposleni v zdravstveni negi z daljšo delovno dobo v zdravstveni negi, imajo manj težav v čustveni regulaciji in večje blagostanje.

Tabela 3: Korelacijski koeficient (Spearmanov rho) med trajanjem delovne dobe, težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem

	<i>Težave v č. r.</i>	<i>Blagostanje</i>
Trajanje delovne dobe	-,054	-,014

Opombe: Težave v č. r. – Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18); Blagostanje – Vprašalnik PERMA-Profilier.

Iz tabele 3 je razvidno, da obstaja negativna korelacija med trajanjem delovne dobe in težavami v čustveni regulaciji, kar pomeni, da daljša kot je delovna doba, manj imajo zaposleni težav v čustveni regulaciji, a je ta korelacija zanemarljiva ($\rho = -,054$). Prav tako je iz tabele 3 razvidno, da obstaja negativna korelacija med trajanjem delovne dobe in blagostanjem, kar pomeni, da daljša kot je delovna doba, manj zaposleni doživljajo blagostanja, a je tudi ta korelacija zanemarljive velikosti ($\rho = -,014$). Hipoteza 2 se s tem delno potrdi.

Hipoteza 3: Zaposleni v zdravstveni negi z večjo izobrazbo imajo manj težav v čustveni regulaciji in večje blagostanje.

Tabela 4: Korelacijski koeficient (Spearmanov ρ) med izobrazbo, težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem

	<i>Težave v č. r.</i>	<i>Blagostanje</i>
Izobrazba	-,133*	-,093

Opombe: težave v č. r. – Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18); blagostanje – Vprašalnik PERMA-Profiler.

* koeficient korelacije je statistično pomemben na 5 % nivoju tveganja.

Iz tabele 4 je razvidno, da obstaja negativna korelacija med izobrazbo in težavami v čustveni regulaciji, kar pomeni, da večja kot je izobrazba, manj težav imajo zaposleni v zdravstveni negi v čustveni regulaciji. Korelacija je nizka ($\rho = -,133$) in statistično pomembna na 5 % nivoju tveganja. Prav tako je iz tabele 4 razvidno, da obstaja negativna korelacija med izobrazbo in blagostanjem, kar pomeni, da zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo, doživljajo nižjo stopnjo blagostanja, a je korelacija zanemarljive velikosti ($\rho = -,093$). Hipoteza 3 se s tem delno potrdi.

Hipoteza 4: Pri zaposlenih v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna razlika med spoloma v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja.

Tabela 5: Testiranje razlik v težavah v čustveni regulaciji in blagostanjem glede na spol

	<i>Moški</i>			<i>Ženske</i>			<i>Statistična analiza</i>	
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Težave v č. r.	35	32,7	9,1	196	34,3	9,7	0,929	0,354
Blagostanje	35	9,0	1,3	196	8,6	1,5	-1,675	0,095

Opombe: N – numerus; M – aritmetična sredina; SD – standardni odklon; težave v č. r. – Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18); Blagostanje – Vprašalnik PERMA-Profiler; t – t- test; p – statistična pomembnost.

Iz tabele 5 je razvidno, da so v povprečju moški v primerjavi z ženskami dosegli manj točk na lestvici težav v regulaciji čustev, kar pomeni, da imajo moški, ki so zaposleni v zdravstveni negi, manjše težave v regulaciji čustev, a razlika med spoloma ni statistično pomembna. Prav tako je iz tabele 5 razvidno, da so v povprečju moški dosegli več točk na vprašalniku za merjenje blagostanja kot ženske, a razlika med spoloma ni statistično pomembna. Hipoteza 4 je s tem zavrnjena.

Hipoteza 5: Pri zaposlenih v zdravstveni negi obstaja statistično pomembna razlika med zakonskim stanom v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja

Tabela 6: Deskriptivna statistika za merjene instrumente na podlagi zakonskega stana

	Samski			V par. zvezi			Poročen			Ločen		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
Težave v č. r.	42	34,7	9,1	100	34,8	10,70	82	32,6	7,8	7	36,1	14,6
Blagostanje	42	8,1	1,5	100	8,7	1,5	82	9,0	1,2	7	7,6	2,8

Opombe: N – numerus; M – aritmetična sredina; SD – standardni odklon; težave v č. r. – Krajša verzija lestvice težav v regulaciji čustev (DERS-18); blagostanje – Vprašalnik PERMA-Profil; V par. zvezi – v partnerski zvezi.

Za preverjanje razlik v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja med skupinami glede na zakonski stan, smo uporabili Kruskal - Wallisov test, saj smo imeli podatke, ki so odstopali od normalne distribucije. Izkazalo se je, da ni statistično pomembnih razlik med težavami v čustveni regulaciji in zakonskim stanom udeležencev ($p = 0,793$), medtem ko obstajajo statistično pomembne razlike med doživljanjem blagostanja in zakonskim stanom ($p = 0,008$). Da smo izvedeli, kateri pari skupin se razlikujejo med seboj, smo nato uporabili Mann-Whitneyjev test.

Tabela 7: Testiranje razlik v doživljanju blagostanja med skupinami glede na zakonski stan

Zakonski stan	Blagostanje	
	Statistična analiza	
	Mann-Whitney U	p
Samski: v par. zvezi	1597,0	0,025**
Samski: poročeni	1092,0	0,001**
Samski: ločeni	136,0	0,753
V par. zvezi: poročeni	3656,0	0,209
V par. zvezi: ločeni	258,5	0,249
Poročeni: ločeni	185,5	0,122

Opombe: BLAGOSTANJE – Vprašalnik PERMA-Profil; V par. zvezi – v partnerski zvezi; p – statistična pomembnost;

** - razlika med skupinama je statistično pomembna na nivoju 1% tveganja ($p < 0,01$).

Iz tabele 7 je razvidno, da so poročeni v povprečju dosegli najmanj točk na lestvici težav v regulaciji čustev, kar pomeni, da imajo najmanj težav v regulaciji čustev, sledijo samski, nato tisti v partnerski zvezi, medtem ko imajo ločeni največ težav v regulaciji čustev. Iz tabel 8 je razvidno, da se je izkazala statistično pomembna razlika na nivoju 1 % tveganja v doživljanju blagostanja med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki so samski in v partnerski zvezi, in sicer tisti v partnerski zvezi doživljajo več blagostanja. Med zaposlenimi v zdravstveni negi, ki so samski in poročeni prav tako obstaja statistično pomembna razlika na nivoju 1 % v doživljanju blagostanja, in sicer poročeni doživljajo več blagostanja kot samski. Ostalih statistično pomembnih razlik v doživljanju blagostanja med merjenimi skupinami glede na zakonski stan ni. A je iz tabele 7 razvidno, da največ blagostanja doživljajo poročeni, sledijo tisti v partnerski zvezi, nato samski, najmanj blagostanja pa doživljajo ločeni. Hipoteza 5 je s tem delno potrjena.

4 Razprava

S preverjanjem hipoteze 1 se je potrdilo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi, ki doživljajo večjo stopnjo blagostanja, manj težav v regulaciji čustev in obratno, pri čemer se je izkazala statistično pomembna korelacija. Rezultati so bili pričakovani, saj se je negativna korelacija med težavami v čustveni regulaciji in blagostanjem izkazala že v predhodnih raziskavah (Kraiss idr., 2020; Shruti in Harshmeet, 2017). Do podobnih rezultatov pa so prišli tudi v raziskavi

avtorjev Donoso idr. (2015), kjer so ugotovili, da medicinske sestre z večjo sposobnostjo čustvene regulacije, doživljajo tudi večje blagostanje.

S preverjanjem hipoteze 2 se je izkazalo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi z daljšo delovno dobo v zdravstveni negi, manj težav v čustveni regulaciji, ampak ne tudi večjega blagostanja, vendar gre v obeh primerih za zanemarljivo velikost korelacij. Zato lahko sklenemo, da trajanje delovne dobe ne igra pomembne vloge v težavah v čustveni regulaciji in blagostanju. Zanimivo pa bi bilo videti, če bi se to izkazalo tudi v nadaljnjih raziskavah.

S preverjanjem hipoteze 3 se je izkazalo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo manj težav v regulaciji čustev, pri čemer gre za statistično pomembno korelacijo. Tudi predhodne raziskave so pokazale podobno, in sicer so posamezniki z daljšo dobo izobraževanja oziroma z boljšim akademskim uspehom kazali manj težav v čustveni regulaciji (Mitsopoulou, 2013; Singh in Singh, 2013). Najbrž se z izobrazbo posameznika širi tudi njegov spekter izkušenj in razumevanja, kar se morda povezuje tudi z lažjim soočanjem z notranjim čustvenim svetom (Keyes idr., 2002).

V naši raziskavi se je izkazalo tudi, da zaposleni v zdravstveni negi z nižjo izobrazbo doživljajo več blagostanja a gre za zanemarljivo velikost korelacije. V raziskavi avtorjev Keyes, Shmotkin in Ryff (2002), se je izkazalo obratno, in sicer naj bi večja izobrazba pomenila tudi večjo raven blagostanja. Zanimivo pa se je v raziskavi avtorice Kristoffersen (2018) izkazalo, da bolj izobraženi ljudje potrebujejo boljše okoliščine, da dosega enako stopnjo blagostanja. To lahko povežemo tudi z izsledki naše raziskave. Sicer se v njej kaže zanemarljiva velikost korelacije, a vseeno lahko pomislimo, da se je ta trend nakazal zaradi morebitnih slabih okoliščin na delovnem mestu zaposlenih v zdravstveni negi.

S preverjanjem hipoteze 4, se je izkazalo, da pri zaposlenih v zdravstveni negi ni statistično pomembne razlike med spoloma v težavah v čustveni regulaciji in doživljanju blagostanja. Tako lahko zaključimo, da spol ni pomembno povezan z merjenimi spremenljivkami, medtem, ko se je s preverjanjem hipoteze 5 izkazalo, da ima zakonski stan večjo vlogo. Obstaja namreč statistično pomembna razlika v doživljanju blagostanja, in sicer tisti v partnerski zvezi in poročeni doživljajo statistično pomembno večjo stopnjo blagostanja kot samski. Glede na prejšnje raziskave, kjer se je izkazalo enako (Pérez - Belmonte, 2021), rezultati niso presenetljivi, vsekakor pa so zanimivi in potrjujejo dejstvo, da smo ljudje bitja odnosov. Ločeni v povprečju dosega največ težav v čustveni regulaciji in najnižjo stopnjo blagostanja, a se niso izkazale statistično pomembne razlike glede na ostale skupine, kar pripisujemo majhnemu numerusu v skupini ločenih, v primerjavi z numerusom v ostalih skupinah glede na zakonski stan.

Z našo raziskavo se je potrdilo, da manj težav v čustveni regulaciji pri zaposlenih v zdravstveni negi pomeni večjo stopnjo doživljanja blagostanja in obratno. Izkazalo se je tudi, da boljša izobrazba pomeni manj težav v čustveni regulaciji, partnerski odnosi pa so pomembno povezani z manjšimi težavami v čustveni regulaciji in večjim doživljanjem blagostanja. Tako lahko predlagamo, da se za manjšanje težav v čustveni regulaciji in večanje blagostanja zaposlenim v zdravstveni negi nudijo edukativne delavnice s profesionalnega področja in skupinska psihoterapija, ki bi naslavljal njihove vsakodnevne izzive in čustva, ki jih ob njih doživljajo.

Vključenost zaposlenih v zdravstveni negi v takšne oblike delavnic in psihoterapevtskih skupin, lahko služi tudi kot predlog za nadaljnje raziskave. Kot omejitve raziskave moramo omeniti relativno nizek numerus udeležencev, nesorazmeren delež udeležencev glede na spol in dejstvo, da je bila raziskava narejena v Sloveniji, kar lahko pomeni tudi, da bi na drugih kulturoloških tleh, morda prišlo do drugačnih rezultatov.

LITERATURA

1. Berking, M. idr. (2011). Deficits in Emotion-Regulation Skills Predict Alcohol Use during and after Cognitive-Behavioral Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307–318.
2. Berking, M. in Brian W. (2014). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*. New York: Springer.
3. Boorman, S. (2010). Health and Well-Being of the NHS Workforce. *Journal of Public Mental Health*, 9(1), 4–7.
4. Broom, A. idr. (2015). Negotiating Futility, Managing Emotions: Nursing the Transition to Palliative Care. *Qualitative Health Research*, 25, 299–309.
5. Butler, J. in Kern, M. (2016). The PERMA-Profil: A Brief Multidimensional Measure of Flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1–48.
6. CDC. Center for Disease Control and Prevention. Well-Being Concepts. Pridobljeno s [http: https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm](http://https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm).
7. Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Garrosa Hernández, E. idr. (2015). Positive Benefits of Caring on Nurses' Motivation and Well-Being: A Diary Study about the Role of Emotional Regulation Abilities at Work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804–816.
8. Espeland, K. E. (2006). Overcoming Burnout: How to Revitalize Your Career. *J Contin Educ Nurs*, 37(4), 178–184.
9. Gratz, K. L. in Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
10. Hilbert, A. in Tuschen - Caffier, B. (2007). Maintenance of Binge Eating through Negative Mood: A Naturalistic Comparison of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 521–530.
11. Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J. idr. (2017). Mental Health Nurses' Emotions, Exposure to Patient Aggression, Attitudes to and Use of Coercive Measures: Cross Sectional Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* 75, 130–138.
12. Kassel, J. D., Bornovalova, M. in Mehta, N. (2007). Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation Predict Change in Anxiety and Depression among College Students. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 939–950.
13. Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. in Ryff, C. D. (2002). Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022.
14. Kraiss, J. T., ten Klooster, P. M., Moskowitz, J. T. idr. (2020). The Relationship Between Emotion Regulation and Well-Being in Patients With Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152–189.
15. Kristoffersen, I. (2018). Great Expectations: Education and Subjective Wellbeing. *Journal of Economic Psychology*, 66, 64–78.
16. Losa Iglesias, M. E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. in Salvadores Fuentes, P. (2010). The Relationship between Experiential Avoidance and Burnout Syndrome in Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 30–37.
17. Maben, J., Peccei, R., Adams, M. idr. (2012). Exploring the Relationship Between Patients' Experiences of Care and the Influence of Staff Motivation, Affect and Wellbeing. Executive Summary. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme. Pridobljeno s <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2008618>.
18. Manzano - García, G., Calvo, A. in Carlos, J. (2012). Emotional Exhaustion of Nursing Staff: Influence of Emotional Annoyance and Resilience. *International Nursing Review*, 59, 101–107.
19. Mitsopoulou, E., Kafetsios, K., Karademas, E. idr. (2013). The Greek Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Testing the Factor Structure, Reliability and Validity in an Adult Community Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 123–131.
20. Musek, J. (2015). *Osebnost, vrednote in psihično blagostanje*. Ljubljana: Znanstvena založba. Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

21. Oflaz, F., Arslan, F., Uzun, S. idr. (2010). A Survey of Emotional Difficulties of Nurses Who Care for Oncology Patients. *Psychological Reports*, 106, 119–130.
22. Pérez - Belmonte, S., Galiana, L., Fernández, I. idr. (2021). The Personal Wellbeing Index in Spanish Palliative Care Professionals: A Cross-Sectional Study of Wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 11(12), 672–792.
23. Selby, E. A., Fehling, K. B., Panza, E. A. idr. (2015). Rumination, Mindfulness, and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Mindfulness*, 7(1), 228–235.
24. Shruti, S. in Harshmeet, K. (2017). Subjective Wellbeing and Difficulties with Emotion Regulation among Adolescents. *Journal of Psychosocial Research*, 12(1), 217–222.
25. Singh, P. in Singh, N. (2013). Difficulties in Emotion Regulation: A Barrier to Academic Motivation and Performance. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 39(2), 289–297.
26. Spector, P. E., Zhou, Z. E. in Che, X. X. (2014). Nurse Exposure to Physical and Nonphysical Violence, Bullying, and Sexual Harassment: A Quantitative Review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72–84.
27. Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.
28. Tull, M. T., Barrett, M. H., Elaine, S. idr. (2007). A Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303–313.
29. Victor, S. in Klonsky, D. (2016). Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-18) in Five Samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8 (4), 582–589.
30. Wallace, J. E. in Lemaire, J. (2009). Physician Well Being and Quality of Patient Care: an Exploratory Study of the Missing Link. *Psychol Health Med*, 14(5), 545–552.
31. *Work And Wellbeing In The NHS: Why Staff Health Matters To Patient Care* (2015). London: Royal College of Physicians.

Self-care as Outcome Dyad Patient/Caregiver

UDC 616-085-052+649-051

KEYWORDS: self-care, caregiver, chronic condition, dyad

ABSTRACT – To collect uniform nursing information, it is necessary to identify a standardized set of data that can 'intercept' the essential elements of clinical nursing practice across settings and patient groups. Healthcare in patients with chronic and acute diseases is focused on prevention and control exacerbation. And so, in this context, it is more important to recognize the patient's self-care and to improve nursing care. The scope of this study is to describe the patient's self-care affected by different chronic and acute diseases and caregiver contribution to self-care, to examine how the patient's self-care influences the quality of life, to investigate the relationship between the self-care of patients and caregiver contribution. Patients admitted to Saint Francis Hospital, aged ≥ 65 years, with one or more chronic diseases such as hypertension, diabetes, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and at least one other condition were included. Patient's self-care and caregiver contribution to self-care will be measured with the Self-Care of Chronic Illness Index (SCCII) and the Caregiver Contribution to Self-Care of Chronic Illness Index (CC -SCCII).

UDK 616-085-052+649-051

KLJUČNE BESEDE: samooskrba, negovalec, kronično stanje, diada

POVZETEK – Za zbiranje enotnih informacij o zdravstveni negi je treba določiti standardiziran nabor podatkov, ki lahko 'izpostavijo' bistvene elemente klinične prakse zdravstvene nege v različnih okoljih in skupinah bolnikov. Zdravstvena nega bolnikov s kroničnimi in akutnimi boleznimi je usmerjena v preprečevanje in obvladovanje poslabšanj. In zato je v tem kontekstu zelo pomembno prepoznati pacientovo samooskrbo in izboljšati zdravstveno nego. Namen te študije je opisati bolnikovo samooskrbo, ki jo prizadenejo različne kronične in akutne bolezni, in prispevek negovalca k samooskrbi, preučiti, kako pacientova samooskrba vpliva na kakovost življenja, raziskati razmerje med samooskrbo in prispevek bolnikov in negovalcev. Vključeni so bili bolniki, sprejeti v bolnišnico Saint Francis, stari ≥ 65 let, z eno ali več kroničnimi boleznimi, kot so: hipertenzija, sladkorna bolezen, kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) in vsaj eno drugo kronično stanje. Samooskrbo pacienta in prispevek negovalca k samooskrbi smo merili z indeksom samooskrbe kronične bolezni (SCCII) in indeksom prispevka negovalca k samooskrbi kronične bolezni (CC -SCCII).

1 Development of Nursing Minimum Data Set

Nurses represent the majority of healthcare workers, providing up to 80% of the care that is provided by most of the world's health services (Wilson et al., 2012). They represent the "glue" that holds the Health Service together (Thomas, 1983) and they are an essential part of any health organization, whose ultimate goal is represented by the quality of care and the patient's safety (Nurse, 2016). This is the reason why the quality of health care cannot be adequately determined if the effectiveness of nursing care in achieving patient outcomes is not evaluated first (Maas and Delaney, 2004). A large part of the working time, equal to 19.7%, is used by nurses to document the assistance provided (Korst, 2003), nevertheless, the nursing practice is poorly represented in medical records, both paper and electronic (Westra et al., 2015), as nursing data are often incomplete and recorded without the use of standardized terminology (Maas and Delaney, 2004; D'Agostino, 2012; Wang, 2015), which is why at the international level, in the register of care, the latter are "invisible" (Manias and Street, 2001). The above

makes it impossible to analyze the impact that nursing has on healthcare processes and outcomes (Welton and Dismuke, 2008). Considering that much of healthcare is delivered by nurses, it is critical for nursing science to be the primary proponent of implementing a standardized language that reflects nursing work and allows for the measurement and evaluation of outcomes (Delaney et al., 1992). To collect uniform nursing information, it is necessary to identify a standardized set of data that can “intercept” the essential elements of clinical nursing practice across settings and patient groups (Spigolon and Moro, 2012). The “Nursing Minimum Data Set” (NMDS), or set of nursing minimum data, is defined as: “a minimum set of information with uniform definitions and categories regarding the specific dimension of nursing care that meets the information needs of multiple nursing data. users in the health system” (Werley, 1991). It includes specific information that is regularly used by most nurses in any context of care delivery. It is a tool designed for the collection of uniform, standard, comparable, and minimal nursing data for use in various types of settings and patient groups (Werley, 1991). To date, the existing databases used to measure quality and determine health policy do not have data on patient responses and the lack of health care (Delaney and Moorhead, 1995).

2 Methods

Patients admitted to Saint Francis Hospital in Foggia (Italy), with an age ≥ 65 years, with one or more chronic diseases such as:

- Hypertension;
- Diabetes Mellitus (DM);
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease; (COPD)
- At least one other condition.

The caregiver's criteria of inclusion are:

- ≥ 18 years and older;
- patient identify one caregiver as the principal informal care, inside or outside the family;
- ability to provide consent for this study.

Patient self-care and caregiver contribution to self-care will be measured with the Self-Care of Chronic Illness Index (SCCII) (Riegel et al., 2018) and the Caregiver Contribution to Self-Care of Chronic Illness Index (CC-SCCII) (Vellone et al., 2020).

The SCCII assesses the process of self-care used by individuals with a variety of chronic conditions and consists of three scales according to the Middle Range Theory of Self-Care of Chronic Illness (Riegel et al., 2012): self-care maintenance, monitoring, and management. Inside of this, Self-Care Self-Efficacy (SCSE) scale is included because is a factor that influences self-care (De Maria et al., 2021).

Self-Care Maintenance describes how people affected by chronic illness improve health and maintain physical and emotional stability and explains the usefulness of the behavior. Self-Care Monitoring includes normal human behavior such as recognizing the variation of signs and symptoms. The last one, Self-Care Management investigates the need for interventions on changes in signs and symptoms (Riegel et al., 2012).

The CC - SCCII scale explores the extent to which informal caregivers recommend patients to perform self-care; a later version adapted the items to reflect caregiver self-efficacy in contributing to patient self-care. These two instruments have a score from 0 to 100 (Johnson and Maas, 1998).

3 Results

A total of 35 dyad patients/caregivers were included in the study.

In the group of patients, the average age is 78.37 years, of whom 19 (54%) are females and 16 (46%) are males. Regarding marital status 2 patients (6%) had never been married, 3 (9%) were divorced, 11 (31%) were widowed and 19 (54%) were married. Concerning living conditions, 8 patients (23%) lived alone, while 27 (77%) lived with others.

In the group of patients, the average age is 56.47 years, of whom 26 (74%) are females and 9 (26%) are males. Regarding marital status 6 patients (17%) had never been married, 3 (9%) were widowed and 26 (74%) were married. There were no divorced patients. Relative to the degree of relationship 7 caregivers (20%) were spouse/partner, 21 (60%) child/grandchild, and 7 (20%) sister/brother/friend. Also, 40% of the caregivers live with the patient for whom they are responsible and 60% do not (Tab.1).

Table 1: Population analysis

		Patients	Caregiver
Total n		35	35
Mean age		78,37	56,47
Sex n (%)	Females	19 (54)	26 (74)
	Males	26 (74)	9 (26)
Marital status n (%)	Never married	2 (6)	6 (17)
	Divorced	3 (9)	-
	Widowed	11 (31)	3 (9)
	Married	19 (54)	26 (74)
Living condition n (%)	Alone	8 (23)	-
	With others	27 (77)	-
Relationship with patients n (%)	Spouse/Partner	-	7 (20)
	Child/Grandchild	-	21 (60)
	Sister/brother/friend	-	7 (20)
Living with patients n (%)	Yes	-	14 (40)
	no	-	21 (60)

On average, patients were approximately 22 years older than their caregivers. They reported primarily hypertension (91.42%), Heart Failure (48.57%), Diabetes Mellitus (42.85%), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (20%). The most frequent associations between chronic conditions were hypertension and heart failure (54.28%), Hypertension-HF with DM (20%), hypertension and DM (14.28%).

3.1 Self-care of the patient and the caregiver's contribution to self-care

In SCCII Maintenance the lowest score is given by the question "Eat a special diet?" with 1.85 out of a maximum of 5. The highest score is given by the question "Do you avoid tobacco smoke?" with 4.6. Most patients did not smoke and so they avoid it.

The total score is 69.77 out of 100.

In SCCII Monitoring the lowest score is given by the question of art. "How quickly did you recognize it as a symptom of your illness?" with 1.34 out of 5. The highest score is given by number 9 "Monitor your condition" with 4.31. The total score is 54.74.

In SCCII Management, the lowest score was 1.6 at the question “Did the treatment you used make you feel better?”. The highest score was 4.17 at the question “Tell your healthcare provider about the symptom at the next office visit?”. Total score is 50.54.

In the CC-SCCII Maintenance the score goes between three and four. The highest and most significant value is at the second point “Try to avoid getting sick (e.g., flu shot, wash your hands)” with 4,31 out of 5 and at the sixth point with 4,54 “Take prescribed medicines without missing a dose”.

In CC-SCCII Monitoring one of the lowest scores is given by the question of art. 14 “How quickly did you recognize them as symptoms of the illness he/she suffers from” with 2,35 out of 5. This lowest score is near the same of SCCII Monitoring in the art.14. The highest score is given by number 10 “Monitor for medication side-effects of the person you care for?” (4,22). In the CC-SCCII Management all values are higher than the SCCII Management (Tab.2).

Table 2: SCCII, CC-SCCII and SC SELF-EFFICACY SCALE Analysis

<i>SCCII Maintenace</i>	<i>Mean</i>	<i>CC-SCCII Maintenance</i>	<i>Mean</i>
Make sure to get enough sleep?	3.62	Make sure to get enough sleep	3.74
Try to avoid getting sick (e.g., flu shot, wash your hands)?	4.51	Try to avoid getting sick (e.g., flu shot, wash your hands)	4.31
Do physical activity (e.g., take a brisk walk, use the stairs)?	3.74	Do physical activity (e.g., take a brisk walk, use the stairs)	3.45
Eat a special diet?	1.85	Eat a special diet	3.85
See your healthcare provider for routine health care?	3.85	See your healthcare provider for routine healthcare	3.74
Take prescribed medicines without missing a dose?	4.31	Take prescribed medicines without missing a dose	4.54
Do something to relieve stress (e.g., medication, yoga, music)?	3.48	Do something to relieve stress (e.g., medication, yoga, music)	3.31
Do you avoid tobacco smoke?	4.6	Avoid tobacco smoke	3.17
<i>Total Score</i>	<i>69.77</i>	<i>Total Score</i>	<i>68.17</i>
<i>SCCII Monitoring</i>	<i>Mean</i>	<i>CC-SCCII Monitoring</i>	<i>Mean</i>
Monitor your condition	4.31	Monitor the conditions of the person you care for?	3.97
Monitor for medication side-effects?	2.25	Monitor for medication side-effects of the person you care for?	4.22
Pay attention to changes in how you feel?	3.77	Pay attention to changes in how the person you care for feels?	2.25
Monitor whether you tire more than usual doing normal activities?	4.08	Monitor whether the person you care for tires more than usual doing normal activities?	4.05
Monitor for symptoms?	3.82	Monitor for symptoms of the person you care for?	3.94
How quickly did you recognize it as a symptom of your illness?	1.34	How quickly did you recognize them as symptoms of the illness he/she suffers from?	2.35
<i>Total Score</i>	<i>54.74</i>	<i>Total Score</i>	<i>55.42</i>
<i>SCCII Management</i>	<i>Mean</i>	<i>CC-SCCII Management</i>	<i>Mean</i>
Change what you eat or drink to make the symptom decrease or go away?	2,22	Change what he/she eats or drinks to make the symptom decrease or go away?	3.05
Change your activity level (e.g. slow down, rest)?	3,65	Change the activity level (e.g. slow down, rest)?	4.11

Take a medicine to make the symptom decrease or go away?	2.37	Take a medicine to make the symptom decrease or go away?	2.65
Tell your healthcare provider about the symptom at the next office visit?	4.17	Tell the healthcare provider about the symptom at the next office visit?	4.45
Call your healthcare provider for guidance?	3.57	Call the healthcare provider for guidance?	4.51
Did the treatment you used make you feel better?	1.6	Did the treatment you used make feel the person you care for better?	2.51
<i>Total Score</i>	50.54	<i>Total Score</i>	64.57

<i>SC Self-Efficacy Scale</i>	<i>Mean</i>
Keep yourself stable and free of symptoms?	4.25
Follow the treatment plan you have been given?	4.4
Persist in following the treatment plan even when difficult?	4.25
Monitor your condition routinely?	4.22
Persist in routinely monitoring your condition even when difficult?	4
Recognize changes in your health if they occur?	2.91
Evaluate the importance of your symptoms?	3.31
Do something to relieve your symptoms?	3.25
Persist in finding a remedy for your symptoms even when difficult?	3.08
Evaluate how well a remedy works?	2.62
<i>Total Score</i>	66.2

4 Discussion

There are few studies in the literature that have analyzed the type of dyadic care in chronic diseases. This study aims to improve knowledge about nursing care of the elderly and the patient/caregiver dyad with chronic diseases. This will enrich the understanding on how dyads promote self-care. Different factors influence dyadic care patterns, among them we find: gender, age, living environment, educational level, patients' comorbidities, and caregivers' occupation (De Maria et al., 2019).

The most common type of dyadic care in this study is collaborative care, so the management of patients with MCC requires more of their involvement and that of caregivers. These findings support previous studies conducted on both MCC (De Maria et al., 2019) and HF (Buck, 2019) dyads. In this study, it is important to note the scores of caregivers in the contribution of self-care in both the collaborative and caregiver-oriented dyads which are similar and this could mean that in both types of care, the caregiver takes a major role in the contribution, and this is in agreement with previous studies on MCC (De Maria et al., 2019) and HF (Buck, 2015; Durante, 2019). In the patient-oriented type of care, the overall scores in self-care are fair, and this could mean that patients have empowered themselves from some point of view but in practice, there are some gaps, due to age, educational level, and gender, although the self-efficacy score is high. In the incongruent type of care, the disagreement between patient/caregiver could be given by a poor relationship between the patient and caregiver, this

supports the hypothesis of a previous study (De Maria et al., 2021; Buck et al., 2019; De Maria et al., 2019; Johnson and Maas, 1998; Tough, 2017). In any case, this hypothesis needs to be further investigated in other studies (De Maria et al., 2019). Most types of dyadic care in this study were found to be congruent (91%). Given the results of this study, healthcare providers in the work setting should identify the dyadic care type to determine the most appropriate interventions to be made for better disease management. Incongruent dyads should be identified because ineffective self-care and disease management could have consequences on outcomes in this case (De Maria et al., 2019).

5 Conclusion

Currently, existing databases used to measure quality and determine health policy lack data on patient responses and care. Healthcare providers have recognized that this lack of outcomes is the result of the inability to identify valid, reliable, and useful data and subsequent implementation of a Nursing Minimum Data Set (NMDS) (Delaney and Moorhead, 1995). Healthcare providers and missed care impact the patient regarding safety, quality of care, and outcomes (Magon and Milani, 2015).

Outcomes offer a number of benefits for nursing practice in clinical, educational, and research settings. The first of these is unifying a language for communicating the impact of nursing interventions by producing standardized patient outcomes (Johnson and Maas, 1998). Outcome measures serve precisely to highlight the nursing contribution (Doran, 2003) and understand the relationship that exists between patients and nurses. This study aims to reinforce knowledge about nursing care of the elderly and in the dyad caregiver and patients with chronic diseases and it will enrich the understanding of how dyads promote self-care. This study gives evidence of reliability and validity to these instruments: SC-CII; CC-SCCII; SC-SES. Thanks to them, the treatment of chronic illness involves not only the patient but also the caregiver. Healthcare professionals will implement suitable assistance interventions in the patient affected by MCC aimed at improving the quality of life and influencing the care pathway. Previous studies have reported that when the relationship between the caregiver and care recipient is strong, self-care is also strong (Retrum, 2013).

Collaboration with other professionals in evaluating outcomes and formulating nursing care will strengthen the experience and clinic practice among professionals in healthcare.

LITERATURE

1. Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R. et al. (2015). Caregivers' Contributions To Heart Failure Self-Care: a Systematic Review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(1), 79–89. <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>
2. Buck, H. G., Hupcey, J., Juárez - Vela, R. et al. (2019). Heart Failure Care Dyadic Typology: Initial Conceptualization, Advances in Thinking, and Future Directions of a Clinically Relevant Classification System. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(2), 159–165. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000548>
3. D'Agostino, F., Vellone, E., Tontini, F. et al. (2012). Development of a Computerized System Using Standard Nursing Language for Creation of a Nursing Minimum Data Set. *Professioni Infermieristiche*, 65(2), 103–109.
4. De Maria, M. et al. (2021). Characteristics of Dyadic Care Types Among Patients Living With Multiple Chronic Conditions and Their Informal Caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4768–4781. <https://doi.org/10.1111/jan.15033>

5. De Maria, M. et al. (2019). Self-Care of Patient and Caregiver Dyads in Multiple Chronic Conditions: A Longitudinal Study (SODALITY) Protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 75(2), 461–471. <https://doi.org/10.1111/jan.13834>
6. Delaney, C. and Moorhead, S. (1995). The Nursing Minimum Data Set, Standardized Language, and Health Care Quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(1), 16–30.
7. Delaney, C. et al. (1992). Standardized Nursing Language for Healthcare Information Systems. *Journal of Medical Systems*, 16(4), 145–159. <https://doi.org/10.1007/BF00999377>
8. Doran, D. (2003). *Nursing Sensitive Outcomes State of the Science*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
9. Durante, A., Paturzo, M., Mottola, A. et al. (2019). Caregiver Contribution to Self-care in Patients With Heart Failure: A Qualitative Descriptive Study. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(2), E28–E35. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000560>
10. Johnson, M. and Maas, M. (1998). The Nursing Outcomes Classification. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(5), 9–87. <https://doi.org/10.1097/00001786-199806000-00005>
11. Korst, L. M., Eusebio - Angeja, A. C., Chamorro, T. et al. (2003). Nursing Documentation Time During Implementation of an Electronic Medical Record. *The Journal of Nursing Administration*, 33(1), 24–30. <https://doi.org/10.1097/00005110-200301000-00006>
12. Maas, M. L. and Delaney, C. (2004). Nursing Process Outcome Linkage Research: Issues, Current Status, and Health Policy Implications. *Medical care*, 42(2), II40–II48. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109291.44014.cb>
13. Magon, G. and Milani, A. (2015). Nursing Minimum Data Set e Cure Infermieristiche Oncologiche. In A. Palese e A. Qualizza. *Outcome infermieristici: Documentare e fare ricerca. Gli esiti delle cure infermieristiche in oncologia* (p. 34). Sant’Arcangelo in Romagna: Maggioli Editore.
14. Manias, E. and Street, A. (2001). The Interplay of Knowledge and Decision Making Between Nurses and Doctors in Critical Care. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 129–140. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00055-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00055-9)
15. Nurse, N. (2016). Charting Nursing’s Future. *Am J Nurs.*, 116(9), 61Y62.
16. Retrum, J. H., Nowels, C. T and Bekelman, D. B. (2013). Patient and Caregiver Congruence: the Importance of Dyads in Heart Failure Care. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(2), 129–136. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182435f27>
17. Riegel, B., Barbaranelli, C., Sethares, K. A. et al. (2018). Development and Initial Testing of the Self-Care of Chronic Illness Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2465–2476. <https://doi.org/10.1111/jan.13775>
18. Riegel, B., Jaarsma, T. and Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *ANS. Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097 /ANS .0b013e318261b1ba>
19. Spigolon, D. N. and Moro, C. M. (2012). *Nursing Minimum Data Set Based on EHR Archetypes Approach*. Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics
20. Thomas, L. (1983). *La scienza più giovane: Appunti di una medicina osservatore*. New York: Viking Press.
21. Tough, H., Brinkhof, M. W., Siegrist, J. et al. (2017). Subjective Caregiver Burden and Caregiver Satisfaction: The Role of Partner Relationship Quality and Reciprocity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(10), 2042–2051. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.02.009>
22. Vellone, E., Lorini, S., Ausili, D. et al. (2020). Psychometric Characteristics of the Caregiver Contribution to Self-Care of Chronic Illness Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2434–2445. <https://doi.org/10.1111/jan.14448>
23. Wang, N., Yu, P. and Hailey, D. (2015). The Quality of Paper-Based Versus Electronic Nursing Care Plan in Australian Aged Care Homes: A Documentation Audit Study. *International Journal of Medical Informatics*, 84(8), 561–569. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.04.004>
24. Welton, J. M. and Dismuke, C. E. (2008). Testing an Inpatient Nursing Intensity Billing Model. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9(2), 103–111.
25. Werley, H. H., Devine, E. C., Zorn, C. R. et al. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool For Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*, 81(4), 421–426. <https://doi.org/10.2105/ajph.81.4.421>

26. Westra, B. L., Latimer, G. E., Matney, S. A. et al.(2015). A National Action Plan for Sharable and Comparable Nursing Data to Support Practice and Translational Research for Transforming Health Care. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 22(3), 600–607. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocu011>
27. Wilson, A., Whitaker, N. and Whitford, D. (2012). Rising to the Challenge of Health Care Reform With Entrepreneurial and Intrapreneurial Nursing Initiatives. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 5.

Kazalci duševnega zdravja na delovnem mestu pri zdravstvenih delavcih

UDK 616.89:614.253:331.4

KLJUČNE BESEDE: duševno zdravje, zdravstveni delavci, značilnosti delovnega mesta

POVZETEK – Duševno zdravje je poleg telesnega zdravja nujno za uspešno delovanje posameznika kot tudi družbe kot celote. Opredeljujemo ga kot človekovo notranje psihično stanje, ki se odraža v človekovih odnosih z drugimi in v njegovem delovanju in sposobnostih spopadanja z nalogami, obremenitvami in težavami. Z raziskavo smo želeli preučiti, kako se medosebni odnosi na delovnem mestu in delovna obremenjenost povezujejo s pozitivnimi in negativnimi dejavniki duševnega zdravja zdravstvenih delavcev. Raziskava temelji na deskriptivni kvantitativni metodi z uporabo tehnike anketiranja. Rezultati so pokazali, da ima največji vpliv na kvaliteto življenja zdravstvenih delavcev opora s strani nadrejenih. Pokazalo se je tudi, da se z višanjem obremenjenosti zdravstvenih delavcev viša tudi depresivna simptomatika. Rezultati pa ne odražajo statistično značilnega vpliva značilnosti delovnega mesta, kot so raznolikost delovnih nalog, avtonomija, opora s strani sodelavcev in nadrejenih in obremenjenost z delom na odnos do sebe, na spopadanje s stresom in na anksioznost. Posameznik preživi velik del življenja na delovnem mestu, zato vpliv le tega na njegovo zdravje ter počutje ni zanemarljiv.

UDC 616.89:614.253:331.4

KEYWORDS: mental health, healthcare workers, work-related characteristics

ABSTRACT – Mental health, as well as physical, is essential for the well-being of individuals and of society as a whole. Mental health refers to a person's inner psychological state that can manifest in personal relationships and their functioning, and in capabilities to face tasks and problems. The aim of our research was to determine the link between interpersonal relations in the workplace and workload with positive or negative factors in the mental health of healthcare workers. The research is based on a descriptive quantitative method and a survey was used to collect the data. It shows that the support from superiors has the biggest impact on the quality of life of healthcare workers. It was also found that higher workload correlates with higher levels of depressive symptoms. However, the results do not show a statistically distinct influence of other work-related characteristics, such as the variety of work tasks, autonomy and support from coworkers and superiors, on stress management and anxiety. Individuals spend a considerable deal of time in the workplace, therefore its influence on the workers' health and wellbeing is very significant.

1 Teoretična izhodišča

1.1 Dejavniki vpliva na duševno zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija pravi, da je duševno zdravje mogoče razumeti kot stanje dobrega počutja, ki posamezniku omogoča, da uresničuje svoje sposobnosti, se zmore spopadati z običajnimi naporji življenja, zmore produktivno in uspešno delati ter prispevati k svoji skupnosti (Wynne idr., 2014, str. 9). Duševno zdravje je več kot le odsotnost bolezni, je stanje popolnega dobrega počutja, ki se nanaša na našo sposobnost uživanja v življenju in spoprijemanje z izzivi, s katerimi se srečamo (Doré in Caron, 2017, str. 126). Duševno zdravje je zajeto v konceptualizacijo psihosocialnega zdravja – medsebojni vpliv psihološke in socialne blaginje (Hayes in Poland, 2018, str. 1).

Duševno zdravje zajema vse: od videza, vedenja, mišljenja, govora do čustvovanja in razpoloženja (Gajšek in Peklar, 2018, str. 3).

Pri duševnem zdravju je sicer najboljše govoriti o kontinuumu: zaobjema stanja od duševnega zdravja do duševne bolezni oz. drugače povedano: od pozitivnega do negativnega duševnega zdravja (Bajt idr., 2015, str. 8).

Dejavnike, ki vplivajo na duševno zdravje, lahko ločimo na tiste, ki duševno zdravje varujejo, krepijo in spodbujajo, ter na tiste, ki imajo na duševno zdravje negativen vpliv (Pogljajen, 2019, str. 3). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je opredelila dejavnike tveganja in varovalne dejavnike duševnega zdravja. Razdelila jih je v tri kategorije: individualne, socialne in okoljske (Trdan, 2019, str. 8).

Tabela 1: Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki v okviru duševnega zdravja

	dejavniki tveganja	varovalni dejavniki
individualni	nizka samopodoba	visoka samopodoba, samozavest
	kognitivna/čustvene nezrelost	konstruktivno reševanje problemov, učinkovito upravljanje stresa
	zdravstvene težave	fizično zdravje, dobra telesna pripravljenost
	zloraba substanc	dobre komunikacijske sposobnosti
	motnje komuniciranja	
socialni	osamljenost, žalovanje	socialna podpora družine/prijateljev
	zanemarjanje, družinski konflikti	dobro starševstvo, učinkovita družinska interakcija
	izpostavljenost nasilju/zlorabi	fizična varnost
	težave v šoli	šolska uspešnost
	stres pri delu, nezaposlenost	zadovoljstvo in uspeh pri delu
	nizek socialno ekonomski status, revščina	ekonomska varnost
okoljski	slab dostop do osnovnih storitev	dober dostop do osnovnih storitev
	socialne/spolne neenakosti	socialne/spolne enakosti
	diskriminacija	socialna pravičnost, strpnost, integracija
	izpostavljenost nesreči/vojni	fizična varnost

Vir: Prirejeno po Trdan, 2019.

Pez idr. (2006, str. 53) navajajo, da so ključni dejavniki, ki so povezani z duševnim zdravjem, naslednji:

- temeljni demografski dejavniki (spol, starost, zakonski stan, etničnost, socialno ekonomski status);
- dejavniki socialnega omrežja, predvsem bližnji in zaupni odnosi. Lahko delujejo kot dejavniki tveganja ali varovalni dejavniki za nastanek in razvoj duševnih težav. Občutek pomanjkanja socialne opore lahko negativno vpliva na duševno zdravje, prav tako tudi pritiski v bližnjih odnosih;
- za nastanek in razvoj duševnih motenj so lahko dejavniki tveganja tudi podatki o pomenljivih dogodkih v posameznikovem življenjskem poteku, ki zahtevajo psihološko prilagajanje: izguba partnerja, izguba zaposlitve, rojstvo otroka itd.

1.2 Duševno zdravje na delovnem mestu

Področje duševnega zdravja na delovnem mestu je postala pomembna tematika za delovne organizacije. Kljub vse večjemu zanimanju in posvečanju pozornosti omenjeni tematiki pa na tem področju še vedno primanjkuje raziskav. Delodajalci in organizacije se soočajo z vedno večjim finančnim pritiskom, ki pogosto omejuje izvajanje ukrepov na področju duševnega zdravja (Wagner idr., 2016, str. 2).

Proces dela je sicer lahko pomemben zaščitni dejavnik dobrega duševnega zdravja, če zaposleni doživlja pozitiven občutek vključenosti, uporabnosti, ustvarjalnosti in prejema podporo ter potrditev pri delu s strani sodelavcev (Ternik in Arnejčič, 2020, str. 19).

Dobri medosebni odnosi so namreč nujni za duševno ravnovesje, dobro počutje ter telesno zdravje (Krajnc, 2014, str. 243). Na podlagi odnosov z drugimi ljudmi si ustvarimo svojo identiteto. Glede na odziv drugih razvijamo predstavo o sebi. Prvi pogoj za našo osebno in poklicno srečo so učinkoviti ter zadovoljujoči medosebni odnosi. Pri vseh poklicih, tudi če ne vključujejo dela z ljudmi, so prisotni stiki s sodelavci, podrejenimi in nadrejenimi (Lamovec, 1993, str. 9).

Kadar med ljudmi vlada dobro emocionalno razpoloženje in je opaziti skrb za njihove potrebe, ko se čutijo cenjene, je tudi izpolnjevanje delovnih zahtev zvedeno bolj vestno ter odgovorno (Zalokar Divjak, 2001, str. 63).

Med pomembne elemente dela, ki varujejo duševno zdravje in dobro počutje, spadajo naslednje lastnosti (Novak, 2018, str. 4):

- posameznikovo delo je cenjeno;
- posameznik doživlja občutek koristnosti in potrditve pri delu;
- posameznik ima možnost soodločanja o stvareh, ki ga zadevajo;
- posameznik ima pri delu podporo sodelavcev;
- posameznik ima možnost stalnega usposabljanja za delo, katero opravlja;
- posameznik ima na voljo vse vire, potrebne za kakovostno izvedbo dela;
- delo je dobro organizirano (ne prihaja do delovnih obremenitev).

Zanimive rezultate je dala nacionalna raziskava duševnega zdravja medicinskih sester na Portugalskem (Seabra idr., 2019). Od sodelujočih v raziskavi sta kar dve tretjini poročali o negativnem dojemanju lastnega duševnega zdravja. Znotraj te skupine je petina medicinskih sester in zdravstvenikov poročala o težjih simptomih depresije, skoraj tri četrtine pa so navajale težave z anksioznostjo. Skoraj vsi pa so poročali o družbeni disfunkciji (Seabra idr., 2019, str. 431).

Rezultati evropske raziskave v podjetjih o novih in nastajajočih tveganjih (ESENER-2) so pokazali, da se zaposleni najpogosteje srečujejo s psihosocialnimi dejavniki tveganja, kot so zahtevne stranke, pacienti, učenci. Časovni pritisk je drugi najpogostejši psihosocialni dejavnik v delovnih organizacijah, tretji pa dolg in nereden delovni čas. Sledijo še slaba komunikacija ali sodelovanje znotraj organizacije, negotovost zaposlitve ter majhen vpliv zaposlenega na tempo dela ali delo samo. V najmanjši meri je kot psihosocialni dejavnik tveganja v evropskih delovnih organizacijah prisotna diskriminacija na podlagi spola, starosti ali narodnosti (Irastorza Milczarek in Cockburn, 2016, str. 19–21).

Poročilo Evropske agencije za varnost in zdravje na delovnem mestu (European Agency for Safety and Health at Work) opozarja na pojavljanje stresa zaradi psihosocialnih dejavnikov tveganja, ki pomembno vplivajo na duševno zdravje na delovnem mestu: zmanjšana zanesljivost delovnih mest, pogodbe o delu za določen čas, nezadovoljstvo z delom zaradi povečane obremenjenosti, visoke zahteve na delovnem mestu, trpinčenje in mobing na delovnem mestu ter nesorazmerje med delom in drugimi področji posameznikovega življenja. Pogosto se premalo pozornosti posveča tudi drugim dejavnikom tveganja, kot so: pomanjkanje nadzora nad delom, premalo sodelovanja, slaba socialna opora na delovnem mestu in nejasni sistemi vodenja (McDaid, 2008, str. 10).

V Sloveniji se kaže podobna slika iz vidika pogostosti pojavnosti psihosocialnih dejavnikov tveganja kot na nivoju EU. Kot najpogostejši psihosocialni dejavnik tveganja zaposleni v Sloveniji navajajo delo z zahtevnimi strankami, pacienti in učenci, pri čemer je odstotek

delovnih organizacij, v katerih je omenjeni dejavnik prisoten, celo večji kot povprečje v EU. Prav tako v slovenskih delovnih organizacijah kot drugi in tretji najpogostejši psihosocialni dejavnik tveganja navajajo časovni pritisk ter dolg ali nereden delovnik. Slabo komunikacijo ali sodelovanje znotraj organizacije zaposleni v primerjavi z EU v Sloveniji navajajo v manjši meri. Večji delež zaposlenih v Sloveniji kot dejavnik tveganja navaja, da imajo majhen vpliv na tempo oziroma vsebino dela, medtem ko je delež zaposlenih v Sloveniji, ki kot dejavnik tveganja navaja diskriminacijo na podlagi spola, starosti ali narodnosti za polovico manjši kot na ravni EU (Irastorza Milczarek in Cockburn, 2016, str. 19–21).

Tudi izsledki študije, ki so jo izvedli Kralj idr. v letih 2010 in 2011 v 400 izbranih slovenskih podjetjih in se je osredotočala na šest problemskih osi: stres, izgorelost, zmanjšana produktivnost na delovnem mestu, absentizem, fluktuacija in problematika usklajevanja poklicnega in družinskega življenja, kažejo podobno. Glavni psihosocialni dejavniki tveganja v slovenskih podjetjih so glede na omenjeno študijo preobremenjenost s količino dela, slaba organizacija dela in nezadostna komunikacija v delovnem kolektivu ter pomanjkanje avtonomije in nadzora nad lastnim delom (Božič, 2011, str. 22–43).

Z našo raziskavo smo želeli preučiti, kako se medosebni odnosi na delovnem mestu in delovna obremenjenost povezujejo s pozitivnimi in negativnimi dejavniki duševnega zdravja. S tem želimo prispevati k boljšemu razumevanju pomena duševnega zdravja zdravstvenih delavcev na delovnem mestu ter zmanjšati manko raziskav na tem področju.

2 Metodologija

Naše raziskovalno vprašanje se je glasilo: Kako dejavniki delovnega mesta (odnosi sodelavcev, nadrejenih, raznolikost dela, obremenjenost z delom) vplivajo na pozitivno (zadovoljstvo z življenjem, samospoštovanje, učinkovito spopadanje s stresom) in negativno (anksioznost in depresivnost) duševno zdravje zdravstvenih delavcev?

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Uporabljena je bila deskriptivna metoda.

Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani in analizirani primarni in sekundarni viri. Primarni viri so bili pridobljeni z anonimnim vprašalnikom in analizirani s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel in SPSS programom. Sekundarni viri so zbrani s pomočjo pregleda strokovne literature in interneta (baze podatkov CINAHL, COBISS in drugih).

2.1 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik zaprtega tipa. Vprašalnik je bil oblikovan na podlagi pregleda literature in uporabe standardiziranih vprašalnikov za merjenje posameznih dejavnikov duševnega zdravja.

Prvi sklop vprašanj se je nanašal na splošne podatke anketiranih, vključno z demografskimi podatki.

V drugem sklopu smo ugotavljali značilnosti delovnega mesta zaposlenih v zdravstvu. Za vprašanja drugega sklopa smo uporabili vprašalnik Delovne zahteve in resursi, ki meri raznolikost delovnih nalog, avtonomijo, instrumentalno in socio-emocionalno oporo s strani sodelavcev, instrumentalno in socio-emocionalno oporo s strani nadrejenih ter splošne delovne zahteve.

Tretji sklop se je nanašal na splošno zadovoljstvo zdravstvenih delavcev s svojim življenjem v zadnjem letu. Uporabili smo standardiziran vprašalnik za oceno kakovosti življenja QLS (Subjective Quality of Life Scale).

Četrty sklop se je nanašal na samospoštovanje zdravstvenih delavcev. Za oceno samospoštovanja smo uporabili Rosenbergovo skalo, sestavljeno iz 10. vprašanj.

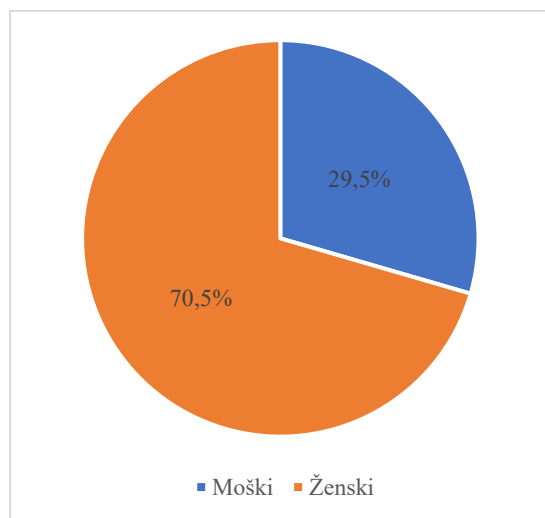
Peti sklop se nanaša na spopadanje zdravstvenih delavcev s stresom. Uporabljen je bil vprašalnik, ki se nanaša na preprečevanje izgorelosti (Stress and Burnout Questionnaire).

Šesti sklop se nanaša na splošno počutje zdravstvenih delavcev. V prvem delu šestega sklopa je bil uporabljen vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (PHQ – 9), ki se v osnovnem zdravstvu uporablja kot presejalni vprašalnik za depresijo. Drugi del šestega sklopa se nanaša na anksioznost, za katerega smo uporabili vprašalnik Samoocena anksiozne motnje GAD – 7.

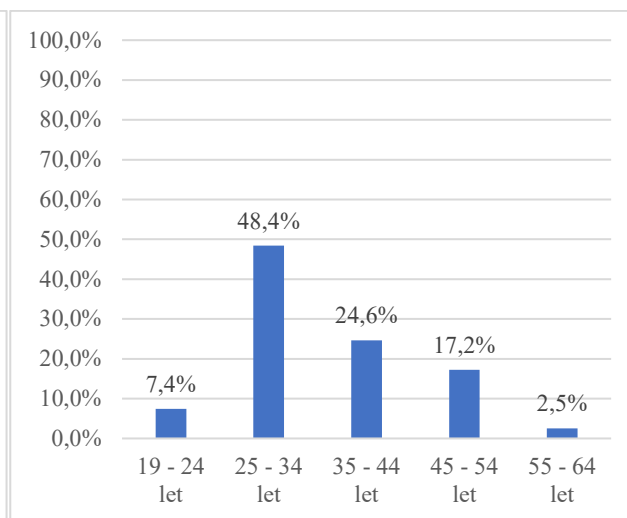
2.2 Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili naključni vzorec, ki je zajemal zdravstvene delavce.

Graf 1: Spol anketirancev



Graf 2: Starost anketirancev

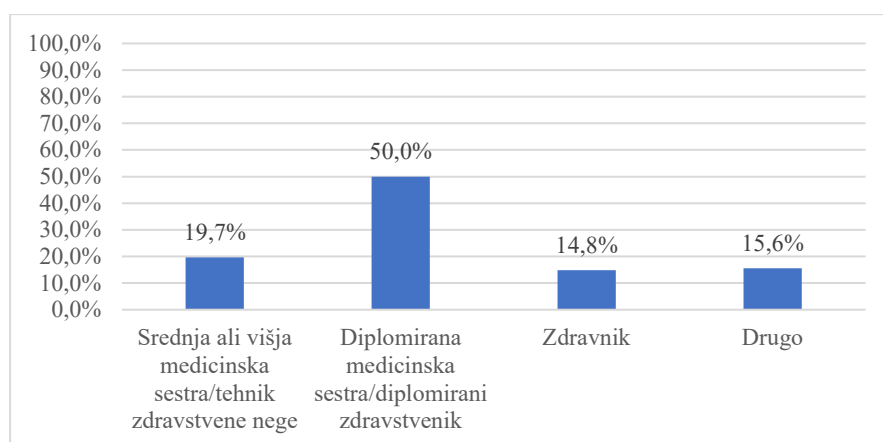


Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

V raziskavi je sodelovalo 235 anketirancev, ustrezno rešenih anket pa je bilo 151 iz grafa 1 je razvidno, da so večinoma sodelovale ženske. Iz grafa 2 lahko vidimo, da je slaba polovica anketirancev stara od 25 do 34 let. Najmanjši delež anketirancev je bil star od 55 do 64 let.

Graf 3: Izobrazba anketirancev



Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Polovica sodelujočih je bilo po izobrazbi diplomiranih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov. Slaba petina anketirancev (19,7 %) je bilo po izobrazbi srednja ali višja

medicinska sestra oziroma tehnik zdravstvene nege, 15,6 % anketirancev je odgovorilo z Drugo, 14,8 % pa je bilo zdravnikov. Anketiranci, ki so odgovorili z Drugo, so navedli, da so po izobrazbi farmacevtski tehnik, dipl. farmacevt in mag. farmacije, dipl. babica in reševalec.

Slaba tretjina anketirancev (31,4 %) je imela od 6 do 11 let delovne dobe. Slaba četrtnina anketirancev (24,8 %) je imela od 0 do 5 let delovne dobe, 18,2 % anketirancev je imelo od 18 do 23 let delovne dobe, 14,9 % pa od 12 do 17 let. Najmanjši delež anketirancev (10,7 %) je imel 24 let delovne dobe ali več.

2.3 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketo smo izvedli preko spleta, in sicer v programu Ika. Preko družbenih omrežij (Facebook, Instagram) in elektronske pošte smo povabili zdravstvene delavce k sodelovanju.

Pridobljene podatke smo ustrezno statistično obdelali ter uporabili različne statistične teste. Rezultate smo prikazali tabelarno in deskriptivno. Opisani so z računalniškim programom Microsoft Office Word, za analizo pa smo uporabili računalniški program SPSS, verzija 26.

Raziskava je bila izvedenavmarcu 2022 in aprilu 2022.

3 Rezultati

Tabela 1: Cronbachovi koeficienti alfa

Sklopi spremenljivk	Cronbachov koeficient alfa	N
Značilnosti delovnega mesta	0,842	19
Raznolikost delovnih nalog	0,682	3
Avtonomija, svoboda odločanja	0,706	3
Opora s strani sodelavcev	0,831	4
Opora s strani nadrejenih	0,897	4
Obremenjenost z delom	0,825	5
Kakovost življenja	0,778	6
Samospoštovanje	0,884	10
Spopadanje s stresom	0,879	23
Depresija	0,881	9
Anksioznost	0,905	7

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Ker je bil vprašalnik zelo obsežen, smo najprej za vse spremenljivke, ki spadajo pod določen sklop, izračunali Cronbachove koeficiente alfa. Določene spremenljivke smo pred izračunom Cronbachovega koeficienta alfa rekodirali, z namenom, da so bile vse spremenljivke enako obrnjene, torej so bile vse trditve pozitivne. Vidimo lahko, da so vse spremenljivke, ki spadajo pod smiselne sklope zanesljive ($\alpha > 0,6$), kar pomeni, da spremenljivke merijo isti konstrukt in so primerne za združitev v eno spremenljivko. Pri sklopih Značilnosti delovnega mesta, Raznolikost delovnih nalog, Avtonomija, Svoboda odločanja, Opора s strani sodelavcev, Opора s strani nadrejenih, Obremenjenost z delom in Kakovost življenja smo novo nastale spremenljivke dobili tako, da smo izračunali povprečja spremenljivk, ki spadajo pod te sklope. Za sklope Spopadanje s stresom, Samospoštovanje, Depresija in Anksioznost pa smo novo nastale spremenljivke dobili tako, da smo sešteli spremenljivke, ki spadajo pod te sklope in dobili skupno število točk. V nadaljevanju smo torej uporabljali le sklope spremenljivk.

Tabela 2: Povzetek prvega regresijskega modela

Model	R	R2	Prilagojen R2	Standardna napaka ocene
1	0,355	0,126	0,087	0,552

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

S pomočjo značilnosti delovnega mesta Raznolikost delovnih nalog, Avtonomije, Opore s strani sodelavcev in nadrejenih in Obremenjenost z delom lahko pojasnimo 12,6 % variabilnosti kvalitete življenja. Ostalih 87,4 % variabilnosti kvalitete življenja pa je odvisnih od drugih neodvisnih spremenljivk, ki jih nismo vključili v naš regresijski model.

Tabela 3: ANOVA prvega regresijskega modela

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.
1	Regresija	4,920	0,984	3,230	0,009
	Reziduali	34,121	0,305		
	Skupaj	39,040	117		

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

Prvi regresijski model je statistično značilen (sig. < 0,05).

Tabela 4: Regresijski koeficienti prvega regresijskega modela

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.	
	B	Standardna napaka	Beta			
1	(Konstanta)	3,035	0,504		6,026	0,000
	Raznolikost delovnih nalog	0,103	0,090	0,104	1,138	0,258
	Avtonomija, svoboda odločanja	0,017	0,064	0,026	0,262	0,794
	Opora s strani sodelavcev	0,006	0,093	0,009	0,069	0,945
	Opora s strani nadrejenih	0,193	0,077	0,313	2,520	0,013
	Obremenjenost z delom	-0,054	0,089	-0,057	-0,605	0,546

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Opora s strani nadrejenih ima statistično značilen vpliv na kvaliteto življenja (sig. < 0,05), ki je pozitiven ($\beta = 0,313$), kar pomeni, da večja, kot je opora s strani nadrejenih boljša je kvaliteta življenja. Ostali dejavniki značilnosti delovnega mesta Raznolikost delovnih nalog, Avtonomija, Opora s strani sodelavcev in Obremenjenost z delom pa nimajo statistično značilnega vpliva na kvaliteto življenja (sig. >0,05).

Drugi regresijski model ni statistično značilen (sig. >0,05).

Značilnosti delovnega mesta: raznolikost delovnih nalog, avtonomija, opora s strani sodelavcev in nadrejenih in obremenjenost z delom nimajo statistično značilnega vpliva na odnos do sebe (sig. >0,05).

Tretji regresijski model prav tako ni statistično značilen (sig. >0,05).

Značilnosti delovnega mesta: raznolikost delovnih nalog, avtonomija, opora s strani sodelavcev in nadrejenih in obremenjenost z delom nimajo statistično značilnega vpliva na spopadanje s stresom (sig. >0,05).

Tabela 5: Povzetek četrtega regresijskega modela

Model	R	R ²	Prilagojen R ²	Standardna napaka ocene
4	0,262	0,068	0,026	4,714

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

S pomočjo značilnosti delovnega mesta Raznolikost delovnih nalog, Avtonomije, Opore s strani sodelavcev in nadrejenih in Obremenjenost z delom lahko pojasnimo 6,8 % variabilnosti depresije. Ostalih 93,2 % variabilnosti depresije pa je odvisnih od drugih neodvisnih spremenljivk, ki jih nismo vključili v naš regresijski model.

Tabela 6: ANOVA četrtega regresijskega modela

Model	Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	Sig.	
4	Regresija	179,575	5	35,915	1,616	0,162
	Reziduali	2444,313	110	22,221		
	Skupaj	2623,888	115			

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Četrti regresijski model ni statistično značilen (sig. >0,05).

Tabela 7: Regresijski koeficienti četrtega regresijskega modela

Model	Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	Sig.	
	B	Standardna napaka	Beta			
4	(Konstanta)	4,193	4,409		0,951	0,344
	Raznolikost delovnih nalog	-0,920	0,774	-0,113	-1,188	0,237
	Avtonomija, svoboda odločanja	-0,008	0,566	-0,002	-0,014	0,988
	Opора s strani sodelavcev	0,177	0,814	0,029	0,218	0,828
	Opора s strani nadrejenih	-0,706	0,662	-0,139	-1,067	0,288
	Obremenjenost z delom	1,747	0,789	0,219	2,214	0,029

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Obremenjenost z delom ima statistično značilen vpliv na depresijo (sig. <0,05), ki je pozitiven ($\beta = 0,219$), kar pomeni, da večja kot je obremenjenost anketirancev pri delu, večja je depresivna simptomatika. Ostali dejavniki značilnosti delovnega mesta, ki vključujejo raznolikost delovnih nalog, avtonomijo in oporo s strani sodelavcev in nadrejenih, pa nimajo statistično značilnega vpliva na depresijo (sig. >0,05).

Peti regresijski model tudi ni statistično značilen (sig. >0,05).

Značilnosti delovnega mesta: raznolikost delovnih nalog, avtonomija, opora s strani sodelavcev in nadrejenih in obremenjenost z delom nimajo statistično značilnega vpliva na anksioznost (sig. >0,05).

4 Razprava

Namen naše raziskave je bil preučiti povezavo med medsebojnimi odnosi na delovnem mestu ter delovno obremenjenostjo s pozitivnimi in negativnimi dejavniki duševnega zdravja. Pri tem smo upoštevali izsledke drugih raziskav, ki se osredotočajo na duševno zdravje na delovnem mestu (Božič, 2011; Irastorza Milczarek in Cockburn, 2016; McDaid, 2008), pri čemer smo našo raziskavo izvedli med zdravstvenimi delavci, ki do sedaj niso pogosto bili subjekti tovrstnih raziskav.

Naša raziskava se je osredotočala na psihosocialne dejavnike tveganja na delovnem mestu zdravstvenih delavcev. Podobno kot rezultati prej omenjenih raziskav so tudi naši pokazali, da ima opora s strani nadrejenih velik vpliv na kakovost življenja zdravstvenih delavcev. Pokazalo se je tudi, da večja, kot je obremenjenost anketirancev pri delu, večja je depresivna simptomatika. Rezultati naše raziskave pa ne odražajo statistično značilnega vpliva značilnosti delovnega mesta, kot so raznolikost delovnih nalog, avtonomija, opora s strani sodelavcev in nadrejenih in obremenjenost z delom na odnos do sebe, na spopadanje s stresom in na anksioznost. Torej izmed vseh naštetih dejavnikov tveganja na naše anketirance najbolj vplivata opora nadrejenih in delovna obremenjenost. Nasprotno z našimi ugotovitvami pa Broughton (2010, str. 13) ne ugotavlja, da delovna obremenitev vpliva na doživljanje stresa. Kahuta (2020, str. 50–51) pa je v svoji raziskavi ugotovila, da se opora s strani nadrejenih povezuje s slabšim duševnim zdravjem. Z dodatnim pregledom korelacij je prišla do ugotovitve, da se podpora s strani nadrejenih statistično pomembno povezuje z depresivnostjo, v naši raziskavi pa smo, po drugi strani, ugotovili povezavo med podporo nadrejenih in kakovostjo življenja zaposlenih.

Upoštevati velja tudi, da merjene značilnosti delovnega mesta pojasnijo zgolj manjši delež variabilnosti kvalitete življenja in depresije kot negativnega zdravja, kar pomeni, da sta kvaliteta življenja in duševno zdravje v veliki meri odvisna tudi od drugih dejavnikov na drugih področjih življenja. Kljub temu pa značilnosti delovnega mesta, zlasti podpora s strani nadrejenih ter obremenitve na delovnem mestu pomembno vplivajo na kvaliteto posameznikovega življenja in njegovo duševno zdravje, zato je pomembno, da se tega zavedamo in v delovnih okoljih poskrbimo za ustrezne odnose med zaposlenimi, zlasti med nadrejenimi in podrejenimi ter ustrezne delovne obremenitve.

5 Zaključek

Kot kažejo raziskave, so zaposleni na delovnem mestu podvrženi različnim dejavnikom, ki vplivajo na njihovo duševno zdravje v pozitivnem ali negativnem smislu. Naša raziskava je pokazala velik pomen, ki ga zdravstveni delavci pripisujejo podpori s strani nadrejenih in pomen, ki ga ima delovna obremenjenost na njihovo duševno zdravje. Ker je velik del našega življenja preživet na delovnem mestu je razumevanje dejavnikov, ki imajo vpliv na duševno zdravje zaposlenih, ključnega pomena.

LITERATURA

1. Bajt, M., Jeriček Klanšček, H. in Britovšek, K. (2015). Duševno zdravje na delovnem mestu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s https://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz_na_delovnem_mestu.pdf.
2. Božič, J. (2011). Analiza stanja psihosocialnih tveganj v delovnih mestih v mikro, malih in srednje velikih podjetjih. Skrajšana verzija študije. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. Pridobljeno s <https://www.researchgate.net/publication/324528996>

Analiza stanja psihosocialnih tveganj na delovnih mestih v mikro malih in srednje velikih podjetjih.

3. Broughton, A. (2010). Work - related stress. European Foundation for the Improvement of the Living and Working Conditions. Pridobljeno s https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn1004059s/tn1004059s.pdf.
4. Doré, I. in Caron, J. (2017). Santémentale: Concepts, Mesures Et Déterminants. Santémentale au Québec, 42(1), 125–145. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28792565/>.
5. Gajšek, A. in Peklar, J. (2018). Ohranjanje in krepitev duševnega zdravja zaposlenih ter obvladovanje psihosocialnih dejavnikov tveganja na delovnem mestu. Priročnik za vodstvene kadre. Maribor: Fundacija za izboljšanje zaposlitvenih možnosti Prizma.
6. Hayes, K. in Poland, B. (2018). Addressing Mental Health in a Changing Climate: Incorporating Mental Health Indicators into Climate Change and Health Vulnerability and Adaptation Assessments. International Journal of Environmental Mental Health and Public Health, 15(9), 1–19. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6164893/>.
7. Irastorza, X., Milczarek, M. in Cockburn, W. (2016). Second European Survey of Enterprises on New Emerging Risks (ESENER – 2). Publications Office of the European Union.
8. Kahuta, I. (2020). Psihosocialni dejavniki tveganja na delovnem mestu kot prediktorji duševnega zdravja zaposlenih (Magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru.
9. Krajnc, A. (2014). Spoznaj sebe in druge. Človek kot družbeno bitje in medosebni odnosi. Ljubljana: Društvo za izobraževanje za tretje življenjsko obdobje.
10. Lamovec, T. (1993). Spretnosti v medosebnih odnosih. Ljubljana: Produktivnost – Management Consulting, Center za psihodiagnostična sredstva.
11. McDaid, D. (2008). Mental Health in Workplace Settings – Consensus Paper. Luxembourg: European Commission. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf.
12. Novak, K. (2018). Skrb za duševno zdravje na delovnem mestu: priročnik za promotorje duševnega zdravja v podjetjih. Maribor: Fundacija za izboljšanje zaposlitvenih možnosti Prizma, ustanova.
13. Pez, O., Bitfoi, A., Carta, M. idr. (2006). Survey instruments and methods. V J. Lavikainen, T. Fryers in V. Lehtinen (ur.), Improving Mental Health in Europe. Proposal of the MINDFUL project (str. 49–66). Stakes: Helsinki.
14. Poglajen, A. (2019). Duševno zdravje nemonoseksualnih oseb (Magistrsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
15. Seabra, P. R. C., de Olivera Lopez, J. M., Esteves Calado, M. idr. (2019). A National Survey of the Nurses' Mental Health – The Case of Portugal. Wiley Periodicals, 54, 425–433.
16. Ternik, V. in Arnejčič, B. (2020). Burnout in the Work Place. Innovative Issues and Approaches in Social Sciences, 13(3), 18–33. ERUDIO Education Center.
17. Trdan, K. (2019). Duševno zdravje in psihopatološki znaki (Magistrsko delo). Ljubljana: Filozofska fakulteta.
18. Wagner, S. L., Koehn, C, White, M. I. idr. (2016). Mental Health Interventions in the Workplace and Work Outcomes: A Best-Evidence Synthesis of Systematic Reviews. The international journal of occupational and environmental medicine. 7(1), 1–14. Pridobljeno s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26772593/>.
19. Wynne, R. idr. (2014). Promoting Mental Health in the Workplace: Guidance to Implementing a Comprehensive approach. European Commission.
20. Zalokar Divjak, Z. (2001). Jaz in ti – Medosebni odnosi v sodobnem času. Krško: Gora s. p.

Poverty and Material Deprivation of the Roma in Isolated Roma Settlements/Ghettos in the Međimurje County

UDC 364.662(=214.58)(497.524)

KEYWORDS: material deprivation, poverty, Roma, Međimurje, ghettos

ABSTRACT – There are 16,975 Roma living in Croatia, and although their number does not exceed 0.4% in the total population of Croatia, Roma make up an important ethnic community. Poverty among the Roma is much more widespread than in other groups or in the society as a whole. According to the poverty line understood as 60% of the median net income per capita, 76% of the Roma compared to 20% of the rest of the population living near the Roma settlements/ghettos live in absolute poverty. The aim and purpose of the research was to compare the data from secondary sources on the poverty in the Roma community, with indicators of material deprivation collected in the field study, which is considered as one of the most important dimensions of poverty and social exclusion, since it indicates wider material disadvantages for meeting the basic living needs. The research was conducted in the spring of 2020 by the method of surveying, and on a proportionate stratified sample of 350 Roma women from 12 Roma settlements/ghettos in the Međimurje County living in closed, mostly isolated Roma settlements/ghettos. The results have shown strong material deprivation of the Roma population, in particular the Roma women, with 78.29% of them living in conditions of moderate material deprivation, and 2.29% living in conditions of severe material deprivation, thus confirming the data available from secondary sources and the need for urgent social intervention.

UDK 364.662(=214.58)(497.524)

KLJUČNE RIJEČI: siromaštvo, materijalna deprivacija, romi, geto, međimurska županija

POVZETEK – U Hrvatskoj živi 16.975 Roma, a iako njihov broj ne prelazi 0,4 % u ukupnom stanovništvu Hrvatske, Romi čine važnu etničku zajednicu. Siromaštvo među Romima je mnogo raširenije nego u drugim skupinama ili u društvu u cjelini. Prema liniji siromaštva shvaćenoj kao 60 % srednjeg neto dohotka po glavi stanovnika, 76 % Roma, u usporedbi s 20 % ostatka stanovništva koje živi u blizini romskih naselja/geta, živi u apsolutnom siromaštvu. Cilj i svrha istraživanja bila je usporediti podatke iz sekundarnih izvora o siromaštvu u romskoj zajednici s pokazateljima materijalne deprivacije prikupljenim u terenskoj studiji, a koji se smatraju jednom od najvažnijih dimenzija siromaštva i socijalne isključenosti, jer ukazuju na šire materijalne nedostatke za zadovoljenje osnovnih životnih potreba. Istraživanje je provedeno u proljeće 2020. metodom anketiranja, a na proporcionalnom stratificiranom uzorku od 350 Romkinja iz 12 romskih naselja/geta Međimurske županije koje žive u zatvorenim, uglavnom izoliranim romskim naseljima/getima. Rezultati su pokazali jaku materijalnu deprivaciju romske populacije, posebice Romkinja, pri čemu njih 78,29 % živi u uvjetima umjerene materijalne oskudice, a 2,29 % u uvjetima teške materijalne oskudice, što potvrđuje podatke dostupne iz sekundarnih izvora i ukazuje na potrebu za hitnom društvenom intervencijom.

1 Introduction

Roma most likely originate from the Indian subcontinent, from the territory that is now part of Pakistan (Multan, Sindh, Lahore) and from the territory of India (Punjab, Rajasthan, Gujarat, Delhi, etc.) (Đurić, 1987, p. 18). The analysis of the phonetic system is the basis for assuming that the Roma originate from northwestern India (Dardistan, Kafiristan), from the area around the River Ganges (Hrvatić, 2004; Bartosz, 2009). According to the Council of Europe decisions,

the term 'Roma' refers to Roma, Sinte, Kale and related groups living in Europe, including the so-called travellers and eastern groups (Dom and Lom). The term Roma covers a great diversity among the aforementioned groups, including the common term Roma and people who claim to be gypsies with numerous name variations: Tsigane (France), Zigeuner (Germany), Zingali (Spain), Tigani (Romania), Ciganos (Portugal), Gypsy (Hungary), Zingari (Italy), Gypsies (Lithuania) (FRA, 2016).

The exact number of Roma in the world is unknown. Posavec (2000, p. 236) states that reliable demographic data on Roma are lacking for a number of reasons from which he cites migration, specific provisions on the conduct of censuses in individual countries that do not require all Roma, different legal treatment of Roma as ethnic groups/minorities, and highlights in particular the relations of the authorities that cause some Roma to not want to admit their identity, which is reflected in greater or lesser ethnic mimicry. Kupirović (2016, p. 12) makes the assumption that there are between 10–15 million Roma, of which 6–8 million live in Europe. This number also includes 16,975 Roma living in Croatia, and even their number does not exceed 0.4% in the total population of Croatia. Roma make up an important ethnic community since they are very different from the majority population of the area in which they live.

There are several determinants that mark the way of life and sociodemographic profile of the Roma in Croatia, among which particularly emphasized are low level of education, early marriage, early birth of the first child, a large number of children in the family, and life in poor economic, hygienic and material conditions (Kunac et al, 2018).

The data included in the drafting of the National Strategy (ULJPPNM 2012, 28) showed that:

“poverty among Roma is much more widespread than in other groups or in society as a whole. According to all indicators of poverty, Roma are poorer than other population. According to the poverty line understood as 60% of the median net income per capita, 76% of Roma and 20% of other population living near Roma settlements/ghettos live in absolute poverty.”

Roma poverty is often deep-rooted and permanent and affects almost all aspects of living standards (housing, education, health, etc.). According to the rate of relative poverty, as many as 92.3% of Roma were poor (Bagić et al., 2015, p. 35). The same study found that:

“Roma's poor economic position is most directly related to the field of health through the inability to buy medicines, which is expressed by three times more Roma than the rest of the population (44.5% of Roma versus 13.7% of respondents from the general population” (Bagić et al., 2015, p. 16).

Unlike poverty, material deprivation refers to indicators that indicate material conditions that affect the quality of life of households or imply material household deprivation, which is the inability of the household to afford items or material goods that most people consider desirable or even necessary for adequate living. The rate of (moderate) material deprivation shows the percentage of people living in households who cannot afford at least three out of nine items of material deprivation. The rate of severe material deprivation shows the percentage of people in the total population who cannot afford at least four out of nine items of material deprivation.

In accordance with the data available by the Central Bureau of Statistics (CBS), only data on material deprivation at the state level are publicly available, and they are not collected at the level of national minorities, and the results obtained from this research can only be seen in the context of the broader available data and results collected from secondary sources.

2 Methods

2.1 Objective and Purpose

The aim and purpose of the research was to compare data from secondary sources on poverty in the Roma community with indicators of material deprivation which is considered one of the most important dimensions of poverty and social exclusion, since it indicates wider material disadvantages for meeting basic living needs collected at the site, among Roma women in Međimurje County.

2.2 Hypothesis

Most Roma women living in isolated Roma settlements/ghettos in Međimurje County live in conditions of severe material deprivation, and their percentage is at least double the percentage of the majority population from the general population who also live in conditions of material deprivation.

2.3 Sample

The research was conducted in spring 2020 using the method of surveying on a proportionate stratified sample of 350 Roma women from 12 Roma settlements/ghettos in the Međimurje County living in closed mostly isolated Roma settlements/ghettos: Goričan, Gornji Kuršanec, Hlapičina, Kotoriba, Kuršanec, Domašinec – Kvitrovec, Podturen – Lončarevo, Orehovica, Parag, Piškorovec, Pribislavec and Sitnice. The share of the participants involved per individual Roma settlement was proportional to the share of the total population in an individual Roma settlement in relation to the total number of Roma in the area of Međimurje County.

3 Results and Discussion

Table 1 shows the age structure of Roma women involved in the research in Roma settlements/ghettos in the area of Međimurje County in the overall sample.

Table 1: Age structure of Roma women included in the research in Roma settlements/ghettos in the area of Međimurje County in the overall sample

<i>Age of subjects by group</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
15–18 years	40	11.4
19– 25 years	114	32.6
26–40 years	120	34.3
41– 60 years	63	18.0
> 60 years	13	3.7
Total	350	100

Source: Own source, 2021.

Given that in the Roma settlements/ghettos over half of the population is under the age of 14 and with a very highly emphasized age pyramid with a larger number of young people, it was expected that 44% were under the age of 25, while almost 4/5 of the subjects, i.e. 78.3%, were under the age of 40. The number of subjects over the age of 60 was extremely small, which is also in accordance with the age distribution in the entire Roma population on the territory of the Republic of Croatia. The age structure of the subjects included in this sample is consistent with the age distribution data of Roma women listed in the available literature, according to which Slezak (2010) for Roma settlement Kuršanec found that it was dominated by younger age groups (0–14 years old) who made up as much as 55% of the total population, while the

population over 60 was only 1.5% of the total. The data obtained by this study are in agreement with data from secondary studies.

During the research, the subjects were asked a question about how they themselves would describe as accurately as possible the current level of their current material state. Given that through previous research it has been noted that respondents are very reluctant to talk about money in concrete amounts (possibly also for fear of losing social assistance in cases where the competent authorities would have full insight into the amount and structure of household income from legal and illegal sources of income related to illicit employment), it was decided that the material situation in which the subjects live should be investigated indirectly in relation to indicators of material deprivation. Material deprivation is considered one of the most important dimensions of poverty and social exclusion, since it indicates wider material disadvantages for meeting basic living needs.

Before the survey itself, the Roma women were explained in an understandable way that material deprivation refers to indicators that indicate material conditions that affect the quality of life of households, and that the items of material deprivation, in accordance with the methodological explanations of the Central Bureau of Statistics (CBS), are precisely the parameters that were asked about them through the questionnaire: “delay in paying rent, bills for utilities, housing credit or consumer credit; the inability of the household to afford a week's holiday outside the home for all members; the inability of the household to afford a meal containing meat, chicken, fish or the vegetarian equivalent every other day; the inability of the household to meet an unexpected financial cost; the inability of the household to afford a phone; the inability of the household to afford a color TV; the inability of the household to afford a washing machine; the inability of the household to afford a car; the inability of the household to afford adequate heating in cold months ” (Kunac et al., 2018).

For the purposes of this study, the Roma women were also explained in an introductory part that it is necessary to understand a particular indicator in order for their responses to really reflect the level of conditions in which they live. For this reason, respondents were told that the needs of this survey were the term “households unable to afford a week's holiday outside the home” refers to those households that cannot afford all their members, solely for financial reasons, to go on a week's holiday outside the home. Vacation with friends or relatives, vacation with free accommodation or vacation in your own cottage, holiday home, etc. Was considered to be going on holiday. If at least one member of the household is unable to go on vacation for financial reasons, it is considered that the whole household is unable to go on vacation. If a household borrows money from a bank, friends, relatives, etc. to pay for going on holiday, it is considered as if it was paid for from their own funds. The term 'households unable to afford every other day a meal containing meat, chicken, fish or vegetarian equivalent' refers to those households that cannot afford a meal containing meat, chicken, fish or a vegetarian equivalent every other day for financial reasons. The term 'households unable to pay an unexpected financial outlay' refers to those households that are unable to meet an unexpected financial expenditure solely from their own resources without being further in debt. The unexpected financial expenditure represents a monthly amount in the amount of the poverty risk threshold, which for the single household for 2018 amounted to HRK 2,200. Additional borrowing implies that the household should not seek financial assistance from others (banks, friends, etc.) and that the settling of current ordinary expenditures is not in question. An unexpected financial expense includes, e.g., the expense of repairing an unexpected malfunction or defect in the apartment or replacing a permanent well, etc. The term “late payment of utility bills implies that the household has paid the utility bill in the last 12 months after the due date of the bill.” Utility bills include bills for electricity, water, gas, heating, garbage disposal, and other bills

related to the apartment where the household lives are told that the exception is made for phone bills (landline and mobile) that are not considered to be the utility bills in this indicator.

Table 2 shows selected indicators of material deprivation of Roma women in Roma settlements/ghettos in the area of Međimurje County in the total sample.

Table 2: Indicators of material deprivation of Roma women included in the survey in Roma settlements/ghettos in the area of Međimurje County in the total sample

<i>Indicators of material deprivation</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Able to adequately heat the living space during the cold period	No	124	35.4%
	Yes	226	64.6%
Able to regularly and fully pay all overdue invoices and utilities	No	242	69.1%
	Yes	108	30.9%
Able to consume fish and meat at least every other day	No	312	89.1%
	Yes	38	10.9%
Able to meet an unexpected costs such as health, material costs, etc.	No	289	82.6%
	Yes	61	17.4%
Able to pay a week's stay at sea	No	340	97.1%
	Yes	10	2.9%
Possess a car that can be maintained and registered in an orderly manner	No	339	96.9%
	Yes	11	3.1%
Possess a washing machine	No	283	80.9%
	Yes	67	19.1%
Possess a mobile/cell phone	No	189	54.0%
	Yes	161	46.0%
Possess a color TV	No	244	69.7%
	Yes	106	30.3%

Source: Own source, 2021.

The highest percentage of subjects, almost 2/3 of them stated that they live in a space that they can adequately heat during the cold period - 64.6%. In doing so, we should be aware of the fact that heating in Roma settlements/ghettos is mostly achieved using solid fuel, wood, or coal and that the heating body is located in one most common and single room and can also serve for cooking, but the more detailed research into the type of fuel which the subjects use exceeded the objectives of this study. Given today's availability and very high prevalence of mobile phones, the fact that 46% of respondents have a mobile phone, although lower than in the general population, speaks of the fact that Roma women have at their disposal a form of mobile communication, as well as that less than 1/3 and 30.3% own a color TV. Fewer than 1/5 of the respondents or 19.1% have a washing machine. An even smaller percentage of respondents, 17.4% of them, are able to meet unexpected costs such as health, material costs, etc. on their own. although approximately 3/10 of them, or 30.9%, confirmed that they can meet regular costs for bills and utilities. It is important to note that most of the Roma settlements/ghettos are beneficiaries of various forms of social transfers, within which public funds provide the costs of settling utilities, as well as costs for firewood, which can explain the relatively high percentage of respondents who said they were paying overdue costs. It is also important to consider the fact that in Roma settlements/ghettos part of households use illegal connections to electricity supply, that water is supplied from wells and water pumps outside their homes, and from local water supply facilities, that regular collection of municipal garbage is difficult or disorganized, as well as the legalization of all residential buildings has not been fully implemented so that the costs of overdue utilities and utilities are proportional to the low level of use and existence of communal infrastructure and supply of Roma settlements/ghettos with

the usual energy generating products or sanitary regime of water supply and drainage, and without the gas supply of the settlement.

Table 3 presents an overview of indicators of moderate and severe material deprivation of Roma women included in the research in Roma settlements/ in ghettos in the area of Međimurje County in the total sample (cumulative frequency)

Table 3: Indicators of moderate and severe material deprivation of Roma women included in the research in Roma settlements/ghetto" in the area of Međimurje County in the total sample (cumulative frequency)

<i>Indicators of material deprivation</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Cumulative frequency</i>
0	102.00	29.14	29.14
1	78.00	22.29	51.43
2	45.00	12.86	64.29
3	28.00	8.00	72.29
4	21.00	6.00	78.29
5	33.00	9.43	87.71
6	18.00	5.14	92.86
7	22.00	6.29	99.14
8	2.00	0.57	99.71
9	1.00	0.29	100.00
Total	350.000	100.00	100.00

Source: Own source, 2021.

When processing data on the percentage of Roma women living in conditions of moderate and severe material deprivation, this research obtained data shown in Table 3. - 78.29% of Roma women live in conditions of moderate material deprivation, and 2.29% of Roma women live in conditions of severe material deprivation, thus confirming the data available from secondary sources, which speak of severe material deprivation of the Roma population.

The results of this research should be seen in the context of previously conducted research such as the one conducted in 2018 (Kunac et al., 2018, p. 172) in which the conclusion was reached that the share of Roma households (N - 1512) that could not pay unexpected necessary costs (such as buying refrigerators, etc.) was as high as 79.9%. In another indicator of material deprivation related to the possibility that the subject could eat fish or meat every other day of the week, there were 54.0% of Roma households could not afford it, while as many as 89.5% of Roma could not go on vacation for one week. The data obtained by this study are in agreement with the mentioned literature data.

In another survey from 2014, it was found that a total of 35% of Roma and 19.3% of the rest of non-Roma population were behind on their payments, i.e. that they had unpaid financial obligations. According to some categories, the most problems were with the payment of electricity (27.1% of Roma compared to 11.8% of others), water (18.1% of Roma compared to 11.4% of others) and other utilities (9% of Roma compared to 7.9% of others) (Bagić et al., 2015, p. 39). The share of outstanding liabilities in monthly income with Roma was as much as 187.8% of their disposable monthly income.

Furthermore, data obtained from the Roma population should be seen in relation to data in the non-Roma population, in which, according to CBS data (2012, 2019), at the level of Croatia, 7.7% of people live in households that cannot afford adequate heating in the coldest months. Furthermore, 51.3% of people live in households that cannot afford a week's holiday outside the home for all members of their household. In Croatia, 10.1% of people live in households that cannot afford a meal containing meat, chicken, fish (or the vegetarian equivalent) every

other day. A total of 52.9% of people live in households that cannot meet an unexpected financial expense from their own resources. Worryingly, 17.5% of people live in households that have been late in paying their utility bills in the past 12 months due to financial difficulties. There are 49.6% of people live in households with a significant financial burden in total housing costs, while only 4.8% of people live in households having no financial burden (CBS 2019).

By comparison, a survey on the general population on the quality of life from 2006 showed that in Croatia one fifth of households fail to pay utilities on time and that the share of households with financial problems is very different in different parts of Croatia. From 1999 to 2007 the share was the highest in Sisak-Moslavina County(40%), Brod-Posavina and Vukovar-Srijem County (just over 30%) (Šucur, 2000, p. 21).

The rate of moderate material deprivation (inability to realize three of the nine indicators of material deprivation) in the Republic of Croatia in 2018 was 23.3%. By comparison, in 2016 the rate of material deprivation in the general population was 30.7%, and the rate of severe material deprivation was 12.6% (inability to realize four of the nine indicators of material deprivation) (Kunac et al., 2018, p. 172). According to the data from the Central Bureau of Statistics (CBS), the rate of severe material deprivation in the first three quarters of 2018 was 8.6% (CBS 2019). The intensity of material deprivation shows the average number of material deprivation items per person and in the first three quarters of 2018 it was 3.6 items, and was calculated for people who could not afford at least three of the nine items or indicators of material deprivation.

In terms of rates of the relative poverty of the Roma population, Croatia can be counted among countries with a very high rate compared to some EU countries. By comparison, Roma poverty rates are also very high in other EU countries. In all 11 EU countries surveyed in 2011, at least 80% of Roma had a risk of poverty, while the highest rates (more than 95% of poor Roma) were recorded in France, Italy and Portugal, and around 90% in Estonia, Slovakia and Greece. Poverty rates of around 80% were recorded in the Czech Republic, Hungary, Romania and Poland (Bagic et al., 2015; FRA 2012).

According to the National Strategy for Roma inclusion (NSUR) (ULJPPNM, 2012, p. 28), which cites data from 2005, the poverty rate of Roma in Croatia was two and a half times higher than that of the rest of the population living near Roma. Poverty among Roma was much more widespread than in other groups or in the society as a whole, which is confirmed by the fact that 76% of Roma and 20% of the rest of the population who lived near Roma settlements/ghettos lived in absolute poverty.

In this research Roma women were also asked if they owned a car as one of the indicators of deprivation, although it was known in advance that the vehicle was generally owned by a male family member and that there could be very few female respondents who would give a positive answer. In a related survey on the Roma population of UNICEF in 2015 in Bosnia and Herzegovina, 37.9% of Roma households had a vehicle, in Macedonia 17.2% and in Serbia 33.1% (Bernat, 2015, p. 29), but ownership of a vehicle was generally by a male family member.

By contrast, 74.1% of households in Bosnia and Herzegovina had a refrigerator, 85.6% in Macedonia, and 83.1% of households in Serbia. 89.2% of households in Bosnia and Herzegovina had a mobile phone, in Macedonia 82.5% and in Serbia 83.8% of households (Bernat, 2015, p. 29).

The research also wanted to explore the possibility of meeting material needs with the current income of Roma women in Roma settlements/ghettos. Respondents were asked how they subjectively perceived the level of their material condition in the household in which they live

by being asked how they managed with the income they considered the household income. The question made sense since in Roma families, as a rule, male family members earn by doing formal and informal work outside the household, and the woman is in charge of entire care of the household, meal preparation, maintenance of cleanliness, childcare, although she usually does not have any part in the household income or uses only a part of the income that a male family member makes available to her for the purchase of basic household supplies.

This question was intended to concurrently investigate whether individuals went to bed hungry and to cover at least one indicator of (child) poverty (Stubbs et al., 2017).

Table 4: Possibilities for meeting the material needs of Roma women involved in the research in Roma settlements/ghettos in the area of Međimurje County in the overall sample

<i>The material situation in the household</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Live comfortably on current income	14	4.0
Manage to somehow live on current income	92	26.3
Fails to make ends meet on current income	52	14.9
Have a very hard time living on current income	89	25.4
Have a very hard time surviving on current income	69	19.7
At least one household member at least once in the past month went to bed hungry because they had nothing to eat	34	9.7
Total	350	100

Source: Own source, 2021.

Table 4 presents an overview of the subjective (self-)assessment of Roma women in Roma settlements/ghettos on the possibility of meeting material needs with current income. From the presented data it is evident that only 14 subjects, i.e. 4% of them, “live comfortably on current income”, compared to just over 1/4 of the subjects, or 26.3%, who “manage to somehow live on current income”, which together indicates that 30.3% of the respondents positively assessed the material conditions in which they live. Nearly 7/10 of the remaining respondents stated that either 14.9% “fail to make ends meet on current incomes”, furthermore 1/4 or 25.4% “have a hard time living on current income”, and 1/5 of them, or 19.7% , “have a very hard time surviving on current income”. In almost 1/10 of the cases, respondents stated that in their household they or “at least one household member at least once in the past month went to bed hungry because they had nothing to eat” which actually indicates that a part of Roma are so materially deprived that they live in conditions of famine. The obtained data on almost 10 percent of those who go to bed hungry is in agreement with the data obtained in earlier studies. In particular, the same data was examined through a subsequent analysis of the so-called “base data” (Kunac et al., 2020, p. 46) showing that in every other household (48%) at least once or more times a member of the household went to bed hungry which on the national sample is a far higher percentage than that obtained by this survey. Furthermore, the fewest such households were in Zagreb and its surroundings – 27%, while there were significantly more in Međimurje – 56% and Northern Croatia – as many as 70%. By comparison, the FRA survey (2014) found an average in the EU where 40% of Roma lived in a household where someone went to bed hungry, while the data for the general population was below 10%.

The EU results – MIDIS II survey also yielded data on the percentage of Roma who lived in households where at least one person went to bed hungry once, several times, or four or more times the previous month. The study found that at the level of the whole sample, in all 9 countries observed, a total of 7% of Roma surveyed lived in households where at least one person regularly went to bed hungry the previous month (that is, 4 times or more). The majority of Roma respondents, 17%, showed frequent hunger when going to bed in Croatia, followed by Greece with 13%, and Hungary with 11% of Roma (FRA, 2018, p. 16). When looking at the

percentage of Roma who go to bed hungry at least once and comparing this data with the results of a previously conducted study, the results obtained were that there was a high percentage of people who went to bed hungry at least once in the Roma settlements/ghettos and comparative data for 2011 and 2016 for Croatia showed that among Roma there were 38% of such families in 2011 and this percentage remained unchanged in 2016. In Spain, in 2011 there were 54% of Roma who went to bed hungry while in 2016 that share was 48%. In Bulgaria there was a change from 40% to 27%, in Romania there was a decrease from 61% to 32%, in Hungary from 36% to 20%, and in the Czech Republic from 31% to 20% of those who went to bed hungry at least once a week (FRA, 2018, p. 34).

An example of the Međimurje Roma settlement Kuršanec in which between 2000 and 2008 about 90% of households used the right to maintenance assistance shows the degree of dependence of the Roma population on this type of social assistance (Šlezak, 2012). Kuršanec is an example of the so-called “marginalized community”- Roma community organized as a separate Roma settlement in the immediate vicinity of the non-Roma majority population for which Griffiths (1988) accurately described their common characteristics, namely low level of economic activity, personal poverty, dependence on social assistance programs, poor health status, uncomfortable living conditions, poor social organization, low level of education, low self-esteem, vandalism, theft, crime, etc., and living in segregated and ghettoized communities only reinforces the social marginalization of residents (Sucur, 2000, p. 218). According to the results of the EU-MIDIS II survey, a total of 80% of surveyed Roma and their children lived on incomes below the appropriate national poverty risk threshold, while - this percentage on EU level was 17% of those at risk of poverty in 2014. The survey showed that in Spain 98%, Greece 96%, and Croatia 93% of the Roma population had incomes below the national threshold of income-based poverty. By contrast, although the poverty rate was lowest in the Czech Republic (58%) it was still almost six times higher than the poverty rate in the general population of Roma in the Czech Republic. Regarding the possible comparison with the results obtained in this research, the EU – MIDIS II survey found that the total household income was sufficient to make ends meet for very few respondents. In fact, as many as 92% of Roma surveyed responded that they encountered some difficulties in this regard, with as many as 45% having shown that they encountered “great difficulties”. The analysis carried out in individual countries showed that in Greece and Portugal this percentage reached 74%, while in Croatia it was recorded that 52% of Roma had great difficulty, and a further 32% found it difficult to make ends meet, which in overall meant that 84% of Roma lived in difficult circumstances (FRA, 2018, p. 15). The OESC survey (2013, p. 12) showed that in Croatia, based on income, 9% of Roma were exposed to poverty compared to 5% of the Roma population. This ratio of poverty between Roma and non-Roma population was significantly less favourable in other countries of the region, and the percentage of poor people was 42% of Roma in Bosnia and Herzegovina compared to 14% of non-Roma, Former Yugoslav Republic of Macedonia 41% Roma versus 14% of non-Roma, Montenegro 29% Roma versus 5% non - Roma, Serbia 30% Roma versus 85% non-Roma and in Albania 37% Roma versus 15% non-Roma (OESC, 2013, p. 12). Relative Roma poverty was also shown in the FRA Report (2018, p. 33) which also described the changes in comparing 2011 data with 2016 data. In Croatia in 2011, 92% of Roma were relatively poor, and in 2016 this percentage increased slightly and there were 93% of them poor. In Bulgaria, the percentage within the two observed years was the same and remained at 86%, while in Spain it rose from 90% to 98%, and in Greece from 83% to 96%. The decline in the percentage of relatively poor Roma was recorded in Romania, with a drop from 78% to 70%, Slovakia from 91% to 87%, and in the Czech Republic fell from 80% to 58% (FRA, 2018, p. 33).

Finally, the obtained data should be seen in the light of the data according to which in Croatia 14.1% of people live in households that find it very difficult to make ends meet, and have significant problems in settling their financial obligations. Also in Croatia there are 28.6% of people living in households find it difficult to make ends meet, and 40.4% of people living in households make ends meet with little difficulty. The smallest percentage, 0.6%, includes people living in households where they easily make ends meet (DZS/CBS, 2019).

Rubil and Associates (2018) also cautioned that some studies have pointed to the long-term harmful consequences of growing up in poverty, pointing specifically to studies by Conger, Conger and Martin (2010) and Esping-Andersen (2009). Conclusions stemming from other research (Stewart 2012; Cooper and Stewart in 2013; 2017), which according to Rubil, Stubbs and Zrinščak (2018) showed that “there is strong evidence that growing up in poverty is significantly associated with poorer outcomes, namely cognitive development, school success, health and socialization outcomes in general.” Unfortunately, the conclusions which were drawn also apply completely to the Roma population in which the material situation is many times worse than in the general population.

4 Conclusion

The results have shown a strong material deprivation of the Roma population, in particular, of Roma women, were 78.29% of Roma women living in conditions of moderate material deprivation, and 2.29% in conditions of severe material deprivation, thus confirming the data available from secondary sources and the need for urgent social intervention.

Research has shown that in almost 1/10 of the cases in the Roma household, “at least one household member has gone to bed hungry in the past month because they had nothing to eat.”

Šućur (2000) states that most of the Roma population was in a “vicious cycle” of poverty that often took an extreme form, and in fact represented a state of misery in which the fundamental existential needs of the Roma were threatened. Since the economic position of Roma is significantly worse in all societies than that of other poor groups, Šućur stated that Roma is outside the stratification system, i.e. below the lower layers of the normal stratification scale, and that their position can be regarded as a position of “subclass ” or “remaining class ”, stating that “the concepts of a subclass are closely linked concepts of poverty, urban segregation and ethnic (racial) discrimination, and given their economic status, Roma is not only marginalized but also “excluded ” from the social stratification system. (Šućur, 2000, p. 219).

This is why it is of extreme importance that the adoption of the new National Roma Inclusion Plan, for the period 2021–2027 (LNGNR, 2020) as a priority objective, is to highlight the reduction of poverty and social exclusion. Through sectoral policies, the majority of society is responsible for making further efforts to ensure that Roma women and Roma in general not only have access to appropriate social protection programs, income support, and benefits in kind and the provision of services for disadvantaged Roma, but it is necessary to choose to target investment in human capital, infrastructure development, and social cohesion policy.

Particular attention should be paid to preventing and combating child poverty and Roma poverty by taking enhanced national measures that take into account mechanisms that prolong multigenerational poverty and the need to support Roma children and Roma women in interconnected areas of employment, social services, education, health, and housing.

LITERATURE

1. Bagić, D., Burić, I., Dobrotić, I. et al. (2014). Romska svakodnevica u Hrvatskoj: prepreke i mogućnosti za promjene. Zagreb: UNDP, UNHCR i UNICEF.
2. Bartosz, A. (2009). Propozycja zapisu języka romani (pisownia sulejowska). *Studia Romologica*, 2(1), 153–166.
3. Bernat, A. (2015). The Rights of Roma Children and Women in Bosnia and Herzegovina, the former Yugoslav Republic of Macedonia, and Serbia: A comparative review and further analysis of findings from MICS surveys in Roma settlements/ghettos in the three countries. Geneva: UNICEF.
4. Conger, D. R., Conger, K. J. and Martin, M. J. (2010). Socioeconomic status, family processes, and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 685–704.
5. Cooper, K. and Stewart, K. (2013). Does Money Affect Children's Outcomes? A Systematic Review Child Poverty Insights. Policy Analysis. UNICEF Policy and Strategy, 1–3. Retrieved from <http://www.jrf.org.uk/publications/does-money-affect-childrens-outcomes>.
6. Cooper, K. and Stewart, K. (2017). Does Money Affect Children's Outcomes? An Update CASE Paper. London: London School of Economics.
7. Đurić, R. (1987). Seobe Roma: Krugovi pakla i venac sreće. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.
8. Esping - Andersen, G. (2009). *Incomplete Revolution: Adapting Welfare States to Women's New Roles*. Cambridge, UK: Polity Press.
9. Eumidis II - Drugo istraživanje Europske unije o manjinama i diskriminaciji Romi – odabrani rezultati. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
10. Hrvatić, N. (2004). Romi u Hrvatskoj: od migracija do interkulturalnih odnosa. *Migracijske i etničke teme*, 20(4), 367–386.
11. Kunac, S., Klasnić, K. and Lalić, S. (2019). Inclusion of Roma in Croatian Society: Research of Basic Data. Zagreb: Ured za nacionalne manjine Vlade RH.
12. Kupirović, B. (2016). Kultura i identitet Roma Lovara u Hrvatskoj. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
13. Nacionalna strategija za uključivanje Roma (NSUR), za razdoblje od 2013. do 2020. (2012). ULJPPNM (Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.
14. Najbolja iskustva iz prakse za uključivanje Roma Regionalni izvještaj o borbi protiv diskriminacije i učešću Roma u procesu donošenja odluka na lokalnom nivou. (2013). OESC (Organizacija za europsku sigurnost i suradnju). Varšava, Poljska: OSCE-ova Kancelarija/Ured za demokratske institucije i ljudska prava (ODIHR).
15. Nasilje nad ženama: istraživanje provedeno diljem Europske unije. Kratki pregled rezultata. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
16. Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2018. (2019). Državni zavod za statistiku. *Priopćenje*, 66(14), 1.1.
17. Popis stanovništva u RH - 2011. godine. (2012). DZS (Državni zavod za statistiku). Zagreb: DZS.
18. Posavec, K. (2000). Sociokulturna obilježja i položaj Roma u Europi—od izгона do integracije. *Društvena istraživanja - Časopis za opća društvena pitanja*, 9(2–3), 229–250.
19. Racz, A. (2021). Stavovi o nasilju nad ženom u obitelji i njegova učestalost među Romima u Međimurju. Nova Gorica: School of Advanced Social Studies in Nova Gorica (SASS).
20. Rubil, I., Stubbs, P. and Zrinščak, S. (2018). Dječje siromaštvo i strategije nošenja sa siromaštvom kućanstava u Hrvatskoj: kvantitativno-kvalitativna studija, *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 26(2), 59–116.
21. Stubbs, P., Ledić, M., Rubil, I. et al. (2017). Dječje siromaštvo i strategije nošenja sa siromaštvom kućanstava u Hrvatskoj. Zagreb: EIZG i Zaklada Adris.
22. Šlezak, H. (2010). Demogeografska i sociokulturna obilježja Romske populacije u Međimurju, Master thesis. Zagreb: Geografski odsjek Prirodoslovno-matematičkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

23. Šućur, Z. (2000). Romi kao marginalna skupina. Društvena istraživanja - Časopis za opća društvena pitanja, 9(2-3), 211-227.
24. The Situation of Roma in 11 EU member States. (2012). FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Etična opredelitev splošne populacije do izvedbe abortusa

UDC 618.39:17

KLJUČNE BESEDE: abortus, umetna prekinitev nosečnosti, etična dilema

POVZETEK – Abortus ali splav pomeni prekinitev življenja pred rojstvom. Stališča splošne populacije do abortusa so precej različna. Izvedba abortusa je težka odločitev za žensko in obsojanja zaradi tega ji prav gotovo niso v pomoč. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je mnenje splošne populacije do izvedbe abortusa. Raziskava je temeljila na deskriptivno kvantitativni metodi dela, kjer smo za zbiranje primarnih podatkov uporabili tehniko anketiranja. Vzorec je zajemal 110 anketirancev, kateri so na ankete odgovarjali preko spleta. Z raziskavo ugotavljamo, da je večina anketirancev naklonjena abortusu, še posebej to odločitev podpirajo v primeru posilstva. Velika večina anketirancev je mnenja, da ima abortus tako fizične kot psihične posledice na žensko, kar kaže na to, da odločitev za izvedbo abortusa ni lahka. Je pa le 48 % anketirancev mnenja, da ima partner pravico odločati o abortusu, ostali pravijo, da to ni partnerjeva pravica (20 %) oz. so ostali neopredeljeni (32 %). Anketiranci so mnenja, da bi etične predsodke pri takšnih odločitvah lahko zmanjšali z večjo izobraženostjo prebivalstva. Sprejetje abortusa je izredno težka odločitev, ki ima lahko hude posledice za žensko, saj se zaveda, da bo na takšen način onemogočila življenje svojemu nerojenemu otroku. Vendar pa bi moralo biti vsaki posameznici omogočeno, da odloča o svojem telesu in svoji prihodnosti.

UDC 618.39:17

KEYWORDS: abortion, artificial termination of pregnancy, ethical dilemma

ABSTRACT – Abortion or termination of pregnancy is the termination of life before birth. The general population's attitude toward abortion varies widely. Abortion is a difficult decision for a woman to make, and being judged for it is certainly not helpful. With the survey, we wanted to find the general population's opinion about abortion. The research was based on a descriptive quantitative working method, in which we used the survey technique to collect the primary data. The sample consisted of 110 respondents who answered the surveys online. The survey shows that the majority of the respondents support abortion, especially in the case of rape. The vast majority of the respondents believe that abortion has both physical and psychological consequences for a woman, suggesting that the decision to have an abortion is not an easy one. However, only 48% of the respondents think that the partner has the right to decide about abortion, the rest say that it is not the partner's right (20%) or remain undetermined (32%). The respondents believe that ethical bias in such decisions could be reduced by better public education. Accepting abortion is an extremely difficult decision that can have serious consequences for a woman, as she is aware that in this way she will make life impossible for her unborn child. Nevertheless, every individual should have the opportunity to make decisions about his or her body and future.

1 Uvod

Abortus ali umetna prekinitev nosečnosti izhaja iz latinske besede in pomeni umreti pred rojstvom (Prebil idr., 2010, str. 114). Izvedba abortusa v večini primerov predstavlja veliko etično dilemo, saj se konča s smrtjo ploda. Ker se ob tem poraja veliko etičnih vprašanj glede ustreznosti njegove izvedbe, ima abortus na eni strani zagovornike na drugi strani pa nasprotnike. Njegove nasprotnike najdemo tudi med zdravstvenim osebjem in z našo zakonodajo je ob tem možen ugovor vesti. Če je nekaj pravno uzakonjeno in moralno sprejemljivo, to še ne pomeni, da je tudi za posameznika etično sprejemljivo. Tukaj se lahko

sklicujemo na Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), ki v 56. členu določa naslednje: »Zdravstveni delavec lahko odkloni zdravstveni poseg, če sodi, da ni v skladu z njegovo vestjo in z mednarodnimi pravili medicinske etike. Zdravstveni delavec mora o svojem ugovoru vesti obvestiti zdravstveni zavod. Zdravstveni zavod mora to upoštevati, vendar mora bolnikom zagotoviti možnost za nemoteno uveljavljanje pravic s področja zdravstvenega varstva. Zdravstveni delavec ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči«. To pomeni, da zdravstveni delavec lahko odkloni izvedbo abortusa pri pacientki, vendar pa zaradi tega pacientka ne sme trpeti in to ne sme vplivati na njeno odločitev. Se pravi, da bo njeno željo oz. odločitev izpeljal nekdo drug, ki je za to ustrezno usposobljen. V kolikor bi šlo za urgentno zadevo in bi bilo ogroženo zdravje nosečnice oz. otroka, pa ugovor vesti ni možen. V Sloveniji je z ustavo zagotovljena pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok in odločitev je do 10. tedna nosečnosti izključno v domeni nosečnice, kljub morebitni mladostnosti nosečnice.

Z našo raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je mnenje splošne populacije o izvedbi abortusa, kdaj odobravajo njegovo izvedbo oz. ali je odločitev zanj le v domeni nosečnice ali bi moral pri tem odločati tudi partner.

2 Metode

Namen raziskave je bil ugotoviti mnenje splošne populacije do izvedbe abortusa. V raziskavi smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšno je stališče splošne populacije do abortusa?
- Kakšno je stališče splošne populacije o odločanju partnerja glede abortusa?
- V katerih situacijah se ljudem abortus zdi upravičen?

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarni podatki za analizo so bili pridobljeni s tehniko anketiranja. Vir podatkov v teoretičnem delu je bil pridobljen s pregledom domače in tuje literature ter internetnih baz. Podatke smo pridobili tudi s pomočjo podatkovnih baz, kot so Google Scholar, CHINAL, COBISS, PubMed.

2.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Anketni vprašalnik v prvem sklopu vsebuje vprašanja, ki se nanašajo na demografske podatke anketirancev, v drugem sklopu pa so vprašanja, ki se nanašajo na raziskavo.

2.3 Opis vzorca

Vzorec je bil naključni, v njem je sodelovalo 110 anketirancev.

Tabela 1: Demografski podatki (n = 110)

<i>Spol</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Moški	19	17 %
Ženski	91	83 %
<i>Starost</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Do 25 let	82	75 %
26–35 let	16	15 %
36–45 let	6	5 %
46–55 let	6	5 %

Nad 56 let	0	0 %
<i>Dokončana izobrazba</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Osnovnošolska	2	2 %
Srednješolska	63	57 %
Višješolska	14	13 %
Magisterij	31	28 %
Doktorat	0	0 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v mesecu januarju 2022 preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje na domeni <https://www.lka.si/>, do povezave so lahko dostopali preko spletnih omrežij. V raziskavi so bila upoštevana etična načela, ki veljajo v raziskovanju. Zbrani podatki so bili računalniško obdelani s programom Microsoft Office Excel, rezultati so predstavljeni v nadaljevanju.

3 Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati, ki smo jih dobili z našo raziskavo, v kateri je sodelovalo 110 anketirancev.

Tabela 2: Podpiranje abortusa

<i>Odgovori</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Podpiram abortus	68	62 %
Abortusa ne podpiram	11	10 %
Sem neodločen/a	31	28 %

Vir: Anketa, 2022

V tabeli dva so prikazana mnenja anketirancev glede podpore abortusu. Velika večina, kar 62 % se strinja z izvedbo abortusa, 10 % se izvedba abortusa ne zdi sprejemljiva, medtem ko je 28 % neopredeljenih.

Tabela 3: Posledice izvedbe abortusa za žensko

<i>Odgovori</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Psihične posledice	32	29 %
Fizične posledice	0	0 %
Fizične in psihične posledice	66	60 %
Nima posledic	12	11 %

Vir: Anketni vprašalnik, 2022

V tabeli tri so prikazana mnenja anketirancev, kakšne so posledice izvedenega abortusa za žensko, pri čemer se je 29 % anketirancev opredelilo, da abortus pušča psihične posledice, nihče se ni odločil za samo fizične posledice, da abortus pušča tako fizične kot psihične posledice pri ženski je odgovorilo 60 % anketiranih, 11 % pa meni, da izvedba le tega ne vpliva na žensko.

Tabela 4: Pravica partnerja pri odločitvi izvedbe abortusa

<i>Odgovori</i>	<i>Število</i>	<i>Odstotek</i>
Da	53	48 %
Ne	22	20 %
Sem neodločena	35	32 %

Vir: Anketa, 2022.

V tabeli 4 so predstavljena mnenja anketirancev glede pravice partnerjev pri odločitvi za izvedbo abortusa. Večji del anketirancev je mnenja, da ima partner pravico sodelovati pri odločanju za izvedbo abortusa, tega mnenja je 48 % anketirancev, 20 % jih meni, da partner pri tem nima pravice sodelovati, 32 % pa ostaja glede tega neopredeljenih.

Tiste anketirance, ki so bili mnenja, da partner nima pravice sodelovati pri odločanju za izvedbo abortusa, smo prosili, da svoje mnenje obrazložijo. 18 % jih je dejalo, da tako menijo, ker so ženske tiste, ki bodo morale donositi otroka in ga kasneje dojiti in moški pri tem nimajo nobene vloge, 82 % pa jih je dejalo, da zato, ker samo ženska lahko odloči, kaj se bo dogajalo z njenim telesom.

Tabela 5: Ocena trditve o podpori abortusa (n = 110)

Trditve	1 – podprem brez pomisleka	2 – podprem	3 – ne morem se odločiti	4 – ne podprem	5 – sploh ne podpre m	Povprečna vrednost	Standardni odklon
Nenačrtovan a nosečnost	32 (29 %)	28 (25 %)	27 (25 %)	17 (16 %)	6 (5 %)	2, 6	1, 20
Rizična nosečnost	41 (37 %)	37 (34 %)	26 (24 %)	5 (4 %)	1 (1 %)	2, 1	0, 95
Mladoletna nosečnost	28 (26 %)	25 (23 %)	30 (27 %)	20 (18 %)	7 (6 %)	2, 4	1, 23
Ugotovljene nepravilnosti na plodu	55 (50 %)	37 (34 %)	12 (11 %)	5 (4 %)	1 (1 %)	1, 8	0, 86
Posilstvo	82 (74 %)	12 (11 %)	4 (4 %)	4 (4 %)	8 (7 %)	1, 7	1, 26
Nosečnost z družinskim članom ali sorodnikom	65 (59 %)	25 (23 %)	9 (7 %)	4 (4 %)	7 (6 %)	1, 8	1, 21

Vir: Anketni vprašalnik, 2022.

Tabela 5 prikazuje ocene trditve o podpori abortusa po Likertovi lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni podprem brez premisleka, 2 pomeni podprem, 3 pomeni se ne morem odločiti, 4 pomeni ne podprem in 5 pomeni sploh ne podprem. Največ anketirancev bi podprlo abortus v primeru posilstva (74 %) oz. v primeru zanositve z družinskim članom (59 %), 50 % anketiranih bi podprlo abortus v primeru ugotovljenih nepravilnosti na plodu, nato sledi rizična nosečnost (37 %), nenačrtovana nosečnost (29 %) in mladoletna nosečnost (26 %).

4 Razprava

Postavili smo si tri raziskovalna vprašanja, katerih odgovori so predstavljeni v nadaljevanju.

Prvo postavljeno raziskovalno vprašanje: »Kakšno je stališče splošne populacije do abortusa?«

Na to vprašanje lahko odgovorimo, da večina anketirancev podpira abortus. Abortus bi podprlo kar 62 % anketiranih. Večji del anketirancev je bilo ženskega spola (83 %), kar najverjetneje tudi vpliva na višji odstotek podpiranja abortusa. Chima in Mamdoo (2015, str. 31) navajata, da so avtonomne pravice žensk lahko v nasprotju ploda do osebnosti in moralnimi obveznostmi zdravnika za družbo, kar predstavlja etično dilemo. Kot pri vseh takšnih dilemah, ima abortus svoje zagovornike in nasprotnike. V raziskavi, ki je bila opravljena med belgijskim zdravstvenim osebjem, so ugotavljali njihovo stališče do izvedbe abortusa v visoki nosečnosti, se pravi po 22. tednu nosečnosti. Belgijski zakon o splavu ne navaja najdaljšega trajanja

nosečnosti, do katerega se lahko izvaja medicinska prekinitve nosečnosti. Raziskava je pokazala, da večina zdravstvenega osebja podpira izvedbo abortusa v visoki nosečnosti v primeru, da je znano, da plod ne bo preživel (100 %) oz. v primeru resnih (vendar ne smrtonosnih) fetalnih stanjih (95,6 %). Kjer je plod zdrav, se je 19,8 % anketirancev strinjalo s poznim abortusom za psihološke težave matere in manj anketirancev (13,2 %) se je strinjalo s poznim abortusom v primeru materinih socialno-ekonomskih težav (Roets idr., 2021, str. 75). Zanimivo je dejstvo, da so nekatere evropske države šele pred kratkim legalizirale abortus. Tako so na Irskem začeli z izvajanjem abortusa šele 1. januarja 2019 in raziskava, ki so jo opravili O'Shaughnessy idr. (2021, b. s.) kaže na to, da je med njihovim zdravstvenim osebjem nizka raven znanja za izvedbo varnega in učinkovitega abortusa, za kar potrebujejo dodatno izobraževanje. Kralj idr. (2021, str. 10) navajajo, da nekatere države Unije še vedno omejujejo pravico do abortusa na zelo ozke okoliščine in na takšen način žensko prisilijo v izvedbo ilegalnega abortusa, ki za sabo potegne tudi določena tveganja oz. žensko prisilijo v to, da donosi proti svoji volji, kar je kršitev temeljne človekove pravice.

Drugo raziskovalno vprašanje: *»Kakšno je stališče splošne populacije o odločanju partnerja glede abortusa?«*

Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP) v 17. členu določa, da je umetna prekinitve nosečnosti medicinski poseg, ki se upravi na zahtevo nosečnice, če njena nosečnost ne traja več kot deset tednov. Pri tem je udeležena le ženska, partnerjeva odločitev pa ni potrebna oz. ni pomembna. Pri tem je potrebno opozoriti na neskladnost 55. člena Ustave RS, ki govori o svoboščini obeh staršev in ne o pravici posameznika. Torej v tem primeru prihaja do neskladja (Pisnik, 2012, str. 21). Manj kot polovica naših anketirancev (48 %) je mnenja, da imajo partnerji pravico sodelovati pri odločitvi za izvedbo abortusa, 20 % jih meni, da o tem nimajo pravice odločati oz. jih je neopredeljenih (32 %). Kot razlog, zakaj mislijo, da partner o tem nima pravice odločati, so v 82 % odgovorili, da gre za žensko telo, o katerem odloča sama oz. jih je 18 % mnenja, da bodo ženske tiste, ki bodo morale donositi otroka. Za spočetje otroka sta potrebni dve osebi in tudi pri odločitvi glede abortusa bi morala partnerja sodelovati skupaj, ob tem pa je prav, da partner podpira odločitev ženske, saj odločitev za abortus ni lahka in lahko pušča negativne posledice pri ženski.

V preteklosti so bile v razvitem svetu ženske močno stigmatizirane, kar lahko razberemo iz zapisov njihovih zgodb in odločitev o rojstvu otroka ni bila v njihovi domeni (Miklavčič, 2019, b. s.). Njihova vloga je bila povezana z reproduktivnostjo in vzgojo otrok, njihov položaj je bil podrejen moškemu (Novak, 2022, str. 2). Skozi zgodovino so ženske pridobivale številne pravice, žal pa te še v marsikateri državi na veljajo za samoumevne, marsikje se celo dogaja, da prehajajo ponovno korak nazaj in omejujejo svobodo žensk, kljub že sprejetemu napredu (Boetting, 2016, str. 4).

Tretje raziskovalno vprašanje: *»V katerih situacijah se ljudem abortus zdi upravičen?«*

Mann idr. (2020, str. 312) pravijo, da število umetnih prekinitve nosečnosti med avstralskimi najstniki pada, kar naj bi bilo vzporedno s trendi v ZDA, ki so bili pripisani kombinaciji vse večjega dostopa do učinkovitih metod kontracepcije, spreminjajočih se družbenih norm in vplivov medij (Boonstra, 2014, str. 17). Zaskrbljujoče pa je dejstvo, da v državah Vzhodne Evrope ženske kot metodo za uravnavanje rodnosti uporabljajo umetno prekinitve nosečnosti, ker je bolj dostopna in cenejša kot kontracepcija (Ličer, 2012, str. 55). Razlogov za prekinitve nosečnosti je več. To so terapevtski razlogi, kamor uvrščamo zdravstvene, kateri zajemajo fizično ali psihično zdravje nosečnice, ki je zaradi nosečnosti ogroženo ter evgenični razlogi, ko se pričakuje, da bo otrok rojen z nepravilnostmi v telesnem in duševnem zdravju. Temu sledijo pravni oz. moralno-etični razlogi, ko ženska zanosi zaradi storitve kaznivega dejanja,

kot je posilstvo in krvoskrunstvo, zdravstveno-socialni razlogi, ko se nosečnost prekine zaradi ogroženega zdravja nosečnice in njenega otroka oz. iz socialnih razlogov, ko bi porod pomenil slabe bivalne pogoje za nosečnico in otroka. Ostali razlogi so še strah nosečnice pred starši oz. partnerjem. Zakon o zdravstvenih ukrepih v 22. členu navaja, da lahko mladoletna oseba prekine nosečnost brez privolitve staršev oz. skrbnikov. Zdravstvena ustanova, ki bo poseg opravila, je dolžna le obvestiti starše oz. skrbnika o izvedbi posega, razen v primeru, da je nosečnica pred polnoletnostjo pridobila popolno poslovno sposobnost (Pisnik, 2012, str. 30–31).

Večina naših anketirancev bi abortus podprlo v primeru posilstva (74 %) oz. krvoskrunstva (59 %), sledi zaradi ugotovljenih nepravilnosti na plodu (50 %), nato zaradi rizične nosečnosti (37 %), v 29 % pa se je odločilo, da bi ga podprli zaradi nenačrtovane nosečnosti oz. 26 % v primeru mladoletne nosečnosti. Slovenci smo tolerantni za izvedbo abortusa, vendar pa se leta ne sme izrabljati kot sredstvo za uravnavanje nosečnosti. Razlogov za abortus je več in tudi mnenja, kdaj je primerno izvesti abortus in kdaj ne so različna. Tako so na Poljskem leta 2021 izvedli abolicijo zakona o načrtovanju družine iz leta 1993, kateri je dovoljeval izvedbo umetne prekinitve nosečnosti v primerih nenormalnosti ploda. Zakon je bil ugotovljen kot protiustaven in tako so naredili velik korak nazaj pri svobodni odločitvi o izvedbi abortusa, saj so dosegli skoraj popolno prepoved njegove izvedbe (po ocenah je bilo približno 96 % umetnih prekinitev nosečnosti izvedenih ravno zaradi nepravilnosti v razvoju ploda) (Kapelańska - Pręgoska, 2021, str. 213–214). Tukaj lahko govorimo o kršitvi osnovnih pacientovih pravic, saj je mati tista, katera naj bi skrbela za otroka z razvojnimi omejitvami, kar pomeni, da bo morala celo življenje skrbeti zanj, kar ne predstavlja samo psihično, ampak tudi fizično, socialno in ekonomsko breme. Večina žensk se zelo težko odloči za izvedbo abortusa, ne glede na to, kaj je vzrok za takšno odločitev in ob tem naj bi ji bila okolica v oporo, ne pa še dodatno izvajala pritisk nanjo in ji tako oteževala že tako težko odločitev.

LITERATURA

1. Boetting, E. H. (2016). New Directions in Theorizing Human Rights. *Journal of International Political Theory*, (121), 3–9. doi:10.1177/1755088215612377
2. Boonstra, H. D. (2014). What's Behind the Decline in Teenage Pregnancy Rates? *Guttmacher Policy Review*, 17(3), 15–21.
3. Chima, S. C. in Mamdoo, F. (2015). Ethical and Legal Dilemmas Around Termination of Pregnancy for Severe Fetal Anomalies: A Review of Two African Neonates Presenting With Ventriculomegaly and Holoprosencephaly. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18, 31–39. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.1708>
4. Kapelańska - Pręgoska, J. (2021). The Scales of the European Court of Human Rights: Abortion Restriction in Poland, the European Consensus, and the State's Margin of Appreciation. *Health and human rights*, 23(2), 213–224.
5. Kralj, A., Renner, T., Leskošek, V. idr. (2021). *Pravica do abortusa*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Ličen, Z. (2012). Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. *Socialno delo*, 51(1–3), 55–64.
7. Mann, L., Bateson, D. in Black, K. I. (2020). Teenage Pregnancy. *Australian Journal of General Practice*, 49(6), 310–316. <https://doi.org/10.31128/AJGP-02-20-5224>
8. Miklavčič, M. (2019). *Ogenj, rit in kače niso za igrače*. Žiri: Jutri 2052.
9. Novak, S. (2022). *Mladostnice in umetna prekinitev nosečnosti (Magistrska naloga)*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta-Socialna pedagogika.
10. O'Shaughnessy, E., O'Donoghue, K. in Leitao, S. (2021). Termination of Pregnancy: Staff knowledge and Training. *Sexual & Reproductive Healthcare: official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 28, 100613. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100613>

11. Pisnik, S. (2012). Pravna ureditev umetne prekinitve nosečnosti v Republiki Sloveniji (Magistrska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta.
12. Prebil, A., Mohar, P. in Fink, A. (2010). Etika in zakonodaja v zdravstvu. Učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.
13. Roets, E., Dierickx, S., Deliens, L. idr. (2021). Healthcare Professionals' Attitudes Towards Termination of Pregnancy at Viable Stage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(1), 74–83. <https://doi.org/10.1111/aogs.13967>
14. Zakon o zdravstveni dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). (2005). Uradni list RS, št. 23 (10. 3. 2005). Pridobljeno s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.
15. Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP). Uradni list RS, št. 11/1977, Uradni list RS, št 42/1986, Uradni list RS, št. 29/1995-ZDPF, 70/2000-ZZNPOB.

Strategije za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije: pregled literature

UDK 613.79:616–083.98-052

KLJUČNE BESEDE: enota intenzivne terapije, kakovost spanja, pacient, zdravstvena nega

POVZETEK – Pacienti so v enotah intenzivne terapije izpostavljeni številnim dejavnikom, ki lahko negativno vplivajo na njihovo spanje. Namen pregleda literature je bil preučiti najnovejše ugotovitve s področja izboljševanja kakovosti spanja pacientov v enotah intenzivne terapije. Iskanje literature je potekalo od marca do maja 2022. Preiskali smo PubMed, CINAHL, Science Direct in Cochrane Library na osnovi vključitvenih kriterijev. V kombinaciji ključnih besed (intensive care units, promotion, sleep quality, sleep) in s pomočjo Boolovih operatorjev (AND, OR) smo oblikovali iskalno strategijo. Iskali smo recenzirane prispevke v angleškem jeziku, ki so bili objavljeni med 2012 in 2022. Proces iskanja in analize literature je prikazan v diagramu PRISMA. Analizo in sintezo podatkov smo izvedli z metodo tematske analize. Za oceno kakovosti raziskav smo uporabili orodje Critical Appraisal Skills Programme. Našli smo 159 prispevkov, v končno analizo smo jih vključili 10 (2 pregleda literature, 6 empiričnih raziskav ter 2 pregleda literature z meta-analizo). Z odprtim kodiranjem smo identificirali 98 kod, ki smo jih razporedili v štiri kategorije: dejavniki, ki vplivajo na kakovost spanja, posledice slabe kakovosti spanja, farmakološki ukrepi, nefarmakološki ukrepi. Iz pregleda literature ugotavljamo, da je za promocijo spanja pri pacientih v enotah intenzivne terapije mogoče uporabiti različne farmakološke in nefarmakološke intervencije.

UDC 613.79:616–083.98-052

KEYWORDS: intensive care unit, sleep quality, patient, nursing care

ABSTRACT – Patients in intensive care units are exposed to a number of factors that can have a negative effect on their sleep. The purpose of the literature review was to examine the latest findings in the field of improving the quality of sleep of patients in intensive care units. Literature search was done between March and May 2022. We based our search through PubMed, CINAHL, Science Direct in Cochrane Library on the inclusion criteria. Search strategy was developed, combining keywords (intensive care units, promotion, sleep quality, sleep) and Boolean operators (AND, OR). We searched for peer-reviewed papers in English, published between 2012 and 2022. The process of searching and analyzing the literature is shown in the PRISMA diagram. Data analysis and synthesis were performed using the thematic analysis method. To assess the quality of the research, we used the Critical Appraisal Skills Program tool. We found 159 papers, of which 10 (2 literature reviews, 6 empirical studies and 2 literature reviews with meta-analysis) were included in the final analysis. Using open coding, we identified 98 codes, which were divided into four categories: factors affecting sleep quality, consequences of poor sleep quality, pharmacological measures, non-pharmacological measures. From the literature review, we find that various pharmacological and non-pharmacological interventions can be used to improve the quality of sleep in patients in intensive care units.

1 Uvod

Spanje je ena izmed fizioloških potreb vsakega posameznika, ki omogoča nemoteno delovanje življenjskih funkcij, uravnavanje telesne temperature, vpliva na metabolizem, izločanje

hormonov, kognitivne funkcije, razpoloženje, duševno in telesno krepitev ter spodbuja rast in delitev celic (Fink in Kobilšek, 2013). Gre za reverzibilno stanje, na katerega vplivajo številni dražljaji iz okolice, kot so svetloba, hrup, aktivnost ali temperatura (Beck Edvardsen in Hetmann, 2020). Normalno spanje je razdeljeno na dve vrsti spanca, in sicer na obdobje s hitrim premikanjem očes (ang. rapid eye movement – REM) in na obdobje z ne-hitrim premikanjem očes (ang. non-rapid eye movement – NREM) (Beltrami idr., 2015). V normalnem ciklu spanja se fazi REM in NREM izmenjujeta v približno 90-minutnih intervalih, medtem ko pri kritično bolnih pacientih manjka predvsem faza REM (Möller Petrun, 2021). Pacienti v enoti intenzivne terapije imajo namreč bolj razdrobljeno spanje in nenormalen cirkadiani ritem (Devlin idr., 2018), pogosteje se zbudajo, imajo več plitvih in manj globokih faz spanja (Möller Petrun, 2021).

Reuter - Rice idr. (2020) opisujejo fiziološke, patofiziološke, psihološke, psihosocialne, senzorične in okoljske dejavnike ter dejavnike v povezavi z zdravstveno oskrbo. Izsledki dosedanjih raziskav navajajo hrup kot glavni dejavnik, ki moti spanje pacientov v enoti intenzivne terapije (Beltrami idr., 2015). Isti vir navaja, da se raven hrupa v enoti intenzivne terapije giblje od 50 do 75 dB, medtem ko smernice Svetovne zdravstvene organizacije priporočajo omejitev zvoka v bolnišnici do 35 dB (Darbyshire in Young, 2013). Poleg hrupa k slabi kakovosti spanja prispevajo tudi posegi zdravstvene nege in svetloba, sledijo bolečina, pomanjkanje udobja, kakovost postelje, strah, tesnoba, mehansko prezračevanje, pacientova akutna bolezen ali posamezna zdravila (Beltrami idr., 2015; Möller Petrun, 2021; Devlin idr., 2018).

Z namenom ovrednotenja posameznikove kakovosti spanja v enoti intenzivne terapije se v klinični praksi uporabljajo tako objektivne kot tudi subjektivne meritve (Bani Younis idr., 2019). Zlati standard za merjenje kakovosti spanja na objektivni način je polisomnografija, vendar jo zaradi njene zahtevne uporabe v večini primerov nadomesti aktigrafija (meri telesno aktivnost v času spanja) ali bispektralni indeks (meri globino spanja) (Beltrami idr., 2015). Zaradi pomanjkanja podatkov o zanesljivosti omenjenih objektivnih metod, ameriške smernice pri pacientih, ki so orientirani in zmožni komunicirati, priporočajo uporabo Richards Campbellovega vprašalnika o spanju (Möller Petrun, 2021). Isti vir navaja, da poskušajo zdravstveni delavci s pomočjo meritev kakovosti spanja in s prepoznavanjem dejavnikov, ki motijo spanje, v največji možni meri prispevati k boljši kakovosti spanja kritično bolnih pacientov.

1.1 Namen, cilji in raziskovalna vprašanja

Namen raziskave je bil opisati značilnosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije. Cilj je bil ugotoviti kateri so temeljni dejavniki, ki se povezujejo s kakovostjo spanja, kakšne so posledice slabe kakovosti spanja, ter kateri so farmakološki ter nefarmakološki ukrepi za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v intenzivni terapiji.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- kateri dejavniki se povezujejo s kakovostjo spanja pacientov v enoti intenzivne terapije?
- kakšne so posledice slabe kakovosti spanja?
- kateri farmakološki ukrepi za izboljšanje kakovosti spanja pacientov se uporabljajo v enoti intenzivne terapije?
- kateri nefarmakološki ukrepi za izboljšanje kakovosti spanja pacientov se uporabljajo v enoti intenzivne terapije?

2 Metode

2.1 Metoda pregleda literature

Izvedli smo sistematični pregled literature v obdobju od 21. 4. do 2. 5. 2022. Pregledali smo literaturo, do katere smo dostopali preko specializiranih zbirk podatkov CINAHL, PubMed, The Cochrane Library in Medline. Oblikovali smo iskalno strategijo z uporabo Boolovega operatorja (AND) in kombinacijo naslednjih ključnih besed: »intensive care units«, »promotion«, »sleep quality« in »sleep«. Pri pregledu literature smo upoštevali vključitvene in izključitvene kriterije, ki so prikazani v Tabeli 1. Za prikaz poteka sistematičnega pregleda literature smo uporabili diagram PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (Page idr., 2021), kar je razvidno na Sliki 1.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

<i>Vključitveni kriteriji</i>	<i>Izključitveni kriteriji</i>
Besedilo v angleškem jeziku	Članek, ki ni napisan v angleškem jeziku
Dostopnost celotnega besedila	Dostopnost le bibliografskih podatkov o članku
Tematska ustreznost (strategije za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije)	Izbrana tematika ni neposredno obravnavana (pediatrična populacija, delirij)
Obravnavani vzorec so odrasli pacienti v enoti intenzivne terapije	Obravnavani vzorec niso odrasli pacienti v enoti intenzivne terapije
Izvirni in pregledni znanstveni članek, strokovni članek	Poljudni prispevek, kratko poročilo, opis primera
Recenzirano besedilo	Nerecenzirano besedilo
Objava v letih 2012–2022	Objava pred letom 2012

Vir: Lastni vir, 2022.

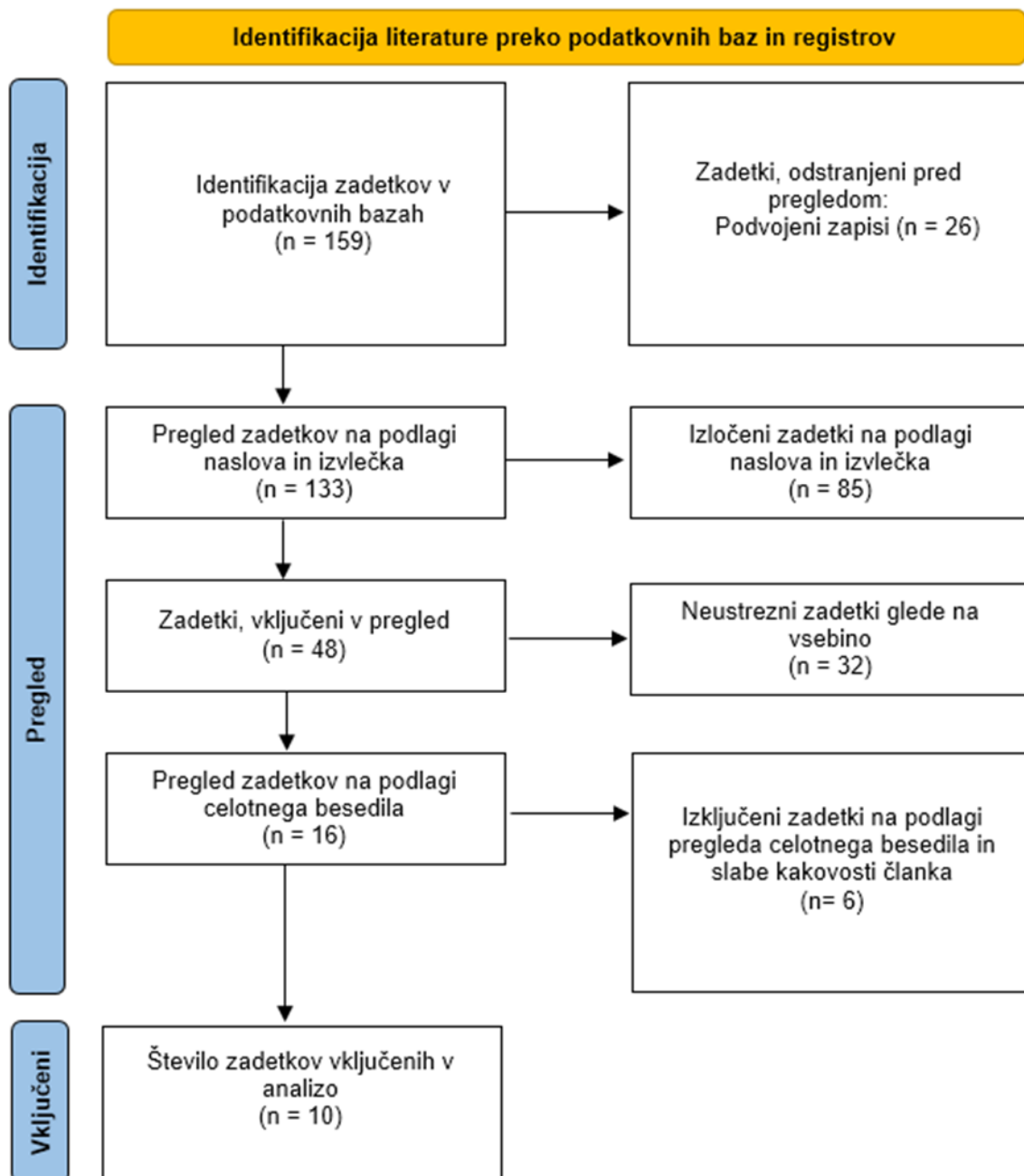
2.2 Rezultati pregleda

V prvi fazi smo z uporabo ključnih besed in omejitvenih kriterijev po zgoraj navedenih specializiranih zbirkah podatkov identificirali 159 zadetkov (24 - Medline, 50 - Cinahl, 45 - Cochrane Library, 40 - Pubmed). Na osnovi pregleda naslova, izvlečka in dvojnikov, je bilo naknadno izključenih 111 zadetkov. Ponovni pregled preostalih ($n = 48$) prispevkov je omogočil izločitev potencialno neprimernih. Sledil je naslednji korak, to je izključitev člankov ($n = 32$) na osnovi vsebinske neustreznosti ter izključitev člankov ($n = 6$) na podlagi pregleda celotnega besedila in slabe kakovosti članka. Kot je razvidno iz Slike 1, smo v končno analizo vključili 10 člankov. Vključili smo eno kvantitativno raziskavo, dve randomizirani kontrolirani raziskavi, eno prospektivno randomizirano kontrolirano raziskavo, eno randomizirano klinično raziskavo, en kvazi eksperiment, dva sistematična pregleda literature in dva sistematična pregleda literature z meta analizo. Vse vključene raziskave so obravnavale predvsem načine za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije. Dobljene rezultate smo sintetizirali z analizo vsebine (Vogrinc in Gantar, 2008), identificirali proste kode in jih združili v vsebinske kategorije.

2.3 Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. Za oceno kakovosti člankov smo uporabili orodje CASP: Systematic Reviews Checklist in CASP Randomised Controlled Trials Checklist (Critical Appraisal Skills Programme, 2022). Gre za postopek ocenjevanja in razlage dokazov s sistematičnim upoštevanjem njihove veljavnosti, rezultatov, zanesljivosti vira, strukture prispevka in skladnosti z namenom naše raziskave. Če je bilo izbrano ocenjevano področje dobro opisano in predstavljeno, smo prispevek ocenili z 2 točkami, če kakovosti ocenjevanega področja ni bilo mogoče oceniti je ta prejel 1 točko, če pa v članku ocenjevano področje sploh ni bilo predstavljeno ni prejel nobene točke. S seštevkom smo dobili delež dobljenih točk in jih pretvorili v oceno od 1 do 10.

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



Vir: Page idr. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. British Medical Journal, 372, n71.

3 Rezultati

Podrobnosti in značilnosti pregledanih raziskav so predstavljene v Tabeli 2.

Tabela 2: Temeljne ugotovitve analiziranih virov

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Chen idr., 2012 Tajvan	Randomizirana klinična raziskava	Raziskati učinkovitost akupresure z baldrijanom na spanje pacientov v enoti intenzivne terapije.	Oblikovani sta bili dve skupini, v prvi (eksperimentalni) so bili pacienti, ki so prejeli drugi dan med 19. in 22. uro akupresuro z baldrijanom, v drugi (kontrolni) pa so bili pacienti, ki so prejeli redno zdravljenje. Spanje pacientov je bilo v obeh skupinah opazovano in merjeno z aktigrafijo, zjutraj pa so vsi pacienti ocenjevali zaspanost s pomočjo Stanfordske lestvice zaspanosti. V eksperimentalni skupini so merili še srčni utrip 5 minut pred in 5 minut po izvedeni intervenciji.	V vzorec je bilo vključenih 85 pacientov (41 v eksperimentalni skupini in 44 v kontrolni skupini), ki so bili hospitalizirani v enoti intenzivne terapije bolnišnice na Tajvanu v letu 2009.	Pacientom se je po prejemu akupresure z baldrijanom število ur spanja povečalo, zmanjšala se je frekvenca prebujanja in znižala se je pacientova ocena zaspanosti. Podatki o srčnem utripu so pokazali sprostitveni odziv telesa pacientov takoj po opravljeni akupresuri z baldrijanom.
Obanor idr., 2021 Teksas	Prospektivna randomizirana raziskava s kontrolo	Oceniti vpliv ušesnih čepkov in mask za oči na subjektivno kakovost spanja pri pacientih v kirurški enoti intenzivne terapije, ki so izpostavljeni pogostejšemu prebujanju. Namen je bil tudi oceniti njihov učinek na	Pacientke so bile naključno razdeljene v eksperimentalno ali kontrolno skupino. Eksperimentalna skupina je poleg standardne pooperativne oskrbe prejela še ušesne čepke in maske za oči, medtem ko je kontrolna skupina	V vzorec je bilo vključenih 87 odraslih žensk, ki so bile sprejete v kirurško enoto intenzivne terapije bolnišnice University of Texas Southwestern po operaciji dojke med februarjem	Eksperimentalna skupina je imela povprečno skupno oceno spanja bistveno višjo kot kontrolna skupina. Ugotovili so, da so čepki za ušesa in maske za oči učinkoviti pri izboljšanju kakovosti spanja pri pacientih v

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
		zadovoljstvo pacientov in pojavnost delirija.	prejela le standardno pooperativno oskrbo.	2018 in oktobrom 2019.	enoti intenzivne terapije.
Chaudhar, Kumari, in Neetu, 2020 Indija	Randomizirana raziskava s kontrolo	Oceniti in primerjati učinkovitost ušesnih čepkov in maske za oči z zvokom oceana na kakovost spanja med pacienti v enoti intenzivne terapije.	Pacienti so bili naključno razporejeni v skupino 1 ali skupino 2. Skupini sta bili spremljani 4 noči. Prva in tretja noč sta potekali brez intervencij. Skupina 1 je drugo noč uporabljala ušesne čepke in masko za oči, četrto noč je poslušala zvok oceana 30 minut. Skupina 2 je drugo noč poslušala zvok oceana 30 minut, četrto noč je uporabljala ušesne čepke in masko za oči. Po vsaki noči so pacienti podali subjektivno oceno kakovosti spanja.	V vzorec je bilo vključenih 68 pacientov, ki so bili sprejeti v enoto intenzivne terapije bolnišnice v naselju Mullana v Indiji med novembrom in decembrom 2016.	Ugotovili so, da je uporaba ušesnih čepkov in maske za oči pri izboljšanju kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije bolj učinkovita kot poslušanje zvoka oceana.
Hsu, Guo in Chang, 2019 Tajvan	Kvazi eksperiment	Raziskati učinek masaže hrbta na izboljšanje kakovosti spanja, vitalnih funkcij, anksioznosti in depresije pri pacientih v enoti intenzivne terapije.	Pacienti so bili naključno razporejeni v eksperimentalno in kontrolno skupino. Pacienti v eksperimentalni skupini so prejeli zaporedoma tri dni 10 minutno masažo hrbta ob 21h, medtem ko so pacienti v kontrolni skupini prejeli le običajno nego. 3 dni so pri vseh udeležencih ocenjevali kakovost spanja (aktigrafija,	V vzorec je bilo vključenih 60 pacientov (30 v eksperimentalni skupini in 30 v kontrolni skupini), ki so bili v letu 2019 hospitalizirani v enoti intenzivne terapije v bolnišnici na jugu Tajvana.	Ugotovili so nizke subjektivne ocene kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije. Povprečni opazovalni čas spanja je bil 3-9 h, povprečni izmerjeni čas spanja pa 5-9 h. 10 minutna masaža hrbta je pri pacientih v enoti intenzivne terapije izboljšala

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
			opazovanje, vprašalnik), anksioznost, depresijo in vitalne funkcije.		dihanje, anksioznost in kakovost spanja (subjektivni in objektivni podatki).
Díaz – Alonso idr., 2018 Španija	Randomizirana raziskava s kontrolo	Oceniti vpliv kratke intervencije (10–15 minutni pogovor o tesnobi, stresu, nelagodju med hospitalizacijo ter ponazoritev okolja) medicinske sestre izvedene en dan pred načrtovanim operativnim posegom na kvaliteto spanja pacientov v enoti intenzivne terapije.	Vzorec je bil naključno razporejen v kontrolno in eksperimentalno skupino. Pacienti v kontrolni skupini so prejeli običajno zdravstveno oskrbo, medtem ko so bili pacienti v eksperimentalni skupini deležni intervencije s strani medicinske sestre (10–15 minutni pogovor o občutkih med hospitalizacijo in ponazoritev okolja) en dan pred načrtovanim operativnim posegom in sprejemom v enoto intenzivne terapije. Prvi dan po operativnem posegu (ob 9.00) so z vprašalniki ocenili pacientovo kakovost spanja in zadovoljstvo z okoljem.	V vzorec je bilo vključenih 40 pacientov (20 v kontrolni skupini, 20 v eksperimentalni skupini), ki so bili sprejeti v osrednjo univerzitetno bolnišnico v Španiji med februarjem in aprilom 2016 ob predhodni najavi za kardiološki operativni poseg z načrtovanim sprejemom v enoto intenzivne terapije.	Po operativnem posegu je bila kakovost spanja v eksperimentalni skupini nižja kot v kontrolni skupini. Intervencija medicinske sestre je pozitivno vplivala na paciente, ki so običajno dobro spali in negativno na paciente, ki so že prej slabo spali. Intervencija medicinske sestre pred operativnim posegom ni povečala kakovosti spanja pacientov.
Hofhuis idr., 2018 Nizozemska	Kvantitativna raziskava	Ugotoviti načine ocenjevanja spanja in strategije za izboljšanje kakovosti spanja pri odraslih pacientih v enoti intenzivne terapije v desetih državah.	Anketni vprašalnik, poslan vodjam medicinskih sester enot intenzivne terapije.	Vključenih je bilo 522 enot intenzivne terapije iz desetih evropskih držav (Nizozemska, Poljska, Danska, Ciper, Grčija, Norveška,	Ugotovili so, da 9 % enot intenzivne terapije v praksi uporablja protokol za izboljšanje spanja in da 1 % enot intenzivne terapije uporablja

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
				Švedska, Velika Britanija, Italija, Nemčija).	vprašalnike za oceno spanja. Enote intenzivne terapije v Srednji Evropi bolj pogosto uporabljajo protokol za spanje in imajo večjo željo po njegovi implementaciji v primerjavi z enotami intenzivne terapije v Severni Evropi. Najpogostejše nefarmakološke metode za izboljšanje kakovosti spanja so bile v več kot 80 % naslednje: zmanjšanje hrupa in svetlobe ter manj intervencij zdravstvene nege v nočnem času. Pogosta uporaba ušesnih čepkov je značilna za 18 % enot intenzivne terapije. Najpogostejše farmakološke metode so benzodiazepini, sledi melatonin.
Hu idr., 2015 Kitajska	Sistematični pregled literature in meta analiza	Oceniti učinkovitost nefarmakoloških metod za spodbujanje spanja pri kritično bolnih pacientih v enoti intenzivne terapije. Ugotoviti, ali so	Iskanje v bazah podatkov the Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Institute for Scientific Information Web	Vključenih je bilo 29 randomiziranih kontroliranih raziskav in 1 kvazi randomizirana kontrolirana raziskava, izvedene do junija 2014 s	Uporaba ušesnih čepkov in mask za oči zniža incidenco delirija med hospitalizacijo v enoti intenzivne terapije ter ima pozitiven učinek na količino spanja. Glasba,

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
		nefarmakološke metode varne in klinično učinkovite pri izboljšanju kakovosti spanja in skrajšanju dolžine hospitalizacije v enoti intenzivne terapije. Ugotoviti, ali so nefarmakološke metode stroškovno učinkovite.	of Science, CAM on Pubmed, Alt HealthWatch, PsycINFO, the China Biological Medicine Database in China National Knowledge Infrastructure. Pregledali so tudi: ProQuest Dissertations & Theses Global, the US National Institutes of Health Ongoing Trials Register, the metaRegister of Controlled Trials, the Chinese Clinical Trial Registry, the Clinical Trials Registry-India, the Grey Literature Report, Academy of Medicine Library, OpenGrey, the World Health Organization International Clinical Trials Registry platform.	skupno 1569 udeleženci. Prva meta analiza je zajemala 177 pacientov, druga pa 116 pacientov v enoti intenzivne terapije.	tehnik sproščanja, masaža stopal, akupresura, intervencije zdravstvene nege in zvok lahko izboljšajo subjektivno oceno kakovosti in količino spanja. Raziskava, ki je ocenjevala dolžino hospitalizacije z uporabo ušesnih čepkov in mask za uči, ni ugotovila pomembnega učinka. Nobena raziskava ni preučevala učinek nefarmakološkega postopka na umrljivost, tveganje za posttravmatsko stresno motnjo ali na stroškovno učinkovitost. Vključene raziskave niso poročale o neželenih učinkih nefarmakoloških postopkov za izboljšanje spanja pacientov v enoti intenzivne terapije.
Brito idr., 2020 Brazilija	Sistematični pregled literature	Kritično analizirati farmakološke in nefarmakološke načine, ki lahko učinkovito izboljšajo spanje	Iskanje v bazah podatkov MEDLINE, Pubmed, SciELO in Brazilian Virtual Library in	Vključenih je bilo 41 raziskav brez časovne omejitve (26 randomiziranih kontroliranih raziskav, 5	Nefarmakološke intervencije kot so maske za oči, ušesni čepki, zmanjševanje hrupa, zmanjševanje

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
		pacientov v enoti intenzivne terapije.	Health (LILACS in BNFDEF).	kvazi eksperimentov, 9 nerandomiziranih in prospektivnih raziskav).	svetlobe in boljša organizacija zdravstvene nege izboljšajo subjektivno in objektivno kakovost spanja (nizka stopnja dokazov). Asistirana kontrolirana ventilacija izboljša objektivno kakovost spanja v primerjavi s spontano ventilacijo. Farmakološka intervencija, peroralni melatonin, poveča objektivno in subjektivno kakovost spanja (zmerna stopnja dokazov). Tudi neprekinjena infuzija deksmedetomidi na poveča učinkovitost spanja in ugodno vpliva na vzorec spanja (zmerna do nizka stopnja dokazov).
Fang idr., 2021 Tajvan	Sistematični pregled literature in meta analiza	Raziskati učinek ušesnih čepkov in mask za oči na kakovost spanja odraslih pacientov v enoti intenzivne terapije.	Iskanje v bazah podatkov The Embase, MEDLINE, The Cochrane Library, CINAHL in Index to Taiwan Periodical Literature System databases.	Vključenih je bilo 13 raziskav (9 randomiziranih kontroliranih raziskav, 4 navzkrižne raziskave), ki so bile izvedene do 5. maja 2020. Meta analiza je zajemala 797	Uporaba le ušesnih čepkov nima pomembnega učinka na kakovost spanja pacientov v enoti intenzivne terapije, medtem ko ima uporaba maske za oči pomemben učinek na

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Cilj</i>	<i>Metode, material</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
				odraslih pacientov v enoti intenzivne terapije.	kakovost spanja. Največji učinek na kakovost spanja pacientov v enoti intenzivne terapije ima hkratna uporaba ušesnih čepkov in mask za oči.
Lewis idr., 2018 Velika Britanija	Sistematični pregled literature	Oceniti ali uporaba melatonina izboljša količino in kakovost spanja pri odraslih pacientih v enoti intenzivne terapije. Oceniti tudi ali melatonin izboljša fizične in psihične značilnosti odraslih pacientov v enoti intenzivne terapije.	Iskanje v bazah podatkov The Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, Embase, The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature in PsycINFO.	Vključene so bile 4 raziskave (randomizirane ali kvazi randomizirane raziskave), ki so bile izvedene do septembra 2017.	Ugotovili so, da so učinki melatonina na subjektivno in objektivno oceno kakovosti in trajanja spanja negotovi. Ocenili so, da so dokazi zelo nizke kakovosti; niso se mogli prepričati, ali melatonin odraslim pacientom v enoti intenzivne terapije izboljša kakovost in količino spanja. Opazili so nekaj možnih stranskih učinkov melatonina (glavobol, pretirana zaspanost).

Vir: Lastni vir, 2022

Analizirali smo deset člankov: dva sistematična pregleda literature (Brito idr., 2020; Lewis idr., 2018), dva sistematična pregleda literature z meta analizo (Fang idr., 2021; Hu idr., 2015), dve randomizirani kontrolirani raziskavi (Chaudhary idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018), eno randomizirano klinično raziskavo (Chen idr., 2012), eno kvantitativno raziskavo (Hofhuis idr., 2018), en kvazi eksperiment (Hsu idr., 2019) in eno prospektivno randomizirano kontrolirano raziskavo (Obanor idr., 2021).

Identificirali smo 98 kod, ki smo jih glede na raziskovalna vprašanja združili v štiri vsebinske kategorije: dejavniki, ki vplivajo na kakovost spanja; posledice slabe kakovosti spanja; farmakološki ukrepi; nefarmakološki ukrepi (Tabela 3).

V kategorijo »dejavniki, ki vplivajo na kakovost spanja« smo umestili raziskave, ki so obravnavale različne dejavnike v povezavi z zdravstveno oskrbo pacienta, dejavnike vezane na

bolezen pacienta, psihološke in okoljske dejavnike. V vseh pregledanih raziskavah (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hofhuis idr., 2018; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021) sta bila hrup in svetloba izpostavljena kot najpogostejša dejavnika, ki vplivata na slabšo kakovost spanja pacientov v enoti intenzivne terapije. Sledile sta jima še druge motnje iz okolja, kot so alarmi monitorjev (Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Díaz - Alonso idr., 2018), alarmi infuzijskih črpalk (Chaudhary idr., 2020), zvonjenje telefonov (Chaudhary idr., 2020; Hsu idr., 2019) ali pogovarjanje zdravstvenega osebja (Chaudhary idr., 2020). Poleg naštetega vplivajo na slabšo kakovost spanja tudi različne intervencije zdravstvene nege (Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Fang idr., 2021; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018), zlasti pogosto merjenje vitalnih funkcij (Chaudhary idr., 2020; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021), odvzemi krvi (Chaudhary idr., 2020; Lewis idr., 2018) ter drugi diagnostično terapevtski postopki (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Obanor idr., 2021). Kot psihološke dejavnike, ki vplivajo na slabše spanje pacientov v enoti intenzivne terapije, so raziskave poudarile predvsem tesnobo (Chaudhary idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021), stres (Díaz - Alonso idr., 2018; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018) in nelagodje (Hofhuis idr., 2018).

Slabša kakovost spanja se odraža v motenem delovanju imunskega sistema (Chen idr., 2012; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Obanor idr., 2021), počasnejšem celjenju ran (Chen idr., 2012), zapoznelem okrevanju (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012), razdražljivosti (Brito idr., 2020), večji možnosti za pojav delirija (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hofhuis idr., 2018; Hu idr., 2015; Obanor idr., 2021), kognitivnih motnjah (Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021), daljši hospitalizaciji (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Díaz-Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Obanor idr., 2021) ter večji možnosti za podaljšano potrebo po mehanskem predihavanju (Chen idr., 2012).

O farmakoloških ukrepih za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije so v pregledanih raziskavah avtorji navajali predvsem uporabo melatonina (Brito idr., 2020; Hofhuis idr., 2018; Lewis idr., 2018), propofola (Brito idr., 2020) ali kontinuirane infuzije deksmedetomidina (Brito idr., 2020). Pri tem so poudarili, da imajo lahko farmakološki ukrepi poleg svoje koristnosti v zvezi s spanjem tudi nekatere stranske učinke, kot na primer zmanjšano sposobnost jasnega razmišljanja (Hu idr., 2015), glavobole (Lewis idr., 2018), pretirano zaspanost (Lewis idr., 2018), težave z dihanjem (Fang idr., 2021; Hu idr., 2015), omotico (Lewis idr., 2018), slabost (Lewis idr., 2018) ter razvoj tolerance na zdravilo ali razvoj odvisnosti (Fang idr., 2021; Hu idr., 2015).

V četrto kategorijo smo umestili raziskave, ki so v rezultatih opisovale nefarmakološke ukrepe za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije, zlasti tiste, ki so vplivale na zmanjševanje svetlobe in hrupa. V literaturi so posebej poudarjali uporabo ušesnih čepkov (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hofhuis idr., 2018; Hu idr., 2015; Obanor idr., 2021) in mask za oči (Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Díaz-Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hu idr., 2015; Obanor idr., 2021), poleg tega pa še veliko različnih sprostitvenih tehnik, zlasti glasbeno terapijo (Brito idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Hu idr., 2015), aromaterapijo (Brito idr., 2020; Chen idr., 2012; Hu idr., 2015), akupresuro (Chen idr., 2012; Hu idr., 2015), masažo hrbta ali stopal (Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015) ter poslušanje zvoka oceana ali dežja (Chaudhary idr., 2020). Poleg naštetega Chaudhary idr. (2020) priporočajo tudi zmanjševanje glasnosti alarmov, zmanjševanje hrupa s strani zdravstvenega osebja, povečanje dnevne aktivnosti hospitaliziranih pacientov, razširitev meje za alarme na ventilatorju in zmanjšanje svetlobe monitorjev. V veliki meri se priporoča tudi

boljša organizacija intervencij zdravstvene nege in s tem povezano zmanjševanje intervencij v nočnem času (Brito idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Hofhuis idr., 2018).

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kode (n = 98)	Avtorji
Kategorija 1 – dejavniki, ki vplivajo na kakovost spanja hrup – svetloba – bolezen – bolečina – invazivne medicinske naprave – anksioznost – meritev vitalnih funkcij – odvzem krvi – alarmi infuzijskih črpalk – alarmi monitorjev – telefon – tesnoba – zdravila – intervencije zdravstvene nege – mehanska ventilacija – aspiracije – diagnostični in terapevtski postopki – spreminjanje položajev – stres – strah – nelagodje – invazivni posegi – pogovarjanje zdravstvenega osebja – neznanu okolje – običajna kakovost spanja – prekinitve cirkadianega ritma – starost	Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hofhuis idr., 2018; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021
Kategorija 2 – posledice slabe kakovosti spanja oslabljen imunski sistem – slabše okrevanje – slabše celjenje ran – slabša odpornost – delirij – daljša hospitalizacija – povečana umrljivost – anksioznost – vznemirjenost – tahikardija – razdražljivost – zmedenost – stres – močnejša bolečina – letargija – utrujenost – težave s spominom – daljša potreba mehanske ventilacije – večje tveganje za srčno-žilne bolezni – dnevna zaspanost – kognitivne motnje – nevropsihološke motnje – motnje ventilacije – presnovne motnje – termoregulacijske motnje	Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Díaz-Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021
Kategorija 3 – farmakološki ukrepi lorazepam – temazepam – nitrazepam – melatonin – kloralhidrat – prometazin – propofol – kontinuirana infuzija deksmedetomidina – flunitrazepam – sedativ – analgetik	Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Hofhuis idr., 2018; Lewis idr., 2018
Kategorija 4 – nefarmakološki ukrepi ušesni čepki – maske za oči – zvok oceana – zvok dežja – masaža (hrbet, stopala) – glasbena terapija – meditacija – akupresura – nadzor sobne temperature – povečanje dnevne aktivnosti – akupunktura – prilagojen način mehanske ventilacije – menjava infuzije pred iztekom – pogovor za prilagoditev na okolje – protokol za spodbujanje spanja – zmanjšanje nočnih intervencij zdravstvene nege – podpora družine – zmanjšanje svetlobe monitorjev – zmanjšanje glasnosti alarmov – ugašanje sobnih luči – zmanjšanje hrupa s strani zdravstvenega osebja – terapevtski dotik – razširitev meje za alarme na ventilatorju – zagotovitev tišine – zeliščna blazina za spanje – zagotovitev ure na vidnem mestu – uporaba zaves – zapiranje vrat – aromaterapija (sivka, baldrijanovo olje) – inhalacije iz sivke, granatnega jabolka, kamilice – kopeli za noge – kognitivno-vedenjska terapija – fizikalna terapija – svetlobna terapija – zvočno prikrivanje	Brito idr., 2020; Chaudhary idr., 2020; Chen idr., 2012; Díaz - Alonso idr., 2018; Fang idr., 2021; Hofhuis idr., 2018; Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015; Lewis idr., 2018; Obanor idr., 2021

Vir: Lastni vir, 2022

4 Razprava

S pregledom literature smo želeli poglobiti znanje o kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije.

V pregledu literature smo ugotovili, da so enote intenzivne terapije povezane s pogostimi motnjami spanja hospitaliziranih pacientov (Brito idr., 2020). Le ti se zaradi slabše kakovosti spanja soočajo z mnogimi psihološkimi in fizičnimi posledicami, kar pa negativno vpliva na njihovo počutje in zdravstveno stanje (Möller Petrun, 2021). Iz raziskav izhaja, da sodijo med psihološke posledice slabe kakovosti spanja razdražljivost, anksioznost in stres (Brito idr., 2020; Lewis idr., 2018), medtem ko med fizične posledice uvrščamo oslabiljen imunski sistem, zapoznelo okrevanje ali oslabiljeno celjenje ran (Chen idr., 2012). Bani Younis idr. (2019) k fizičnim posledicam dodajajo še večje tveganje za razvoj nevroloških težav ter presnovne in ventilacijske spremembe. Poleg naštetega Möller Petrun (2021) navaja še dve posledici, ki sta značilni za okrnjeno spanje ogroženih hospitaliziranih pacientov. To sta večje tveganje za razvoj delirija in podaljšana potreba po mehanski ventilaciji pacientov, ki so na podpori ventilatorja. Ob tem velja poudariti, da so lahko posledice slabše kakovosti spanja hospitaliziranih pacientov vidne tudi dolgoročno, in sicer v slabši kakovosti življenja (Brito idr., 2020).

Večina analiziranih raziskav podrobno našteva dejavnike, ki imajo lahko kakršenkoli vpliv na spanje hospitaliziranih pacientov. Reuter - Rice idr. (2020) opisujejo fiziološke, patofiziološke, psihološke, psihosocialne, senzorične in okoljske dejavnike ter dejavnike v povezavi z zdravstveno oskrbo, medtem ko posodobljene ameriške smernice Združenja za intenzivno medicino (Devlin idr., 2018) ločujejo dejavnike le na tri podskupine, to so okoljski, psihološki in na pacienta usmerjeni dejavniki. Večina člankov, ki smo jih uporabili, daje velik poudarek na okoljske dejavnike. Chaudhary idr. (2020) so ugotovili, da so pacienti v enoti intenzivne terapije največkrat poročali o bolečini, hrupu in svetlobi kot motečih dejavnikih za spanje, medtem ko Brito idr. (2020) dodajajo še razne diagnostično-terapevtske postopke, mehansko ventilacijo, pacientovo stanje in uporabo zdravil. Z omenjenimi dejavniki tveganja se strinja tudi Möller Petrun (2021). Kot glavni dejavnik, ki moti spanje pacientov v enoti intenzivne terapije navajajo Beltrami idr. (2015) hrup. Menijo, da so za to krivi zlasti alarmi monitorjev, alarmi infuzijskih črpalk, telefoni in pogovarjanje zdravstvenega osebja. Da ima velik vpliv na pacientovo spanje hrup dokazujejo tudi Chaudhary idr. (2020). V ta namen smernice Svetovne zdravstvene organizacije priporočajo omejitve zvoka v bolnišnici do 35 Db (Darbyshire in Young, 2013), kar pomeni, da bi morale enote intenzivne terapije dosednji hrup zmanjšati vsaj za polovico.

O farmakoloških načinih za izboljšanje spanja pacientov v enoti intenzivne terapije so pisali le v štirih analiziranih člankih. Običajno se zdravila, kot so sedativi in analgetiki uporabljajo za zdravljenje motenj spanja, vendar pa ima uporaba farmakoloških sredstev lahko tudi neželene učinke, vključno z oslabiljeno kognitivno funkcijo, slabšo ventilacijo ali druge škodljive učinke (Bani Younis idr., 2019; Hu idr., 2015). O neželenih učinkih so pisali tudi Lewis idr. (2018), ki so opazili nekaj stranskih učinkov melatonina pri treh udeležencih. Le ti so poročali o glavobolu in pretirani zaspanosti, vendar so dokazi o tem nizke kakovosti. Kljub možnim stranskim učinkom pa ostajajo farmakološka sredstva še vedno v vsakdanji rabi v enoti intenzivne terapije. Pri pregledu literature sta se kot najbolj učinkovita farmakološka načina izkazala peroralni melatonin in neprekinjena infuzija deksmedetomidina, za katera je značilno povečanje tako objektivne kot tudi subjektivne ocene kakovosti spanja in izboljšanje vzorca pacientovega spanja (Brito idr., 2020). Nasprotnega mnenja so Devlin idr. (2018), ki na podlagi posodobljenih ameriških smernic Združenja za intenzivno medicino odsvetujejo uporabo melatonina in deksmedetomidina, priporočajo pa uporabo propofola. S pomočjo raziskave, ki so jo izvedli Hofhuis idr. (2018) so ugotovili, da se v klinični praksi v evropskih državah največkrat spodbuja spanje z benzodiazepini, kot so lorazepam, temazepam ali nitrazepam, šele nato pa sledi melatonin. Ugotovili so tudi, da se farmakološko sredstvo klorhidrat v enotah intenzivne terapije uporablja le redko.

Nasprotno, kljub neugodnemu okolju za spanje pacientov Reuter - Rice idr. (2020) poudarjajo pomen standardiziranih protokolov in uporabo nefarmakoloških intervencij. S pomočjo mednarodne raziskave so ugotovili, da so v evropskih državah načini za izboljšanje spanja pacientov v enoti intenzivne terapije v večini primerov usmerjeni v zmanjševanje hrupa in svetlobe ter v zmanjševanje števila intervencij zdravstvene nege v nočnem času (Hofhuis idr., 2018). Tudi posodobljene ameriške smernice priporočajo uporabo strategij, ki so usmerjene v zmanjševanje hrupa in svetlobe (Devlin idr., 2018). Smernice dodajajo, da so nefarmakološki načini učinkoviti in hkrati tudi cenovno dostopni.

Z namenom zmanjševanja svetlobe in hrupa je v analiziranih člankih velikokrat omenjena uporaba mask za oči in čepkov za ušesa, za kar obstajajo deljena mnenja o njihovi uporabi. O njihovi učinkovitosti za izboljšanje kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije se strinjajo zlasti Chaudhary idr. (2020), Obanor idr. (2021) in Hu idr. (2015), vendar so omenjeni avtorji ocenjevali le hkratno uporabo obeh pripomočkov. Fang idr. (2021) so namreč ugotovili, da sama uporaba ušesnih čepkov nima pomembnega učinka na kakovost spanja kritično bolnih pacientov, hkratna uporaba ušesnih čepkov in maske pa ima največji učinek na kakovost spanja. Hu idr. (2015) poudarjajo, da je uporaba mask za oči in ušesnih čepkov za nekatere paciente neprijetna, zato je zelo pomembna pomoč zdravstvenega osebja pri pravilnem nameščanju teh pripomočkov.

Poleg omenjene intervencije navaja literatura še druge nefarmakološke intervencije zdravstvene nege, kot so baldrijanova akupresura (Chen idr., 2012; Hu idr., 2015), zvok oceana (Chaudhary idr., 2020), masaža hrbta ali stopal (Hsu idr., 2019; Hu idr., 2015), zmanjševanje hrupa s strani zdravstvenega osebja (Hofhuis idr., 2018), zmanjševanje intervencij zdravstvene nege v nočnem času (Brito idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Hofhuis idr., 2018), povečanje dnevne aktivnosti (Hofhuis idr., 2018) in glasbena terapija (Brito idr., 2020; Díaz - Alonso idr., 2018; Hu idr., 2015). Ugotovili so tudi, da je kakovost spanja odvisna od načina mehanske ventilacije, in sicer da asistirana kontrolirana ventilacija izboljša objektivno kakovost spanja v primerjavi s spontano ventilacijo (Brito idr., 2020). Nasprotno pa ameriške smernice Združenja za intenzivno medicino za izboljšanje spanja kritično bolnih pacientov odsvetujejo uporabo aromaterapije, akupresure in glasbe (Devlin idr., 2018). V člankih, ki smo jih analizirali, je bila izpostavljena le ena nefarmakološka intervencija, ki je odsvetovana. Gre za predoperativni pogovor pacienta z medicinsko sestro, ki naj bi pacienta pripravila na okolje intenzivne terapije (Díaz - Alonso idr., 2018). Intervencija namreč pozitivno vpliva le na paciente, ki tudi običajno dobro spijo, negativno, s pojavom tesnobe, pa na paciente, ki že imajo motnje spanja.

Ugotovili smo še, da se v klinični praksi običajno uporabljajo farmakološka sredstva za spodbujanje spanja pacientov v enoti intenzivne terapije, vendar pa se zaradi morebitnih stranskih učinkov priporoča tudi uporabo nefarmakoloških ukrepov. Le ti so razmeroma varni, preprosti za uporabo in stroškovno dostopni. Pri uporabi katerekoli intervencije je potrebno upoštevati zdravstveno stanje pacienta, pogoje in individualne želje pacienta ter na ta način izbrati zanj najboljšo intervencijo oziroma najboljšo kombinacijo posameznih intervencij.

Kot omejitve pregleda literature bi izpostavili zelo široko izbiro intervencij, ki nam je otežila prikaz rezultatov. Izvedbo raziskav na izbrano temo je praktično nemogoče izvajati s slepimi intervencijami, kar zmanjša kakovost dokazov. Analizirani članki so vključevali majhne vzorce, kar bi lahko pomenilo, da izsledkov raziskav ne moremo prenesti v prakso. V prihodnje predlagamo izvedbo dodatnega pregleda literature, ki bi se osredotočal na strategije za izboljšanje spanja pediatrične populacije v enoti intenzivne terapije, na možne objektivne in subjektivne načine ocenjevanja kakovosti spanja ter na kriterije, ki se ocenjujejo z namenom ugotovitve kakovosti spanja pacientov v enoti intenzivne terapije.

5 Zaključek

Iz pregleda literature ugotavljamo, da so pacienti v enoti intenzivne terapije izpostavljeni številnim dejavnikom, ki lahko nižajo kakovost spanja, vodijo v težave z zdravjem, ter tako podaljšajo čas hospitalizacije. Poznamo farmakološke in nefarmakološke intervencije za spodbujanje spanja kritično bolnih, med katerimi ni mogoče izbrati najučinkovitejše intervencije, ki bi bila primerna za vse paciente. Pri izbiri intervencije za spodbujanje spanja je potrebno pristopati individualno ter tako upoštevati zdravstveno stanje, zmožnosti in želje posameznega pacienta.

LITERATURA

1. Bani Younis, M., Hayajneh, F. in Batiha, A. M. (2019). Measurement and Nonpharmacologic Management of Sleep Disturbance in the Intensive Care Units: a Literature Review. *Critical Care Nursing Quarterly*, 42(1), 75–80. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000240>
2. Beck Edvardsen, J. in Hetmann, F. (2020). Promoting Sleep in the Intensive Care Unit. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820930209. <https://doi.org/10.1177/2377960820930209>
3. Beltrami, F. G., Nguyen, X. L., Pichereau, C. idr. (2015). Sleep in the Intensive Care Unit. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(6), 539–546. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562015000000056>
4. Brito, R. A., do Nascimento Rebouças Viana, S. M., Beltrão, B. A. idr. (2020). Pharmacological and Non-Pharmacological Interventions to Promote Sleep in Intensive Care Units: a Critical Review. *Sleep & Breathing*, 24(1), 25–35. <https://doi.org/10.1007/s11325-019-01902-7>
5. Chaudhary, A., Kumari, V. in Neetu, N. (2020). Sleep Promotion Among Critically Ill Patients: Earplugs/Eye Mask Versus Ocean Sound-A Randomized Controlled Trial Study. *Critical Care Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2020/8898172>
6. Chen, J. H., Chao, Y. H., Lu, S. F. idr. (2012). The Effectiveness of Valerian Acupressure on the Sleep of ICU Patients: a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 913–920. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.012>
7. Critical Appraisal Skills Programme. (2022). CASP (Randomised Controlled Trials, Systematic Review, Cohort Study) Checklist. Pridobljeno s <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
8. Darbyshire, J. L. in Young, J. D. (2013). An Investigation of Sound Levels on Intensive Care Units With Reference to the WHO Guidelines. *Critical Care*, 17(5), R187. <https://doi.org/10.1186/cc12870>
9. Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C. idr. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, And Sleep Disruption In Adult Patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003299>
10. Díaz - Alonso, J., Smith - Plaza, A. M., Suárez - Mier, B. idr. (2018). Impact of a Nurse Intervention to Improve Sleep Quality in Intensive Care Units: Results from a Randomized Controlled Trial. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(6), 310–317. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000319>
11. Fang, C. S., Wang, H. H., Wang, R. H. idr. (2021). Effect of Earplugs and Eye Masks on the Sleep Quality of Intensive Care Unit Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4321–4331. <https://doi.org/10.1111/jan.14914>
12. Fink, A. in Kobilšek, P. V. (2013). Osnove zdravstvene nege: Učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu Zdravstvena nega. Ljubljana: Grafenauer.
13. Hofhuis, J. G. M., Rose, L., Blackwood, B. idr. (2018). Clinical Practices to Promote Sleep in the ICU: A Multinational Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.001>
14. Hsu, W. C., Guo, S. E. in Chang, C. H. (2019). Back Massage Intervention for Improving Health and Sleep Quality Among Intensive Care Unit Patients. *Nursing in Critical Care*, 24(5), 313–319. <https://doi.org/10.1111/nicc.12428>

15. Hu, R. F., Jiang, X. Y., Chen, J. idr. (2015). Non-Pharmacological Interventions for Sleep Promotion in the Intensive Care Unit. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008808.pub2>
16. Lewis, S. R., Pritchard, M. W., Schofield - Robinson, O. J. idr. (2018). Melatonin for the Promotion of Sleep in Adults in the Intensive Care Unit. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012455.pub2>
17. Möller Petrun, A. (2021). Ocenjevanje analgezije, sedacije, delirija in motenj spanja v enoti intenzivne terapije ter opis nefarmakoloških ukrepov. *Zdravniški vestnik*, 90(5–6), 288–306. <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3055>
18. Obanor, O. O., McBroom, M. M., Elia, J. M. idr. (2021). The Impact of Earplugs and Eye Masks on Sleep Quality in Surgical Icu Patients At Risk For Frequent Awakenings. *Critical Care Medicine*, 49(9), e822–e832. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005031>
19. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M. idr. (2021). The PRISMA 2020 Statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, 372, n71. doi: 10.1136/bmj.n71
20. Reuter - Rice, K., McMurray, M. G., Christoferson, E. idr. (2020). Sleep in the Intensive Care Unit: Biological, Environmental, and Pharmacologic Implications for Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 32(2), 191–201. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.002>
21. Vogrinc, J. in Gantar, B. (2008). Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Ekonomske posledice bolnišničnih obravnav zaradi demence v Sloveniji 2015–2018

UDK 616.892.3:614.21+338.5

KLJUČNE BESEDE: demenca, stroški bolnišničnih obravnav, kakovost življenja

POVZETEK – V večini držav po svetu so glavni porabniki finančnih sredstev zdravstvene blagajne bolnišnične obravnave. Namen pričujočega dela je prikazati rezultate analize stroškov bolnišničnih obravnav zaradi demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018, metodologijo izračuna bremena bolnišničnih obravnav, razpoložljive vire podatkov ter njihove omejitve. Bolnišnične obravnave so za demenco izračunane po diagnozah MKB 10-klasifikacije. Kot vir podatkov v tej raziskavi so bile uporabljene različne zbirke podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Stroški bolnišničnih obravnav zaradi demence so v tem obdobju bili na letni ravni ocenjeni na 1.005.064 EUR in predstavljajo 9,1 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški zaradi demence. Ker v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov je končna ocena bremena bolnišničnih obravnav v državi s tega vidika podcenjena. Na podlagi zgodnjega diagnosticiranja je zdravljenje te bolezni ključno z vidika kakovosti življenja osebe z demenco in njenih svojcev, saj so tudi zdravila najučinkovitejša v zgodnji fazi bolezni. Pri zgodnjem odkrivanju bolezni pa z ekonomskega vidika to pomeni dolgoročno nižje stroške bolnišničnih obravnav, tudi zato, ker bolezen počasneje napreduje ter ustrezna obravnava prepreči hude zaplete. Vse to pa pripomore k zmanjšanju, oz. prerazporeditvi sredstev iz zdravstvene blagajne.

UDC 616.892.,3:614.21+338.5

KEYWORDS: dementia, costs of hospital treatment, quality of life

ABSTRACT – In most countries around the world, the main consumers of the health fund's financial resources are hospital treatments. The purpose of the present work is to show the results of the analysis of the costs of hospital treatment due to dementia in Slovenia in the period 2015–2018, to show the methodology for calculating the burden of hospital treatment, the available data sources and their limitations. Hospital treatments are calculated for dementia according to the diagnoses of the ICD-10 Revision. The National Institute of Public Health databases were used as the data source. The costs of hospital treatment due to dementia in this period were estimated at EUR 1,005,064 per year and represent 9.1% of all calculated direct and indirect costs due to dementia. Since many error factors and approximations enter the system of calculations, the burden of hospital treatment is underestimated. Based on early diagnosis, the treatment of dementia is crucial from the point of view of the quality of life of the person with dementia and their relatives. Medicines are also most effective in the early stages of the disease. From an economic point of view, early detection of the disease means lower costs of hospital treatment in the long term, also because the disease progresses more slowly and appropriate treatment prevents serious complications. All this helps to reduce or redistribute the funds from the health fund.

1 Uvod

Če obravnavamo hospitalizacije oz. bolnišnične obravnave predvsem z ekonomskega vidika, lahko rečemo, da so le te glavni porabniki finančnih sredstev iz zdravstvene blagajne. Po podatkih Organizacije za sodelovanje in razvoj v Evropi (OECD) je delež za bolnišnične storitve v povprečju približno tretjina vseh izdatkov za zdravstveno varstvo. To velja za Slovenijo in za večino drugih evropskih držav. V preteklosti je večina evropskih držav sredstva za bolnišnično oskrbo zagotavljala preko sistema fiksnega proračuna, fiksnih tarif za posamezen sprejem ali za posamezen dan, odvisnih od števila dni hospitalizacije. Od leta 2005

je uveljavljen sistem plačevanja bolnišničnih obravnav glede na skupine primerljivih primerov (SPP) oz. angl. diagnosis related groups oz. DRG, kar pomeni, da je vsaka epizoda zdravstvenega varstva razvrščena v skupino primerljivih primerov in plačilni sistem temelji na razvrstitvi bolnišničnih storitev glede na njihovo intenzivnost (https://fotogalerija.dzrs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2015/Financiranje_zdravstvene_dejavnosti_po_modelu_SPP.pdf).

Demenco povzroča možganska bolezen, navadno kronična ali progresivna, kjer gre za motnjo več višjih kortikalnih funkcij, vključno spomina, mišljenja, orientacije, razumevanja, računskih zmožnosti, učnih sposobnosti in govornega izražanja ter presoje. Opešanje kognitivne funkcije navadno spremlja ali pa včasih napoveduje zmanjšanje sposobnosti za obvladovanje čustev, socialnega vedenja ali motivacije. Sindrom se pojavlja pri Alzheimerjevi bolezni, pri drugih cerebrovaskularnih boleznih in pri drugih stanjih, ki primarno ali sekundarno prizadenejo možgane (MKB 10, 2005, str. 15–225). Osebe z napredovano demenco imajo lahko ne le kognitivno, temveč tudi telesno oslabelost, zato potrebujejo tudi bolnišnično obravnavo. Po navadi so zelo odvisne od oskrbe in pomoči drugih oseb pri najosnovnejših življenjskih aktivnostih. Težave se lahko pojavijo npr. pri prehranjevanju, lahko hujšajo, so inkontinentne, nepokretne in negibne, lahko imajo rane zaradi preležanin in se ne morejo več sporazumevati. Lahko imajo bolečine, vedenjske odklone ali nevropsihiatrične simptome. Pogosto imajo tudi druge pridružene bolezni (Sedlak idr., 2020, str. 5–9). Zdravstvene težave, ki nastanejo zaradi demence, vodijo v slabšo kakovost življenja prizadete osebe in njihovih svojcev ter lahko povzročijo tudi predčasno upokojitev. Demenca na eni strani predstavlja hudo psihično in finančno breme tako za prizadetega kot za svojce oz. skrbnike, na drugi strani pa bolezen predstavlja veliko breme za celoten zdravstveni sistem, znotraj katerega predstavljajo bolnišnične obravnave oz. hospitalizacije bolnikov z demenco pomemben delež izdatkov. Zato je ključno zgodnje prepoznavanje in diagnosticiranje bolezni, saj se s tem za določen čas upočasni bolezen, kar ima ugoden vpliv na stroške bolnišničnih obravnav ter na celotno breme zaradi demence. Demenca tako ni le zdravstveni problem, ampak tudi velik socialni in ekonomski izziv.

Namen pričujoče raziskave je bil oceniti stroške in prikazati breme bolnišničnih obravnav zaradi demence v Sloveniji v obdobju 2015–2018, metodologijo izračuna bremena bolnišničnih obravnav, razpoložljive vire podatkov ter njihove omejitve.

2 Metode in viri

Raziskave o neposrednih in posrednih stroških bolezni prikazujejo ekonomsko breme bolezni. Takšne raziskave lahko ocenjujejo ekonomski vpliv bolezni, v našem primeru demence, na zdravstveni sistem ali celotno družbo (Toth, 2004). V naši raziskavi smo se omejili na prikaz neposrednega stroška, in sicer, bolnišničnih obravnav oz. hospitalizacij zaradi demence. Neposredni stroški so namreč povezani z zdravljenjem in vključujejo vrednost blaga in storitev, za katere je bilo izvedeno plačilo, in viri, uporabljeni za diagnostiko, zdravljenje, nego, rehabilitacijo, povezano z zdravljenjem ter izbranimi nemedicinskimi izdatki (Toth, 2004). Izbira metodologije pa je vedno vezana na razpoložljivost podatkov v posamezni državi.

Vse bolnišnice v skladu z zakonodajo na standardiziran način zbirajo in posredujejo podatke o akutnih in neakutnih bolnišničnih obravnavah, zaključku obravnave, demografske podatke pacientov, glavni diagnozi in dodatnih diagnozah, kodiranih po MKB-10 ter postopkih, kodiranih po klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov (KTDP). Ustreznost podatkov je povezana z metodološko pravilnim kodiranjem vzrokov hospitalizacije in spremljajočih diagnoz, glavnega vzroka hospitalizacije in stanja ob zaključku. Zapis bolnišnične obravnave tako vsebuje podatek o SPP kodi za obravnavo (Sedlak idr., 2020, str.

5–9). Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) vodi zbirke podatkov v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) (UL 65/2000), poleg tega pa ima vlogo pooblaščenega izvajalca v sistemu državne statistike, kjer obdeluje in objavlja podatke na podlagi Zakona o državni statistiki (UL št. 45/1995 in 9/2001). Kot vir podatkov v tej raziskavi je bila uporabljena zbirka skupin primerljivih primerov (SPP), ki je bila vir podatkov za število bolnišničnih obravnav oz. hospitalizacij (primerov) in njihovih uteži za izbrane diagnoze. Pri izračunu smo uporabili ceno za povprečno utež v obdobju 2015–2018, ki smo jo pridobili na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Uteži se po bolnišnicah malenkostno razlikujejo, zaradi poenostavitve smo pri analizi upoštevali povprečno utež v obdobju 2015–2018 za celotno Slovenijo. V raziskavi smo tako prikazali neposredni strošek, in sicer, strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence. Ocenjen strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence je nastal presečno na ravni enega leta.

Strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence je izračunan po diagnozah, ki smo jih pridobili v MKB 10-klasifikaciji, kar je prikazano v Preglednici 1.

Tabela 1: Nabor diagnoz upoštevanih pri izračunu.

Glavne diagnoze (osnovni vzroki)	MKB-10
F00*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni
F00.0*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni z zgodnjim začetkom (G30.0)
F00.1*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni s kasnim začetkom (G30.1)
F00.2*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, atipična ali mešana oblika (G30.8)
F00.9*	Demenca pri Alzheimerjevi bolezni, neopredeljena
F01	Vaskularna demenca
F01.0	Hitro nastala vaskularna demenca
F01.1	Multiinfarktna demenca
F01.2	Subkortikalna vaskularna demenca
F01.3	Mešana kortikalna in subkortikalna vaskularna demenca
F01.8	Druge vrste vaskularna demenca
F01.9	Vaskularna demenca, neopredeljena
F02*	Demenca pri drugih boleznih, uvršenih drugje
F02.0*	Demenca pri Pickovi bolezni (G31.0)
F02.1*	Demenca pri C-J. bolezni (A81.0)
F02.2*	Demenca pri Huntingtonovi bolezni (G10)
F02.3*	Demenca pri Parkinsonovi bolezni (G20)
F02.4*	Demenca pri bolezni zaradi HIV
F02.8*	Demenca pri drugih opredeljenih boleznih, ki so uvrščene drugje
F03	Neopredeljena demenca
	Druge degenerativne bolezni živčevja
G30	Alzheimerjeva bolezen
G30.0	Alzheimerjeva bolezen z zgodnjim začetkom
G30.1	Alzheimerjeva bolezen s kasnim začetkom
G30.8	Druge vrste Alzheimerjeva bolezen
G30.9	Alzheimerjeva bolezen, neopredeljena

Vir: MKB 10, 2005.

2.1 Omejitve podatkov

Podatki, zbrani v rednih letnih zbirkah v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), niso namenjene tovrstnim ekonomskim analizam in zato predstavljajo za raziskovalce oviro, saj je osnovni namen njihovega zbiranja in obdelave teh podatkov drugačen.

Poudariti želimo, da vsi izračuni v nadaljevanju predstavljajo ocene, saj v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov. Napake so zlasti povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10 pa tudi z razvrščanjem pacientov v skupine primerljivih primerov, s čimer so neposredno povezana plačila. Delež napak zaenkrat še ni ocenjen. Prav tako obstaja določena stopnja stigmatizacije na področju demence, ki se nedvomno odraža tudi v podatkih. Zaradi vseh zgoraj omenjenih vzrokov, je končna ocena bremena s tega vidika podcenjena.

3 Rezultati

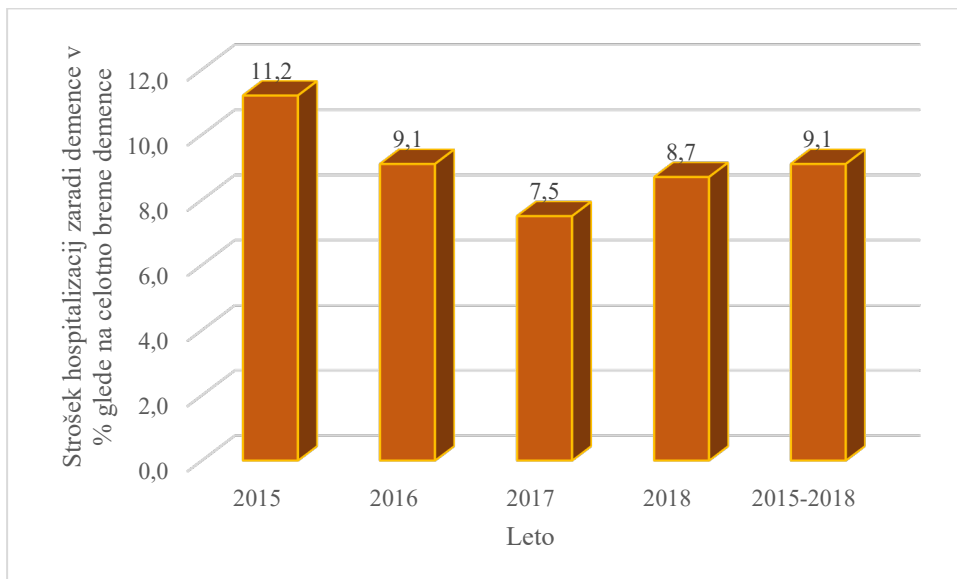
3.1 Izračun stroška bolnišničnih obravnav zaradi demence

Izračunani strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence znaša, v obdobju 2015–2018, 1.005.064 EUR, kar pomeni 9,1 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški zaradi demence za proučevano obdobje v povprečju. Vsi neposredni in posredni stroški znašajo v proučevanem obdobju 11.037.275 EUR oz. 0,05 % BDP letno.

Poudariti je potrebno, da je strošek le ocena in je močno podcenjen. Kljub podcenjenosti pa je breme visoko in bi bilo še višje, če bi se vse omejitve in napake, ki so povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10, odpravile. Nedvomno pa se določena stopnja stigmatizacije na področju demence tudi odraža v podatkih.

Na grafu 1 so prikazani ocenjeni stroški bolnišničnih obravnav zaradi demence po letih in v obdobju 2015–2018, glede na celotno ocenjeno breme demence po letih in za proučevano obdobje v Sloveniji.

Graf 1: Ocenjeni strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence po letih in v obdobju 2015–2018, glede na celotno ocenjeno breme demence po letih in za proučevano obdobje v Sloveniji.



Vir: NIJZ, 2020.

Iz slike 1 je razvidno, da je strošek bolnišničnih obravnav zaradi demence od leta 2015 do leta 2017 padal, kar bi lahko bila posledica boljše oskrbe na primarnem in sekundarnem nivoju, saj predvidevamo, da se z izboljšanjem na tem nivoju zmanjša število bolnišničnih obravnav zaradi demence in s tem tudi ekonomsko breme demence. V letu 2018 pa se je strošek povečal in je znašal 8,7 % glede na vse izračunane neposredne in posredne stroške v določenem letu. Razlog bi lahko iskali v povečanju razširjenosti demence v zadnjih letih, ki se neustavljivo viša. Breme

bolnišničnih obravnav v proučevanem obdobju tako znaša v povprečju 9,1 % letno, glede na celotno breme demence.

4 Razprava

V pričujoči raziskavi smo analizirali stroške bolnišničnih obravnav zaradi demence v Sloveniji, za obdobje od leta 2015 do leta 2018. Raziskava je pokazala, da so bili stroški bolnišničnih obravnav zaradi demence v tem obdobju visoki, saj so na letni ravni v povprečju preseгли milijon Evrov, ob zavedanju in različnim dejstvom, da so podcenjeni. Stroški so predstavljali kar 9,1% med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški zaradi demence.

Hospitalizacije bolnikov z demenco so v proučevanem obdobju torej predstavljale pomemben strošek. Nekateri tuji avtorji podobnih raziskav so zasledili naraščajočo intenzivnost hospitalizacij zaradi demence, ki pa je niso mogli pojasniti s staranjem prebivalstva, saj so bili njihovi rezultati prilagojeni starosti. Dobljene rezultate pripisujejo bodisi povečanju razširjenosti demence, bodisi pogostejšemu odkrivanjem le-te. Dodaten dejavnik pa je bil nekoliko naraščajoča stopnja ponovnega sprejema v bolnišnice. Avtorji navajajo, da je večja razširjenost demence lahko posledica povečane pojavnosti demence ali izboljšanega preživetja obolelih posameznikov (Broulikova idr., 2020, str. 1017–1027). Hospitalizacije sicer prinašajo precejšnja tveganja za slabotne, starejše bolnike; to še posebej velja za bolnike z demenco, pri katerih obstaja večja verjetnost delirija, padcev, upada funkcij, iatrogenih zapletov in okužb v primerjavi z njihovimi vrstniki brez demence (Riad idr., 2020, str. 1–10). Tudi Phelanova s sodelavci je že pred desetimi leti opisala, da je demenca povezana z večjo stopnjo hospitalizacij, s pogosto slabšimi izidi zdravljenja, vključno s poslabšanjem kognitivnega statusa. V starostni skupini 65 let ali več je v raziskavi je ugotovila višjo stopnjo hospitalizacij bolnikov z demenco. Priporočila je ustrezno ambulantno oskrbo (Phelan idr., 2012, str. 165–172). Demenca in kognitivne motnje so povezane z višjimi stopnjami zapletov in umrljivosti med hospitalizacijo pri starejših bolnikih. Poleg tega se povečajo dolžina bivanja v bolnišnici in stroški. V prospektivni kohortni študiji so pri starejših bolnikih s kognitivnimi motnjami in brez njih zato raziskovali pogostost hospitalizacij, ki jih povzročajo stanja, pri katerih bi proaktivna ambulantna oskrba lahko preprečila potrebo po bivanju v bolnišnici. Bolniki s hudimi kognitivnimi motnjami so imeli večjo stopnjo zapletov (vključno z inkontinenco, dezorientacijo, razdražljivostjo/agresijo, nemirom/tesnobo, potrebo po pomirjevalih in psihiatričnih posvetovanjih, uporabo ukrepov, ki omejujejo svobodo, in padcev) in daljše bivanje v bolnišnici (+1,4 dni) kot bolniki brez ali z zmernimi kognitivnimi motnjami. Študija je pokazala, da približno četrtno sprejemov v bolnišnico kognitivno normalnih in prizadetih starejših odraslih povzročijo stanja, ki jih je večinoma mogoče zdraviti ambulantno. Avtorji zaključujejo, da bi lahko izboljšana ambulantna oskrba zmanjšala pogostost hospitalizacij, kar je še posebej pomembno pri starejših s kognitivnimi motnjami zaradi povečanih stopenj zapletov. (Wolf idr., 2019, str. 383–391). Tudi Chao s sodelavci ugotavlja, da imajo ljudje z demenco visoko stopnjo hospitalizacij in da bi se deležu teh hospitalizacij lahko izognili z ustrezno ambulantno oskrbo, znano tudi kot potencialno preprečljiva hospitalizacija. Njihova študija se je osredotočila na povezave med kontinuiteto oskrbe in rezultati zdravstvenega varstva v naslednjem letu, vključno s hospitalizacijo iz vseh razlogov, potencialno preprečljivo hospitalizacijo in stroški zdravstvenega varstva pri bolnikih z demenco. Avtorji priporočajo izboljšanje kontinuitete oskrbe ambulantnih obiskov zaradi demence, da bi se zmanjšalo število hospitalizacij in stroškov zdravstvenega varstva (Chao idr., 2022, str. 22–724).

Pričujoča raziskava pa je zaradi omejitev pri zbiranju podatkov za izračun, podcenjena. Osnovni namen zbiranja in obdelava teh podatkov namreč ni namenjen izračunu ekonomskih stroškov. Breme bolnišničnih obravnav pa bilo še višje, če bi se odpravile omejitve in napake, ki so

povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10. Prav tako bi pripomoglo še intenzivnejše ozaveščanje ljudi ter destigmatizacija te bolezni.

LITERATURA

1. Broulikova, H. M., Arltovab, M., Kuklovac, M. idr. (2020). Hospitalizations and Mortality of Individuals with Dementia: Evidence from Czech National Registers. *Journal of Alzheimer's Disease*, 75, 1017–1027.
2. Chao, Y. H., Huang, W. Y., Tang, C.H. idr. (2022). Effects of Continuity of Care on Hospitalizations and Healthcare Costs in Older Adults With Dementia. *BMC Geriatr*, 22, 724. doi: 10.1186/s12877-022-03407-7
3. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (2005), 15–225.
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). Zbirka podatkov skupine primerljivih primerov (SPP). Ljubljana: NIJZ (2020).
5. Phelan, E. A., Borson, S., Grothaus, L. idr. (2012). Association Between Incident Dementia and Risk of Hospitalization. *JAMA*, 307(2), 165–172. doi:10.1001/jama.2011.1964
6. Pristavec Đogić, M. in Eror, A. (2015). Financiranje zdravstvene dejavnosti po modelu SPP. Pridobljeno s https://fotogalerija.dzrs.si/datoteke/Publikacije/Zborniki_RN/2015/Financiranje_zdravstvene_dejavnosti_po_modelu_SPP.pdf.
7. Riad, K., Webber, C., Batista, R. idr. (2020). The Impact of Dementia and Language on Hospitalizations: a Retrospective Cohort of Long-Term Care Residents. *BMC Geriatrics*, 20(397), 1–10.
8. Sedlak, S., Lovrečič, M., Jelenc, M. idr. (2020). Ekonomske posledice demence v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Nacionalni inštitut za javno zdravje, 5–9.
9. Toth, M. (2004). *Ekonomika v zdravstvu*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
10. Wolf, D., Rhein, C., Geschke, K. idr. (2019). Preventable Hospitalizations Among Older Patients with Cognitive Impairments and Dementia. *Int Psychogeriatr*, 31(3), 383–391.

Izkušnje projekta TPO STAR 112

UDK 615.841+614.88-053.9

KLJUČNE BESEDE: starejši odrasli, temeljni postopki oživljanja, klic v sili, prostoročno telefoniranje

POVZETEK – V članku predstavljamo ugotovitve projekta »Starejši zmorejo izvajati TPO po navodilih dispečerja na številki 112«. Namen projekta je bil pripraviti program za usposabljanje starejših odraslih za učinkovito izvajanje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja (AED), po navodilih zdravstvenega dispečerja preko mobilnega telefona; glavni cilj pa oblikovanje kratkega usposabljanja iz TPO, s poudarkom na simulaciji klica na številko 112, prilagojenega starejšim odraslim. Študenti treh različnih fakultet, ki so sodelovali v projektu, so z namenom ugotavljanja potreb, najprej izvedli polstrukturirane intervjuje s člani Dnevnihih centrov aktivnosti za starejše v Ljubljani. Na podlagi pridobljenih podatkov smo nato zasnovali program usposabljanja. Udeleženci delavnic so se usposobili (1) uporabiti funkcijo prostoročnega telefoniranja ob klicu 112, (2) izvajati TPO po navodilih dispečerja in (3) samostojno uporabiti AED. Več kot tretjina (36 %) sodelujočih na delavnicah se še nikoli ni usposabljala za izvajanje TPO, skoraj četrtina (24 %) pa se je tovrstnih usposabljanj udeležila pred več kot desetimi leti. Večina (92 %) je mnenja, da so po udeležbi na delavnicah sposobni izvajanja enominutnega oživljanja, še večji delež (96 %) pa se čuti pripravljenih, da na pomoč ponesrečencu pristopijo tudi v realnih situacijah.

UDC 615.841+614.88-053.9

KEYWORDS: older adults, basic life support, emergency call, hands-free calling

ABSTRACT – The article presents the findings of the project “Older people can perform CPR when instructed by a 112 dispatcher”. The purpose of the project was to develop a training program for older adults to effectively perform basic resuscitation procedures (CPR) using an automated external defibrillator (AED) and following the instructions of medical dispatchers via mobile phone. The main objective is to design a short training course in CPR, with an emphasis on simulating a 112 call, adapted to older adults. Students from three different faculties, who participated in the project, first conducted semi-structured interviews with members of the Daily Activity Centres for the Elderly in Ljubljana with the aim of identifying their needs. Based on the data obtained, a training program was designed. Workshop participants were trained to (1) use the hands-free function when a 112 call is made, (2) perform CPR following the dispatcher's instructions on call and (3) use the AED independently. More than a third (36%) of workshop participants had never received training in CPR, and almost a quarter (24%) had attended such training more than ten years ago. The majority (92%) feel that they are able to perform one-minute resuscitation after attending the workshops, and an even higher proportion (96%) feel ready to help a casualty in real-life situations.

1 Teoretična izhodišča

V zadnjih 20-tih letih smo v Sloveniji na področju usposabljanja iz temeljnih postopkov oživljanja (TPO) splošne laične javnosti dosegli velik napredek, kar potrjuje tudi vse večji delež pravih kardiopulmonalnih oživljanj pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) (Jenko in Baznik, 2021). Vendar so v prizadevanjih za dvig ravni znanja likov o TPO določene skupine, med njimi tudi starejši, še vedno prezrte. Slabe (2016, str. 306) opozarja na paradoks, ko so na eni strani prizadevanja celotne slovenske družbe usmerjena v spodbujanje samostojnega in aktivnega življenja starejših odraslih, po drugi pa v slovenskem prostoru skoraj ni ponudbe usposabljanj iz prve pomoči, namenjeni tej starostni skupini. Ta paradoks je še

toliko večji, saj se naša družba neobhodno sooča s trendom staranja populacije (European Commission, 2021).

Smernice za oživljanje 2015 (Gradišek idr., 2015, str. 1–2) so izpostavile korist sodelovanja med zdravstvenim dispečerjem in očividcem, ki izvaja TPO, ter pomen čim prejšnje uporabe avtomatskega zunanega defibratorja (AED). Če pri izvajanju TPO očividca vodi zdravstveni dispečer, to bistveno pripomore k izboljšanju učinkovitosti TPO (Ro idr., 2017, str. 56; Song idr., 2014, str. 37–38), usklajeno povezovanje vseh treh elementov (očividca, zdravstvenega dispečerja in AED-ja) občutno poveča možnost preživetja bolnika v zunajbolnišničnem srčnem zastoju (Gradišek idr., 2015, str. 1). Očividci, ki se (še) niso predhodno usposobili, lahko s pomočjo dispečerja TPO izvajajo enako učinkovito, kot usposobljeni očividci. Poleg tega lahko zdravstveni dispečer usmerja laika pri izvajanju TPO ter tako poveča samozavest laičnega dajalca pomoči (Kim idr., 2018, str. 31). Ta pristop predstavlja izziv tudi v opogumljanju starejših odraslih za izvajanje TPO.

Neset in sodelavci (2010, str. 889–890) so ugotovili, da so starejši odrasli (57–70 let) sposobni izvajati TPO, in potrdili enako kakovost izvajanja TPO, če se ti izvajajo samo s stisi prsnega koša ali s stisi ter vpihi v razmerju 30:2. Smernice za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta (Gradišek idr., 2015, str. 115) pa predlagajo, da se v primeru, kadar je usposabljanje iz TPO časovno omejeno na kratek čas ali priložnostno, le tega omeji na izvajanje TPO samo s stisi prsnega koša brez dajanja vpihov.

Po drugi strani Nebsbjerg in sodelavci (2018, str. 890) navajajo, da starejši odrasli TPO ne izvajajo dovolj kakovostno, še posebej, kar se tiče globine in hitrosti stisov prsnega koša. Razlog za nekakovostno izvajanje TPO avtorji pripisujejo temu, da usposabljanja iz TPO ne vključujejo protokolov usmerjanja TPO s strani dispečerja. Starejšim odraslim precejšnje težave povzročata aktivacija funkcije prostoročnega telefoniranja na mobilnem telefonu, saj je bilo funkcijo prostoročnega telefoniranja na mobilnem telefonu sposobna aktivirati zgolj 1/3 starejših odraslih (Birkenes idr., 2012, str. 1–6). Pomen vklopa zvočnika izpostavljajo tudi najnovejše Smernice za oživljanje (Gradišek idr., 2021, str. 15). S prostoročnim telefoniranjem je omogočeno sočasno posredovanje navodil, ki jih dispečer daje laiku med izvajanjem TPO, kar je še toliko pomembnejše v primerih, ko je očividec ob osebi v srčnem zastoju sam. Dispečer lahko izvajalcu TPO preko telefona nudi ustrezne popravke ter spodbudo, kar je zelo pomembno za učinkovitejše izvajanje TPO (Birkenes idr., 2012, str. 5). Ugotovljeno je bilo, da vklop in uporaba zvočnika na mobilnem telefonu skrajša čas do pričetka stisov prsnega koša ter zmanjša pavze med stisi prsnega koša, ki jih izvajajo starejši. Usposabljanje starejših za izvajanje TPO po navodilih dispečerja jim tako olajša nudenje pomoči ter obvladovanje situacije v primeru dejanskega oživljanja osebe v srčnem zastoju (Kim idr., 2018, str. 31).

1.1 Projekt TPO STAR 112

V članku predstavljamo glavne ugotovitve projekta »Starejši zmorejo izvajati TPO po navodilih dispečerja na številki 112«, ki je bil izveden v okviru javnega razpisa »Študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2022«. V projektu je sodelovalo 9 študentov Zdravstvene, Medicinske in Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, sedem mentorjev iz Zdravstvene, Medicinske in Filozofske fakultete UL ter Mestne zveze upokojencev Ljubljana in člani Dnevnihi centrov aktivnosti za starejše (DCA) v Ljubljani. Namen projekta je bil pripraviti program za usposabljanje starejših odraslih za učinkovito izvajanje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja (AED), po navodilih zdravstvenega dispečerja na številki 112, preko mobilnega telefona v načinu prostoročnega telefoniranja.

2 Metode

Za ugotavljanje izobraževalnih potreb pred pripravo kratkega usposabljanja iz TPO za starejše odrasle, evalvacijo uspešnosti izvedbe usposabljanja med udeleženci in samoevalvacijo izvajalcev delavnic smo uporabili mešano, kvalitativno in kvantitativno metodologijo.

Za namen ugotavljanja izobraževalnih potreb smo, na podlagi analize ugotovitev predhodnih raziskav, oblikovali strukturni opomnik s šestimi vprašanji (o željah, izkušnjah, predhodnih udeležbah na tečajih, ovirah in potrebah) za polstrukturirani intervju. Z intervjujem smo želeli pridobiti podatke, na osnovi katerih bi lahko utemeljeno načrtovali prilagoditve organizacijsko-izvedbenega dela izobraževalnega programa posebnostim ciljne skupine. Intervjuje smo izvedli s šestimi potencialnimi udeleženci usposabljanja, člani DCA v Ljubljani. Intervjuje smo posneli, zvočne posnetke prepisali v tekstovno obliki in jih nato analizirali.

V evalvacijo predlaganega novega programa smo vključili vse študente, ki so sodelovali v projektu in vse udeležence delavnic. Za namen evalvacije programa smo oblikovali evalvacijski vprašalnik, namenjen udeležencem delavnic v DCA v Ljubljani. Z evalvacijskim vprašalnikom smo preverjali raven zadovoljstva udeležencev z delavnico, napredek v njihovem znanju in raven motiviranosti za obnavljanje znanja, promocije pomena poznavanja postopkov TPO med vrstniki ter pripravljenost prenosa znanja v prakso. Izpolnjevanje vprašalnikov je bilo prostovoljno in anonimno. Udeleženci so na koncu vsake delavnice prejeli evalvacijske vprašalnike, jih izpolnili in oddali izvajalcem delavnic. V okviru petih izvedenih delavnic je sodelovalo 26 starejših odraslih, članov DCA v Ljubljani. S sprotno samoevalvacijo izvajalcev smo preverjali doseganje operativnih učnih ciljev in kakovosti dela izvajalcev pri posamičnih izvedbah (prilagoditve posameznikom konkretne skupine, prostoru izvajanja, skupinski dinamiki, izkušnjam, željam in morebitnim omejitvam udeležencev). Študenti (izvajalci posamezne delavnice) so po končani delavnici s pomočjo posebnega obrazca reflektirali lastno delo in refleksijo zapisali v učno pripravo.

3 Rezultati

V okviru projekta »Starejši zmorejo izvajati TPO po navodilih dispečerja na številki 112« smo razvijali program usposabljanja, ki se je osredotočal na starejše odrasle nad 65 let in bi bil prilagojen potrebam in sposobnostim starejših, s poudarkom na varnem in kakovostnem izvajanju oživljanja s stisi prsnega koša, komunikaciji z zdravstvenim dispečerjem in uporabi AED-ja. Pozornost smo namenili tudi odpravljanju pomislekov, strahov in ostalih zaviralnih dejavnikov pri starejših (nemoč, strah pred okužbo, strah pred škodovanjem obolelemu ter tožbo).

Analizo izobraževalnih potreb za namene priprave kratkega usposabljanja iz TPO za starejše odrasle smo pripravili na osnovi rezultatov predhodno izvedenih raziskav (Dolenc in Slabe, 2012; Slabe, 2016; Dolenc idr., 2018; Dolenc idr., 2020) ter rezultatov polstrukturiranih intervjujev s potencialnimi udeleženci usposabljanja - člani DCA v Ljubljani. Člani DCA so starejši odrasli, ki se v izobraževalne programe vključujejo na podlagi lastnih interesov. V intervjuje smo vključili šest sogovornic, starih med 64 in 73 let. Sogovornice so si želele predvsem izvedbe usposabljanja, ki bo omogočala uporabo znanja v praksi (4/6) in v kateri bodo lahko aktivno sodelovale (2/6). Vse sogovornice so menile, da je pomembno poznavanje postopka TPO v vsakodnevnem življenju. Pri načrtovanju usposabljanja namenjenega starejšim odraslim so predlagale poenostavljene razlage, brez medicinskega žargona (1/6), praktično naravnost (3/6), podajanje povratnih informacij ob izvajanju vaj (2/6), izvajanje usposabljanj v manjših skupinah (5/6), da se vključi učenje uporabe AED (2/6) in da imajo možnost ponavljanja naučenega in obnavljanja znanja (2/6).

Na osnovi pridobljenih rezultatov smo oblikovali nabor izobraževalnih in operativnih ciljev, ki smo jih želeli doseči z izvedbo novega izobraževalnega programa TPO, prilagojenega potrebam in možnostim starejših odraslih. Izvedli smo testno ter še pet delavnic TPO na različnih lokacijah DCA Ljubljana. Na osnovi evalvacije testne izvedbe smo pripravili popravke programa, ki smo ga nato izvajali na delavnicah. Delavnice smo izvajali v času rahljanja ukrepov za preprečevanje širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2. Pri izvedbi delavnic smo upoštevali priporočila Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), kot so: delo v majhnih skupinah, ohranjanje socialne distance, zračenje zaprtih prostorov in razkuževanje pripomočkov, ki so jih uporabljali udeleženci. Študenti (izvajalci delavnic) so poleg teoretičnega uvoda velik poudarek namenili praktičnemu izvajanju TPO z uporabo AED ter simulaciji klica na številko 112, kjer so udeleženci sledili navodilom dispečerja za uporabo AED. V okviru izvedenih delavnic smo opolnomočili 26 starejših odraslih za izvajanje TPO po navodilih zdravstvenega dispečerja, študenti pa so se preizkusili v vlogi izvajalcev usposabljanja. Z evalvacijo udeležencev ob koncu izvedbe delavnice in samoevalvacijo izvajalcev smo preverjali kakovost izvedbe izobraževalnega programa.

Evalvacijski vprašalnik o zadovoljstvu udeležencev je rešilo 25 udeležencev različnih delavnic, med njimi je bilo 84 % žensk in 16 % moških. Povprečna starost je bila 71,3 let. Več kot polovica (52 %) anketiranih je imela končano srednješolsko izobrazbo, 32 % višjo ali visoko izobrazbo, delež tistih s končano osnovnošolsko ali poklicno izobrazbo je bil enak (8 %). Zanimalo nas je, ali je kdo izmed udeležencev v delovni dobi deloval na področju zdravstva. Izmed 25 anektiranih je na področju zdravstva delovala le ena udeleženka (4 %) delavnice. Večina (88 %) anketiranih ni imela težav z bolezenskimi stanji, ki bi ovirala njihovo vsakdanje življenje.

Več kot tretjina udeležencev (44 %) je predhodno znanje s področja oživljanja ocenila kot dobro, enak je bil delež (24 %) tistih, ki so menili, da je bilo njihovo predhodno znanje slabo (24 %) ali zelo slabo (24 %). Nihče izmed anketiranih svojega predhodnega znanja ni označil kot odličnega. Drugačne je bilo po končani delavnici, saj je kar 60 % anketiranih mnenja, da je njihovo znanje oživljanja prav dobro, kar 24 % anketiranih pa svoje znanje ocenila kot odlično. Nihče izmed anketiranih ni znanja po izvedeni delavnici ocenil kot nezadostnega ali zadostnega.

Izmed vseh anketiranih, jih 88 % meni, da je oživljanje srednje zahtevno. Večina (92 %) je mnenja, da so sposobni izvajanja enominutnega oživljanja. Več kot tretjina (36 %) anketiranih se še nikoli ni usposabljala na področju TPO, medtem je 24 % takih, ki so se tovrstnih delavnic/tečajev udeležili več kot 10 let nazaj, 20 % pa takih, ki so se udeležili do 5 let nazaj. Na vprašanje, ali bi se tovrstnih tečajev udeležili vsako leto jih je 84 % pritrdilo preostalih 16 % je bilo neodločenih. Vsi se strinjajo, da bi se tovrstnih delavnic morali udeležiti tudi njihovi bližnji in da so pripravljene spodbujati znance in družino pri udeležbi na tovrstnih delavnicah. Kar 96 % anketirancev se čuti pripravljenih, da na pomoč ponesrečencu pristopijo tudi v realnih situacijah.

Kar 92 % anektiranih je bilo z izvedbo delavnic zelo zadovoljnih in so jih ocenili s 5 (odlično), preostali so podali oceno 4 (prav dobro). Predstavljene vsebine je popolnoma razumelo 84 % anketiranih in nihče ni imel kakršnih koli težav z razumevanjem. Vsi so se strinjali tudi, da je bila delavnica ustrezno dolga.

Rezultati samoevalvacije izvajalcev delavnic so pokazali, da so vse izvedbe delavnic sledile učnim pripravam. Na delavnicah so bili doseženi načrtovani operativni učni cilji:

- udeleženci bodo po končani delavnici znali poklicati na telefonsko številko 112,
- udeleženci bodo po končani delavnici znali samostojno uporabiti funkcijo prostoročnega telefoniranja,

- udeleženci bodo po končani delavnici znali samostojno izvajati TPO (po navodilih dispečerja),
- udeleženci bodo po končani delavnici znali samostojno uporabljati AED.

Največ predlogov izboljšav izvajalcev je bilo vezanih na didaktično izvedbo in so jih soizvajalci v usposabljanje vnesli v prvi izvedbi, ki je sledila testni izvedbi.

4 Razprava

Pri načrtovanju izobraževalnega programa TPO STAR 112 smo izhajali iz potreb, ki so jih v zvezi z usposabljanjem o TPO izpostavile intervjuvane članice DCA Ljubljana: to je praktična naravnost, razumljivost, izvedba v malih skupinah, sprotno podajanje povratnih informacij ter možnost utrjevanja znanja. Na osnovi oblikovanega programa smo izvedli 6 praktičnih delavnic, ki se ga je udeležilo 26 udeležencev, velika večina žensk. Starejši odrasli (60 let in več) so se, v primerjavi z mlajšimi, v preteklosti usposabljali iz prve pomoči v manjšem deležu in so za tovrstna usposabljanja tudi podpovprečno motivirani (Slabe, 2016, str. 288). Tudi večina udeležencev naših delavnicah, znanje TPO pred izvedbo usposabljanja ni posodobila oz. se iz TPO sploh še niso usposabljali. Zato ne preseneča, da so starejši odrasli v Sloveniji manj samozavestni glede svojega znanja prve pomoči (Dolenc idr., 2018, str. 24).

Z vključitvijo dispečerja, ki kličečega ob soočenju z osebo brez znakov življenja, spodbuja in usmerja pri izvajanju TPO že v okviru usposabljanja, smo želeli starejšim odraslim omogočiti pozitivno izkušnjo z izvajanjem TPO. V stresni situaciji, ki jo lahko že izvajanje TPO na modelu pred soudeleženci delavnice, so imeli le ti na voljo oddaljeno pomoč študenta v vlogi dispečerja, da so lažje sledili algoritmu TPO in postopke učinkoviteje izvajali (preverjanje znakov življenja, sprostitvev dihalne poti, stiske prsnega koša, uporabo AED-ja). Zato so morali pred tem usvojiti funkcijo prostoročnega telefoniranja na svojem mobilnem telefonu. S takim pristopom smo jih želeli opolnomočiti, da bi tudi v primeru dejanskega soočenja z osebo v srečnem zastoju, izvajali TPO. Čeprav na delavnicah iz TPO realne situacije, v kateri se pokaže potreba po oživljanju osebe, zgolj imitiramo, pa samoocena udeležencev naših delavnic o usvojenem znanju potrjuje, da smo se temu cilju vsaj deloma približali. Udeleženci so namreč svoje znanje TPO po izvedenih delavnicah ocenili opazno višje. Prav tako se je večina opredelila, da se čuti sposobna izvajati TPO vsaj eno minuto, ter izrazila pripravljenost nujnega prve pomoči osebi tudi v realni situaciji. Ugotovitve raziskav (Kim idr., 2018; Nebbjerg idr., 2018) o tem, ali so starejši sposobni (učinkovito) izvajati TPO so sicer različne, vendar je izvajanje TPO mnogo boljše, kot da ne bi naredili nič. Jenko in Baznik (2021) poudarjata, da če očitvidci izvajajo že zgolj stiske prsnega koša do prihoda ekipe NMP, to podvoji možnost preživetja osebe v srečnem zastoju, če pa izvajajo TPO v celoti, to potroji možnost preživetja, kar v Sloveniji pomeni letno okrog 200 rešenih življenj bolnikov v srečnem zastoju.

Projekt TPO STAR 112 predstavlja dopolnitev ponudbe v slovenskem prostoru še vedno zelo redkih usposabljanj iz TPO namenjenih starejšim odraslim. Izkušnje projekta TPO STAR 112 lahko služijo zainteresirani strokovni javnosti in pristojnim organizacijam za širjenje ponudbe tovrstnih usposabljanj namenjenih tej starostni skupini v Sloveniji, sama metodologija razvoja programa pa tudi snovalcem podobnih usposabljanj s področja prve pomoči, saj so te vsebine mnogo obsežnejše, kot zgolj TPO.

Zahvala

Avtorja članka se zahvaljujeva ostalim sodelujočim v projektu - študentom (Alenki Dolenc, Tini Jakopič, Zali Knez, Brigiti Marc, Maticu Pacek, Maji Pišek, Evi Skok, Ani Šegula in Nini Tušek), pedagoškim mentorjem (Evi Dolenc, Urošu Kovačiču, Nives Ličen in Mateju Urbančiču) ter strokovni sodelavki Mestne zveze upokojencev Ljubljana Katji Krivec. Projekt

smo izvedli v okviru razpisa »Študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2022« in sta ga sofinancirali Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada.

LITERATURA

1. Birkenes, T. S., Myklebust, H. in Kramer - Johansen, J. (2013). Time Delays and Capability of Elderly to Activate Speaker Function for Continuous Telephone CPR. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 21(1), 1–6. doi: 10.1186/1757-7241-21-40
2. Dolenc, E., Slabe, D. in Kovačič, U. (2020). Staranje prebivalstva kot izziv na področju pripravljenosti na naravne nesreče: primer usposabljanja iz prve pomoči. *Naravne nesreče - Domači odzivi na globalne izzive*, 5, 153–165.
3. Dolenc, E. in Slabe, D. (2012). Tečaj prve pomoči za skupino starih ljudi za samopomoč. V K. Babnik (ur.) in M. Kocbek (ur.), *Raziskovanje študentov zdravstvenih ved in evropsko leto aktivnega staranja ter medgeneracijske solidarnosti: zbornik prispevkov 4. študentske konference s področja zdravstvenih ved* (str. 53–60). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
4. Dolenc, E., Slabe, D. in Kovačič, U. (2018). Pomen usposabljanja iz prve pomoči za starejše. *Kakovostna starost*, 21(4), 3–14.
5. European Commission (2021). *The 2021 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Pridobljeno s https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip142_en.pdf.
6. Gradišek, P. idr. (2015). *Smernice za oživljanje 2015 Evropskega sveta za reanimacijo*. Slovenska izdaja. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
7. Gradišek, P., Grošelj Grenc, M. in Strdin Košir, A. (2021). *Smernice Evropskega sveta za reanimacijo za oživljanje 2021 - slovenska izdaja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
8. Jenko, M. in Baznik, Š. (2021). Srčni zastoj izven bolnišnice v številkah. Prispevek ob svetovnem dnevu oživljanja 16. 10. 2021. Ljubljana: Slovenski reanimacijski svet.
9. Kim, T. H. idr. (2018). Comparison of Cardiopulmonary Resuscitation Quality between Standard Versus Telephone-Basic Life Support Training Program in Middle-Aged and Elderly Housewives: a Randomized Simulation Study. *Simul Healthc*, 13(1), 27–32.
10. Naset A. idr. (2010). A Randomized Trial of the Capability of Elderly Lay Person to Perform Chest Compression Only CPR Versus Standard 30:2 CPR. *Resuscitation*, 81(7), 887–892.
11. Nebsbjerg, M. A. idr. (2018). Skills among Young and Elderly Laypersons during Simulated Dispatcher Assisted CPR Training. *Acta Anaesthesiol Scand*, 62(1), 125–133.
12. Podjed, K. (2013). Kako prepoznati svoj stres. *Didakta*, 22(162), 45–46.
13. Ro, Y. S. idr. (2017). Effect of Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation Program and Location of Out-Of-Hospital Cardiac Arrest on Survival and Neurologic Outcome. *Ann Emerg Med*, 69(1), 52–61.
14. Slabe, D. (2016). *Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi* (Doktorska disertacija). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
15. Song, K. J. idr. (2014). Dispatcher-Assisted Bystander Cardiopulmonary Resuscitation in a Metropolitan City: a Before-After Population-Based Study. *Resuscitation*, 85(1), 34–41.

Življenjski slog študentov zdravstvene nege

UDK 613+616-083-057.875

KLJUČNE BESEDE: študenti rednega študija, dejavniki nezdravega življenjskega sloga, potrebe po vsebinah zdravega življenjskega sloga

POVZETEK – V obdobju mladostništva je pomembna promocija zdravja ter preventivno zdravstveno varstvo z namenom ustvarjanja zdravega življenjskega sloga. Namen raziskave je proučiti življenjski slog treh zaporednih generacij študentov rednega študija visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede ter primerjati življenjski slog študentov iste generacije v 1. in 3. letniku študija. Zastavili smo si pet ciljev, iz katerih smo določili raziskovalna vprašanja. Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bilo uporabljeno spletno anketiranje. V raziskavo so bili vključeni študenti treh zaporednih generacij 1. letnika (2019/20, 2020/21, 2021/22) ter študenti 3. letnika v študijskem letu 2021/22. V raziskovalni vzorec so bili vključeni 203 študenti 1. letnika ter 53 študentov 3. letnika. Študenti so svoje splošno zadovoljstvo s posredovanimi informacijami o zdravem življenjskem slogu, ki so jih pridobili v okviru študijskega programa, ocenili s povprečnimi ocenami: prva generacija 3,20, druga generacija 2,70 in tretja 3,10. Študenti bi si v okviru študijskega programa želeli pridobiti več informacij o stresu, duševnem zdravju, zdravi spolnosti ter motnjah hranjenja.

UDC 613+616-083-057.875

KEYWORDS: full-time students, unhealthy lifestyle factors, needs for healthy lifestyle content

ABSTRACT – In the period of adolescence, health promotion and preventive healthcare with the aim of creating a healthy lifestyle are important. The purpose of the research is to study the lifestyle of three consecutive generations of full-time students of the first-level professional higher education study program Nursing Care at the University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, and to compare the lifestyle of students of the same generation in the 1st and 3rd years of study. We set five goals, based on which we determined the research questions. The research is based on the quantitative research approach. An online survey was used to collect data. Students of three generations of the 1st year (2019/20, 2020/21, 2021/22) and 3rd year students in the academic year 2021/22 were included in the research. The research sample included 203 first-year students and 53 third-year students. The students rated their overall satisfaction with the provided information about a healthy lifestyle, which they obtained within the study program, with the average scores: 3.20 in the first generation, 2.70 in the second generation and 3.10 in the third. As part of the study program, students would like to obtain more information about stress, mental health, sexual health and eating disorders.

1 Uvod

V obdobju mladostništva se odvijajo spremembe na telesni, čustveni, intelektualni in vedenjski ravni, zato je v tem obdobju še toliko bolj pomembna promocija zdravja ter preventivno zdravstveno varstvo z namenom ustvarjanja zdravega življenjskega sloga za ohranitev in krepitev zdravja. Prve informacije o vedenju, ki je v dobrobit zdravju, mladostniki običajno pridobijo v svojih družinah. Kasneje v okviru formalnega izobraževanja mladostniki pridobijo določeno znanje in informacije, na podlagi katerih oblikujejo stališča in vrednote glede zdravega življenjskega sloga. V obdobju mladostništva sta tako zdravje in izobraževanje neločljivo povezana, promocija zdravja in vzgoja za zdravje pa sta pomemben dejavnik ustvarjanja zdravega življenjskega sloga ter ohranitve in krepitev zdravja. Zgolj informacije ter znanje pa sami po sebi ne vodijo do zdravega načina življenja in zdravih izbir. Informacije o

zdravem življenjskem slogu naj bi mladostniki pretvorili v takšno znanje in vedenje, ki ga bodo lahko ponotranjili (sprejeli kot del sebe in svojega življenja), skrb za zdravje naj bi postala njihova pomembna vrednota, zdrav življenjski slog pa stalnica tudi kasneje v njihovem življenju. Ravno zato za vse deležnike, ki prihajajo v stik z mladostniki, še posebej za izobraževalne institucije predstavlja skrb za zdravje mladostnikov obvezo, saj gre za populacijo, ki se dnevno srečuje s številnimi možnostmi nezdravega načina življenja.

Po navedbah Skar, Kirstein in Kapur (2015, str. 1114) je izobraževanje in promocija zdravega življenjskega sloga mladostnikov pomembna z vidika preprečevanja razvoja bolezenskih stanj v odraslosti. Navade, pridobljene v mladosti, se pogosto prenašajo tudi v kasnejše življenje, zato je obdobje poznega mladostništva še zadnje obdobje, ko lahko v okviru rednega izobraževanja študentske populacije razvijamo zdrav življenjski slog mladostnikov.

Zaradi ugotavljanja aktualnega stanja in potreb študentov po tematikah, ki podpirajo in vzpodbujajo zdrav življenjski slog, je namen raziskave proučiti življenjski slog treh zaporednih generacij študentov rednega študija študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega UNM FZV. Na podlagi pridobljenih rezultatov je namen tudi prispevati k obogatitvi študijskega programa s vsebinami tega področja, s čimer bi tudi na visokošolski ravni izobraževanja prispevali k zmanjševanju tveganih vedenj v obdobju mladostništva.

2 Zdrava prehrana

Nezdrava prehrana lahko povzroči simptome pomanjkanja (npr. dermatitisi, očne in možganske okvare) in deficitarnih bolezni (npr. pelagra, rahitis, skorbut), kot tudi prekomernega prehranjevanja, ki lahko vodi do nastanka debelosti in številnih bolezni, kot so npr. bolezni srca in ožilja, sladkorna bolezen tipa II., nekatere vrste raka, osteoporoza, motnje hranjenja (Trowbridge in Collins, 1993, v Gregorič, 2015, b. s.).

Zdravo prehranjevanje je poleg telesne aktivnosti eden ključnih dejavnikov varovanja in krepitve zdravja, ki prispeva k boljšemu zdravju, večji kakovosti življenja in k vzdržnosti zdravstvenih sistemov (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2015, točka 1). Na prehransko vedenje vplivajo številni, kompleksni, med seboj prepletajoči se dejavniki: tako individualne značilnosti posameznika, kot tudi širše in ožje okolje, v katerem se prehranske navade razvijejo in ustalijo (Birch idr., 2007, v Gregorič, 2015, b. s.). Prehranjevalne navade posameznika niso odvisne samo od fizioloških procesov hranjenja, ki so značilni za posameznika, temveč na izbor hrane pomembno vpliva interakcija med posameznikom ter naravnim in socialnim okoljem, v katerem se prehranjuje (Galef, 1996, v Gregorič, 2015, b. s.). Priporočila za zdravo prehranjevanje so za mladostnike še toliko bolj pomembna. Prehranske navade, ki se oblikujejo v otroštvu in mladostništvu, ne vplivajo le na zdravje v tem obdobju, ampak tudi na izbiro živil, način prehranjevanja in zdravje kasneje v življenju (Zdravstveni statistični letopis Slovenije, 2016, str. 2–3). Po drugi strani neustrezno prehranjevanje že v otroški dobi predstavlja prispevek k tveganju za nastanek nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni v kasnejšem življenjskem obdobju. Raziskave kažejo na neposredno povezanost nezdravih prehranjevalnih navad s pojavom kronično nenalezljivih bolezni. Po izračunih Svetovne zdravstvene organizacije naj bi bilo kar 41 % vseh kroničnih nenalezljivih bolezni pomembno povezanih s prehranskimi dejavniki tveganja. Gledano globalno so kronične bolezni glavni vzrok prezgodnje umrljivosti. Če so bila ta obolenja do pred nedavnim značilna predvsem za starejše generacije, pa se danes vse pogosteje pojavljajo že pri mlajših populacijskih skupinah (Gregorič, 2015, b. s.).

3 Kajenje

Podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje iz leta 2016 kažejo, da začnejo kaditi večinoma otroci in najstniki. Po 25. letu se v večini ne beleži več začetkov kajenja. Starost ob začetku kajenja je pomemben kazalnik kadilskega vedenja in škodljivih posledic v odrasli dobi. Mlajši, kot je mladostnik ob začetku kajenja, večja je verjetnost, da bo bolj zasvojen, da bo dlje kadil in da bo pokadil več cigaret, po drugi strani pa je manjša verjetnost, da bo kadarkoli opustil kajenje. Prav tako se ob zgodnjem začetku kajenja poveča tveganje za razvoj določenih s kajenjem povzročenih obolenj (Zakaj nova tobačna zakonodaja ščiti današnje in bodoče slovenske otroke in mladostnike?, 2016, b. s.). Med prebivalci Slovenije se je povprečna starost ob začetku kajenja pri obeh spolih v zadnjih desetletjih zniževala in je ob prvem kajenju 17,7 let. Povprečna starost ob začetku kajenja se je zniževala pri obeh spolih, a izraziteje med ženskami. Podatki iz raziskave potrjujejo pomembnost zgodnjih in dolgotrajnih programov preprečevanja kajenja med mladostniki (Koprivnikar in Korošec, 2015, str. 274–280).

Večina mladih kadilcev s kajenjem nadaljuje v odraslo dobo in lahko postanejo del statistike, ko zaradi bolezni, ki jih povzroča kajenje, umreta dve tretjini kadilcev, ki v povprečju izgubijo od 10 do 15 let življenja, mnogi pa leta pred smrtjo preživijo z zelo slabo kakovostjo življenja. Zaradi bolezni, ki jih povzroča kajenje, pri nas vsak dan umre deset prebivalcev (Zakaj nova tobačna zakonodaja ščiti današnje in bodoče slovenske otroke in mladostnike?, 2016, b.s.). Programi preprečevanja kajenja so eden najučinkovitejših ukrepov za zmanjševanje rabe tobaka med mladostniki, šola pa edinstveno okolje, v katerem je mogoče nagovoriti največ otrok in mladostnikov. S tem namenom so se na ravni osnovnih šol razvili tri programi spodbujanja ne-kajenja, ki prispevajo k preprečevanju zgodnjega začetka kajenja med mladostniki (Čeh, 2017, str. 29; Belović, Jovanović in Verban Buzeti, 2017, str. 34–38; Erklavec in Pelosa, 2017, str. 39–42). Podobnih programov za študentsko populacijo, ki bi bili organizirani na način, kot je to za osnovnošolsko populacijo, v našem prostoru ni zaslediti.

4 Pitje alkohola

Alkohol sodi med najbolj razširjene droge (Žvegljč in Starc, 2016, str. 10). Mladostništvo je obdobje preizkušanja in oblikovanja navad, tudi navad pitja alkohola. Posebna pozornost mladostnikom je utemeljena zaradi ugotovitev, da kljub zakonski prepovedi nakupovanja in strežbe alkohola mladoletnim v Sloveniji, ti vseeno preprosto dostopajo do alkohola in pitje alkohola dojemajo kot nekaj povsem običajnega, pomeni jim način zabave in sprostitve (Zorko idr., 2014, str. 80). Mladostniki poročajo, da pijejo alkohol zato, ker se na ta način zabavajo, se sprostijo, si več upajo, so bolj komunikativni, lažje navezujejo stike, so bolj samozavestni, se dobro počutijo in pozabijo na probleme (Bajt in Zorko, 2009, v O mladih in alkoholu, 2011, b. s.). V raziskavi o stanju pitja alkohola med mladostniki v obdobju 2002–2010 v Sloveniji je bilo ugotovljeno, da 61 % vseh mladostnikov v starostih 11, 13 in 15 let pije alkoholne pijače. S starostjo se delež teh mladostnikov veča. Pri 11- in 13-letnikih je pomembno več fantov kot deklet, ki pijejo alkoholne pijače, pri 15-letnikih pa je bilo to število pri obeh spolih enako in je skupaj predstavljalo 85 % vseh slovenskih 15-letnikov. V vseh starostnih skupinah se je kot najbolj priljubljena pijača izkazalo pivo, sledilo je vino. Po tedenskem pitju piva, vina in žganih pijač so slovenski 15-letniki v prvi tretjini držav z najvišjimi odstotki tedenskega pitja tovrstnih pijač. Tedensko pitje alkohola s starostjo narašča, fantje pijejo alkoholne pijače tedensko v vsaki starostni skupini v večji meri kot dekleta (Zorko idr., 2014, str. 80–101). Kolšek in Klemenc Ketiš (2015, str. 259) ugotavljata, da je pitje v Sloveniji dobro raziskano med osnovnošolci in srednješolci, medtem ko je pomanjkanje raziskav o pitju med študenti.

5 Uporaba prepovedanih drog

Kajenje tobaka, uživanje alkohola in uporaba prepovedanih drog so pogosti dejavniki tveganja za zdravje odrasčajoče mladine. Raziskave kažejo, da vse mlajši otroci posegajo po drogah (Kostanjevec idr., 2005, str. 8). Raziskava Eurobarometer o rabi drog med mladimi iz leta 2014 je v primerjavi z letom 2011 pokazala, da so mladi v Evropski uniji manj informirani o učinkih in tveganjih zaradi uporabe drog, vendar glavni vir informiranja ostaja internet. V Sloveniji se v iskanju informacij o učinkih in tveganjih zaradi uporabe drog na internet obrne 62 % anketirancev, nato sledijo prijatelji (47 %), starši (18 %), zdravstvene ustanove (15 %) in specializirane posvetovalnice (11 %). Raziskava je pokazala, da več kot četrtina mladih v Evropski uniji (29 %) v zadnjem letu sploh ni bila seznanjena z novimi psihoaktivnimi snovmi, ki posnemajo učinke prepovedanih drog (<http://www.nijz.si/sl/raziskava-eurobarometer-o-rabi-drog-med-mladimi>). Najbolj razširjena prepovedana droga med prebivalci Slovenije je konoplja, sledijo ji ekstazi / amfetamin, kokain in heroin. Starostno obdobje za začetek uporabe večine prepovedanih drog je od 18. do 22. leta, uporaba konoplje je bolj razširjena med mlajšimi kot med starejšimi prebivalci Slovenije in bolj med moškimi kot med ženskami (Koprivnikar idr., 2015, str. 19). Ta trend pa ni bil zabeležen v državah v razvoju v vzhodni, srednji in južni Evropi. Uporaba konoplje je postala manj značilna za države z visokim bruto-družbenim proizvodom, za mlade iz družin z visoko stopnjo socialne varnosti in za ženske (Bogt idr., 2014, str. 273–283).

Posameznik je socialno bitje, medsebojni odnosi so pomemben del njegovega življenja, vendar pa socialne posledice zaradi uporabe prepovedanih drog, kot so izključenost iz družbe, izguba socialnih stikov, težave z medsebojnimi odnosi, vplivajo ravno na ta pomemben vidik življenja posameznika (Čopi, 2012, str. 109). Z ozirom na to je zagotavljanje preventive med mladostniki še toliko bolj pomembno. Tudi avtorici Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino v Sloveniji (Stergar in Udrih Lazar, 2014, str. 78) ugotavljata, da bi bilo potrebno okrepiti preventivno delovanje in delovanje na področju promocije zdravja glede uporabe drog med mladostniki.

6 Telesna dejavnost

Cilj, za katerega bi si morali prizadevati, je vsaj 30-minutna dnevna telesna dejavnost. Skrb vzbujajoče je, da je nezadostna telesna dejavnost v visokem deležu prisotna zlasti v mlajših starostnih skupinah. (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 4.3). Delež redno telesno dejavnih mladostnikov pri nas je nizek in z njihovo starostjo še upada, zlasti z vstopom v adolescenco (Zurc, 2011, str. 126–131). Na podlagi podatkov med mladostniki je vsak dan dovolj telesno dejavnih 25,5 % fantov in le 14,9 % deklet. Še posebej zaskrbljujoči so podatki za dekleta, ki so telesno nedejavna v značilno višjem deležu kot fantje. Ključno je, da mladostnik že v otroštvu razvije aktiven življenjski slog, saj se bo ta kljub upadu telesne dejavnosti v obdobju adolescence prenesel na kasnejša leta, s tem pa se bodo v odraslo dobo prenesle tudi pridobljene koristi za zdravje (Drev, 2011, str. 177, str. 186–187). Otroci in mladostniki predstavljajo eno ključnih ciljnih skupin, saj se v tem obdobju pogosto dokončno oblikujejo gibalne navade. Mladostniki, ki imajo od doma naučene ustrezne navade, bodo tudi v šolskem obdobju ob naraščajočih obveznostih in čedalje večjem pomanjkanju prostega časa lažje ohranjali zdrave gibalne navade. Pri mladostnikih, ki v svojem domačem okolju nimajo ustrezne podpore za razvoj gibalnih navad, šolsko okolje predstavlja zelo pomemben dejavnik njihovega razvoja, saj šolo obiskujejo vsi otroci in v njej deluje kompetenten kader za izvajanje telesne dejavnosti za zdravje. Zato šola predstavlja najboljše okolje za izvedbo intervencijskih programov za izboljšanje gibalne

zmožnosti ter telesne pripravljenosti otrok in mladostnikov (Brown in Summerbell, 2009; De Meester idr., 2009; Salmon idr., 2007; Shaya idr., 2008, v Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 5.6.2.1).

Obstaja povezava med telesno gibalno dejavnostjo in pričakovano življenjsko dobo, saj sedeč način življenja predstavlja dejavnik tveganja za razvoj številnih kroničnih bolezni, med katerimi so tudi bolezni srca in ožilja, ki so glavni vzrok smrti v zahodnem svetu (Jurdana, 2015, str. 139–140).

7 Metoda

7.1 Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je proučiti življenjski slog treh zaporednih generacij študentov rednega študija visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede ter primerjati življenjski slog študentov iste generacije v 1. in 3. letniku študija.

Cilji raziskave so:

- oceniti življenjski slog študentov rednega študija UNM FZV,
- primerjati življenjski slog študentov med tremi zaporednimi generacijami,
- opredeliti dejavnike, ki vplivajo na razvoj nezdravega življenjskega sloga študentov,
- ugotoviti potrebe študentov po vsebinah zdravega življenjskega sloga,
- primerjati življenjski slog študentov iste generacije v 1. in 3. letniku študija.

7.2 Raziskovalna vprašanja

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je ocena življenjskega sloga študentov rednega študija UNM FZV?
- Kakšne so razlike v življenjskem slogu med študenti treh zaporednih generacij?
- Kateri dejavniki vplivajo na razvoj in ohranitev nezdravega življenjskega sloga študentov?
- Kakšne so potrebe študentov po vsebinah o zdravem življenjskem slogu?
- V kolikšni meri se življenjski slog študentov iste generacije razlikuje, če primerjamo njihove rezultate v 1. in 3. letniku?

7.3 Raziskovalna metodologija

7.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava temelji na kvantitativnem raziskovalnem pristopu, uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, primarni podatki za analizo so bili zbrani s tehniko anketiranja.

7.3.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen anketni vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi prebrane domače in tuje strokovne ter znanstvene literature ter opravljenih raziskav s podobno tematiko (Bogt idr., 2014; Zorko idr., 2014; Gregorič, 2015; Jurdana, 2015; Koprivnikar in Korošec, 2015; Koprivnikar idr., 2015). Anketni vprašalnik je sestavljen iz osmih sklopov. Vprašalnik vsebuje 37 vprašanj in je razdeljen na tri sklope: prvi sklop vsebuje vprašanja o demografskih podatkih (spol, starost, občina stalnega bivališča), drugi o življenjskem slogu študentov (prehrana, kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uživanje prepovedanih drog, telesna aktivnost), tretji pa se nanaša na izobraževalne vsebine. Večina vprašanj (13) je zaprtega tipa, 10 vprašanj je odprtega tipa s kratko dopolnitvijo, za izražanje stališč in mnenj 4 vprašanja

vključujejo petsopenjsko Likertovo lestvico stališč, za podajanje ocen pa 10 vprašanj petstopenjsko ocenjevalno lestvico.

7.3.3 Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni študenti treh zaporednih generacij 1. letnika rednega študija (2019/20, 2020/21, 2021/22) visokošolskega strokovnega študijskega programa Zdravstvena nega Univerze v Novem mestu Fakultete za zdravstvene vede ter študenti 3. letnika v študijskem letu 2021/22 (ki so bili v študijskem letu 2019/20 v 1. letniku). V raziskovalni vzorec so bili vključeni 203 študenti 1. letnika ter 53 študentov 3. letnika. Anketni vprašalnik je izpolnilo 134 študentov 1. letnika (66,00 % realizacija) in 32 študentov 3. letnika (60,38 % realizacija), in sicer 108 (80,60 %) študentk in 26 (19,40 %) študentov, ter 32 študentov 3. letnika, in sicer 25 (78,12 %) študentk in 7 (21,88 %) študentov. Povprečna starost študentov 1. letnika je 20,0 let, 3. letnika pa 22,1 let. Večina študentov prihaja iz Jugovzhodne Slovenije (35,82 %), Osrednjeslovenske regije (26,87 %), Posavske regije (14,93 %) ter Savinjske regije (8,20 %), v manjših deležih pa tudi iz preostalih regij.

7.3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala po odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje na domeni www.1ka.si. Prošnja s povezavo do vprašalnika je bila v treh zaporednih študijskih letih posredovana študentom prvega letnika rednega študija (2019/20, 2020/21, 2021/22) ter v študijskem letu 2021/22 študentom 3. letnika na njihove elektronske naslove. Študenti so k raziskavi pristopili prostovoljno. Pred raziskavo so bili pisno seznanjeni o vsebini in namenu raziskave, času izpolnjevanja vprašalnika ter o možnosti vpogleda v rezultate. Vsem sodelujočim v raziskavi je bila v vseh fazah postopka zbiranja in obdelave podatkov zagotovljena anonimnost, prav tako je raziskava potekala v skladu z veljavnimi etičnimi načeli raziskovanja.

8 Rezultati

V povezavi z odgovorom na prvo raziskovalno vprašanje (Kakšna je ocena življenjskega sloga študentov rednega študija UNM FZV?) ugotavljamo, da so študenti 1. letnika v študijskem letu 2019/20 ocenili svoj življenjski slog s povprečno oceno 3,6 (dober), v študijskem letu 2020/21 z oceno 3,4 (zadovoljiv), v študijskem letu 2021/22 pa z oceno 3,3 (zadovoljiv). Iz tega izhaja, da se ocena z leti nekoliko niža, vendar ne bistveno.

Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje (Kakšne so razlike v življenjskem slogu med študenti treh zaporednih generacij?) smo pridobili s vprašanji, ki so bila razdeljena na pet sklopov (prehrana, kajenje, uživanje alkoholnih pijač, uživanje prepovedanih drog, telesna aktivnost).

▫ Prehrana

Tabela 1: Način prehranjevanja in zadovoljstvo s telesno težo

Trditev	Povprečna ocena* po študijskih letih		
	2019/20	2020/21	2021/22
Vsak dan zajtrkujem.	3,5	3,1	2,9
Vsak dan pri vsaj enem obroku jem sadje.	3,6	3,0	3,1
Vsak dan pri vsaj enem obroku jem zelenjavo.	4,0	3,9	3,7
Vsak dan uživam sladkane pijače.	2,2	2,1	2,6
Pijem le vodo.	3,7	3,5	3,4
Imam pet manjših obrokov na dan.	3,0	2,8	3,2
Vsak dan jem sladkarije.	2,4	2,2	2,5
Glavni obrok v dnevu pojem v lokalni študentski prehrani.	2,4	2,0	2,9

Vsaj enkrat tedensko jem v restavracijah s hitro prehrano.	1,8	1,9	2,3
Pazim na raznovrstno in uravnoteženo prehrano.	3,2	3,1	3,0
Velikokrat cel dan ne jem ničesar, potem pa se do sitega najem zvečer.	1,9	1,8	2,4
Najmanj trikrat na teden jem ocvrto hrano.	1,7	1,8	2,1
Najbolj obilen obrok imam zvečer.	1,7	1,8	2,3
Dnevno uživam velike količine hrane.	2,3	2,2	2,4
Prenajem se in potem hrano izbruham.	1,1	1,1	1,2
Namenoma stradam.	1,2	1,2	1,7
Večino časa sem na eni od diet.	1,5	1,4	1,6
Obremenjujem se s svojo telesno težo.	2,7	2,6	3,0
S svojo telesno težo sem zadovoljen.	3,0	2,8	2,8
Moje telo mi je všeč.	3,3	3,0	3,2
Na svojem telesu ne bi ničesar spremenil.	2,7	2,5	2,4
Ko sem pod stresom ali sem z nečim obremenjen, rešitev najdem v uživanju sladkarij.	2,1	2,2	1,9
Ko sem pod stresom ali sem z nečim obremenjen, si odrekam hrano.	2,0	2,0	2,2
Hrano si odrekam, ker nisem zadovoljen s svojo telesno težo.	1,7	1,8	2,0

* Lestvica: 1 - zelo redko, 2 - redko, 3 - občasno, 4 - pogosto, 5 - zelo pogosto.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Iz rezultatov, prikazanih v tabeli 1, so razvidne razlike glede načina prehranjevanja pri posameznih trditvah. Skozi tri študijska leta je opazno poslabšanje glede uživanja zajtrka, zelenjave pri vsaj enem obroku, sladkanih pijač, ocvrte hrane, večernega prenjadanja ter obremenjevanja s svojo telesno težo.

Vse tri generacije študentov so izrazile, da je temeljni razlog, da posežejo po nezdravi in neuravnoteženi prehrani, na celodnevni predavanjih in vajah, ki onemogočajo, da bi si pripravili zdrav in uravnotežen obrok (tako meni 55 % vseh študentov).

▫ Kajenje

Rezultati o samooceni študentov glede pogostosti kajenja so prikazani v tabeli 2, v tabeli 3 pa so povzeti razlogi za prižig prve cigarete.

Tabela 2: Samoocena pogostosti kajenja

Pogostost kajenja	Število študentov in odstotek po študijskih letih					
	2019/20		2020/21		2021/22	
Še nikoli nisem prižgal cigarete.	25	56,82	22	59,46	17	44,74
Kadim enkrat mesečno.	8	18,18	8	21,62	8	21,05
Kadim samo ob koncu tedna.	3	6,82	4	10,81	4	10,53
Kadim vsak dan.	6	13,64	2	5,41	6	15,79
Sem kadil, vendar sem prenehal.	2	4,54	1	2,70	3	7,89
Skupaj	44	100	37	100	38	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Tabela 2 kaže, da več kot polovica študentov (53,67 % vseh študentov) ni še nikoli prižgala cigarete, 20,28 % študentov pa kadi enkrat mesečno. Dnevno kadi 11,61 % študentov.

Tretjina študentov vseh treh generacij (32,75 %) je navedla, da so prvo cigareto prižgali pri 16-ih letih, najnižja starost v prvi in tretji generaciji je 13 let, v drugi pa 14 let.

Tabela 3: Razlogi za prižig prve cigarete

Razlogi za prižig prve cigarete	Število študentov in odstotek po študijskih letih					
	2019/20		2020/21		2021/22	
Vpliv vrstnikov	5	26,32	5	33,33	4	19,05
Vedoželjnost	6	31,58	5	33,33	3	14,29
Preizkušanje nečesa novega	7	36,84	4	26,67	13	61,90
Stres	1	5,26	1	6,67	1	4,76
Skupaj	19	100	15	100	21	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Študenti prve in druge generacije so v največji meri kot razlog za prižig prve cigarete opredelili preizkušanje nečesa novega, študenti druge generacije pa vpliv vrstnikov in vedoželjnost (tabela 3).

Med študenti prve generacije, ki kadijo, pokadi največ cigaret med vikendi (52,63 %) in ko so nervozni (42,11 %), študenti druge generacije v času izpitnega obdobja (28,46 %), študenti tretje generacije pa ko so nervozni (52,38 %) in v času izpitnega obdobja (38,10 %).

Skoraj polovica študentov (46,00 % vseh študentov) je navedla, da njihovi starši ne kadijo.

▫ Uživanje alkoholnih pijač

Rezultati o samooceni študentov glede pogostosti uživanja alkoholnih pijač so prikazani v tabeli 4, v tabeli 5 pa razlogi za uživanje alkohola.

Tabela 4: Samoocena pogostosti uživanja alkoholnih pijač

Pogostost uživanja alkoholnih pijač	Število študentov in odstotek po študijskih letih					
	2019/20		2020/21		2021/22	
Še nikoli nisem poskusil alkoholne pijače.	5	11,63	2	5,88	2	5,26
Alkoholne pijače pijem enkrat mesečno.	25	58,14	17	50,00	21	55,26
Alkoholne pijače pijem samo ob koncu tedna.	6	13,95	13	38,24	9	23,68
Alkoholne pijače pijem vsak dan.	2	4,65	1	2,94	2	5,27
Nehal sem s pitjem alkoholnih pijač.	5	11,63	1	2,94	4	10,53
Skupaj	43	100	34	100	38	100

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Tabela 4 kaže, da dobra polovica študentov (54,47 % vseh študentov) pije alkoholne pijače enkrat mesečno, četrtnina (25,29 %) študentov pa samo ob koncu tedna. Še nikoli ni alkoholnih pijač poskusilo 7,59 % študentov, dnevno alkoholne pijače pije 4,29 % študentov.

Večina študentov vseh treh generacij (30,54 %) je navedla, da so prvo alkoholno pijačo spili pri 15-ih letih, najnižja starost pri vseh treh generacijah je 10 let. Večina študentov prve generacije je bila prvič opitih pri 15-ih letih (25,71 %), druge generacije pri 18-ih (30,00 %) in tretje pri 15-ih (22,86 %) in 16-ih letih (22,86 %).

Študenti v največji meri uživajo mešanice žganih in alkoholnih pijač (tako je izrazilo 50 %, 63 % druge in 53 % tretje generacije).

Tabela 5: Razlogi za uživanje alkoholnih pijač

Razlogi za uživanje alkoholnih pijač	Povprečna ocena* po študijskih letih		
	2019/20	2020/21	2021/22
Pitje alkoholnih pijač mi pomeni sprostitev.	2,3	2,5	3,1
Alkoholne pijače pijem, ker sem potem bolj družaben in komunikativen.	2,0	2,5	2,8
Alkoholne pijače pijem, ker sem potem bolj samozavesten.	2,0	2,3	2,7
Z uživanjem alkoholnih pijač želim pozabiti na težave.	1,5	1,7	2,4
Zavedam se posledic prekomernega pitja alkohola.	4,7	4,4	4,7

* Lestvica: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 - ne morem se opredeliti, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Iz tabele 5 je razvidno, da se študenti vseh treh generacij zavedajo posledic prekomernega pitja (povprečna ocena 4,7 za prvo in tretjo generacijo ter 4,4 za drugo). V največji meri je razlog za pitje želja po družabnosti in komunikativnosti, hkrati pa še v največji meri tretji generaciji uživanje alkoholnih pijač pomeni sprostitev (povprečna ocena 3,7).

▫ Uživanje prepovedanih drog

Večina študentov (79,86 %) še nikoli ni uživala prepovedanih drog, 4,76 % študentov prepovedane droge uživa vsak dan, 6,07 % študentov pa prepovedanih drog ne uživa več. Študenti, ki so prepovedano drogo že poskusili, so v večini navedli, da je bilo to pri 17-ih letih ter da so takrat poskusili marihuano (tako je navedlo 17,81 % vseh študentov).

Večina študentov (78,34 %) se popolnoma strinja s trditvijo, da se zavedajo posledic uživanja prepovedanih drog, 12,97 % pa se s to trditvijo strinja.

Tabela 6: Informacije o prepovedanih drogah in njihovih škodljivih učinkih

Informacije o prepovedanih drogah in njihovih škodljivih učinkih	Odstotek po študijskih letih		
	2019/20	2020/21	2021/22
Na spletu	20,78	24,14	22,46
Od prijateljev	16,23	20,69	15,94
Od staršev	14,94	6,90	14,49
Od zdravstvenih delavcev	14,29	13,79	15,22
Preko medijev	18,18	19,54	16,67
Od šolskih delavcev	15,58	14,94	15,22

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Tabela 6 kaže, da je večina študentov vseh treh generacij dobila informacije o prepovedanih drogah in njihovih neželenih učinkih na spletu (tako je izrazilo 22,46 % vseh študentov), sledijo mediji (18,13 % vseh študentov) ter prijatelji (17,62 % vseh študentov).

▫ Telesna dejavnost

Študenti v povprečju telesni dejavnosti namenijo 4,24 ure na teden, največ prva generacija (4,59 ure), potem pa vsaka naslednja nekoliko manj (4,55 in 3,57).

Tabela 7: Stališče do telesne dejavnosti

Stališče do telesne dejavnosti	Povprečna ocena* po študijskih letih		
	2019/20	2020/21	2021/22
Pretirano telovadim, ker nisem zadovoljen s svojim izgledom.	1,8	2,0	1,7
Menim, da je moja telesna aktivnost zadostna.	3,3	2,8	2,9
Svoj prosti čas večinoma namenim gledanju televizije.	2,0	1,8	2,2
Večino svojega prostega časa porabim za dejavnosti, ki jih omogoča mobilni telefon.	2,7	2,8	3,1
Svoj prosti čas večinoma preživim na računalniku.	2,3	2,2	2,3
V naravi preživim malo prostega časa.	2,1	2,5	2,3

* Lestvica: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - ne strinjam se, 3 - ne morem se opredeliti, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Na podlagi rezultatov v tabeli 7 lahko zaključimo, da je večina študentov trditev »Menim, da je moja telesna aktivnost zadostna.« ocenila s povprečno oceno med 2,8 in 3,3, kar pomeni, da se glede tega ne morejo opredeliti. Tudi pri ostalih trditvah ni bistvenih razlik med posameznimi generacijami študentov, študenti so izrazili nestrinjanje s trditvami, da svoj prosti čas večinoma namenijo gledanju televizije (skupna povprečna ocena 2,0) ali preživljanju na računalniku (skupna povprečna ocena 2,3).

Vezano na tretje raziskovalno vprašanje (Kateri dejavniki vplivajo na razvoj in ohranitev nezdravega življenjskega sloga študentov?) so študenti vseh treh generacij izpostavili, da na razvoj in ohranitev nezdravega življenjskega sloga najbolj vplivajo osebne lastnosti ($\bar{x} = 3,60$) in študijske obveznosti ($\bar{x} = 3,60$), najmanj pa vrstniki in internet ($\bar{x} = 2,90$). Bolj podrobno so rezultati prikazani v Tabeli 8.

Tabela 8: Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in ohranitev nezdravega življenjskega sloga

Dejavniki	f (F %)					\bar{x}	σ
	1 – sploh ne vpliva	2 – slabo vpliva	3 – ne morem se opredeliti	4 – močno vpliva	5 – zelo vpliva		
Družina	20 (19,05)	11 (10,48)	31 (29,52)	23 (21,90)	20 (19,05)	3,10	1,30
Vrstniki	25 (23,80)	15 (14,29)	26 (24,76)	24 (22,86)	15 (14,29)	2,90	1,40
Internet	28 (26,67)	10 (9,53)	26 (24,76)	27 (25,71)	14 (13,33)	2,90	1,40
Družabna omrežja	27 (25,71)	11 (10,48)	24 (22,86)	27 (25,71)	16 (15,24)	3,00	1,40
Prijatelji	20 (19,05)	14 (13,33)	26 (24,76)	31 (29,53)	14 (13,33)	3,10	1,30
Osebnostne lastnosti	9 (8,57)	9 (8,57)	28 (26,67)	29 (27,62)	30 (28,57)	3,60	1,20
Študijske obveznosti	16 (15,24)	11 (10,48)	24 (22,86)	30 (28,57)	24 (22,86)	3,30	1,40

Vir: Anketni vprašalnik, 2020, 2021, 2022.

Študenti so svoje splošno zadovoljstvo s posredovanimi informacijami o zdravem življenjskem slogu ocenili s povprečnimi ocenami: prva generacija 3,20, druga generacija 2,70 in tretja 3,10.

Kot odgovor na četrto raziskovalno vprašanje (Kakšne so potrebe študentov po vsebinah o zdravem življenjskem slogu?) zaključimo, da bi si študenti prve generacije v okviru študijskega programa želeli pridobiti več informacij o stresu (53,66 %), duševnem zdravju (41,46 %) ter zdravi spolnosti (29,27 %), študenti druge generacije o stresu (43,33 %) in duševnem zdravju (40,00 %), študenti tretje generacije pa o stresu (61,76 %), duševnem zdravju (52,94 %) in motnjah hranjenja (35,29 %).

Odgovor na peto raziskovalno vprašanje (V kolikšni meri se življenjski slog študentov iste generacije razlikuje, če primerjamo njihove rezultate v 1. in 3. letniku?) je povzeto v naslednjih ugotovitvah:

Generacija študentov, ki je bila v študijskem letu 2019/20 vpisana v 1. letnik, v študijskem letu 2021/22 pa v 3. letnik, je v 1. letniku svoj življenjski slog ocenila s povprečno oceno 3,6, v 3. letniku pa s povprečno oceno 3,8.

Temeljni razlog za to, da študenti posežejo po nezdravi in neuravnoteženi prehrani, tudi v 3. letniku ostaja »celodnevna predavanja in vaje, ki onemogočajo, da bi si pripravili zdrav in uravnotežen obrok«. Se je pa ta odstotek v 3. letniku znižal (iz 71 % na 36 %), bolj pomemben pa je postal razlog »iz navade« (delež se je povečal iz 4 % na 25 %).

Študenti tudi v 3. letniku večino alkoholnih pijač pijejo enkrat mesečno (53,57 %; v 1. letniku 58,14 %).

Študenti v 3. letniku namenjajo telesni dejavnosti nekoliko manj časa kot so ga v 1. letniku: čas se je znižal iz 4,59 ure na 3,42 ure na teden.

Študenti v 3. letniku poznajo nekoliko več vsebin o zdravem življenjskem slogu (povprečna ocena se je v primerjavi s 1. letnikom zvišala iz 4,2 na 4,5). Nekoliko se je zvišala tudi povprečna ocena splošnega zadovoljstva s posredovanimi informacijami o zdravem življenjskem slogu, ki so jih pridobili v okviru visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje Zdravstvena nega (povprečna ocena v 1. letniku 3,2, v 3. pa 3,5).

Študenti so tudi v 3. letniku (enako kot v 1.) izpostavili iste vsebine zdravega življenjskega sloga, o katerih bi si v okviru študijskega programa želeli pridobiti več informacij: stres, duševno zdravje, zdrava spolnost.

Pri ostalih odgovorih se niso pokazale razlike med izraženim stanjem študentov v 1. letniku in teh istih študentov v 3. letniku.

9 Razprava in zaključek

Življenjski slog predstavlja posameznikov način življenja oz. njegova obnašanja v določenem časovnem obdobju, ki so lahko zdravju naklonjena ali zdravju škodljiva. Oblikujemo ga že od otroštva pod vplivom življenjskih razmer in osebnih izkušenj. Nanj pomembno vplivajo obnašanje staršev ter ožjih družinskih članov, izobraževanje, in drugi socialni ter okoljski dejavniki. Poleg omenjenih vplivov okolja lahko na zdrav življenjski slog v veliki meri vpliva tudi posameznik sam, s konsistentnimi odločitvami in zdravju naklonjenim obnašanjem. Medtem ko zdrav življenjski slog pripomore k zdravju in kakovosti življenja, ima nezdrav življenjski slog velik vpliv na pojav kroničnih nenalezljivih bolezni: srčno-žilna obolenja, debelost, sladkorno bolezen, osteoporozo ... Zato je pomembno, da se že zgodaj v obdobju odrasčanja mladostniki zavejo pomena zdravega življenjskega sloga in s postopnimi vsakodnevnimi odločitvami poskrbijo za svoje zdravje v kasnejših življenjskih obdobjih.

Mladostniki v šolskem prostoru preživijo veliko časa, zato je ta poleg družine eno izmed ključnih podpornih okolij pri njihovem razvoju. Mladostniki so zelo ranljiva skupina, med

katerimi se hitro lahko pojavijo tvegana vedenja. Razvoj teh vedenj se skuša na osnovnošolski in srednješolski ravni izobraževanja zmanjšati z zdravstveno-vzgojno obravnavo s strani učiteljev in zdravstvenega osebja. Na visokošolski ravni izobraževanja pa so študenti glede tega večinoma prepuščeni sami sebi, saj je ponudba zdravstveno-vzgojnih vsebin odvisna od posameznih fakultet in njihovih študijskih programov.

Z raziskavo smo želeli proučiti življenjski slog treh zaporednih generacij študentov rednega študijskega programa Zdravstvena nega UNM FZV ter primerjati življenjski slog študentov iste generacije v 1. in 3. letniku študija z namenom podrobnejšega uvida v obstoječe stanje ter ugotavljanja potreb po vsebinah zdravega življenjskega sloga, ki jih imajo študenti študijskega programa s področja zdravstvene nege.

Študenti so svoj življenjski slog ocenili kot dober oziroma zadovoljiv. Ker gre za študente študijskega programa Zdravstvena nega, bi pričakovali, da bo ta ocena nekoliko višja. Tudi Bryer idr. (2013, str. 410–415), ki so primerjali življenjski slog študentov zdravstvenih in drugih smeri, navajajo, da se pri mladostnikih, ki se izobražujejo v zdravstvenih smereh, ni potrdilo, da je zdrav slog del njihovih življenj, čeprav so te tematike že vključene v učne vsebine študijskega programa.

Na osnovi analize načina prehranjevanja treh zaporednih generacij ugotavljamo, da se skozi leta slabšata vsakodnevno uživanje zajtrka ter uživanje zelenjave pri vsaj enem obroku, povečuje se uživanje sladkanih pijač in ocvrte hrane, opazen je trend večernega prenehanja, hkrati pa tudi obremenjevanja s svojo telesno težo. V Resoluciji o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 (2015, točka 4.1.1) je navedeno, da se je delež čezmerno hranjenih in debelih otrok in mladostnikov v zadnjih tridesetih letih podvojil. Povečanje je izrazitejše pri fantih, saj se je delež dečkov s čezmerno telesno maso povečal s 13,3 % na 19,9 %, delež debelih pa se je povečal z 2,7 % na 7,5 %. Sedej idr. (2016, str. 241–248) pa ugotavljajo, da so povečanemu tveganju prekomerne telesne teže in debelosti bolj izpostavljeni mladostniki, ki obiskujejo srednje poklicne in tehnične šole.

Neustrezno prehranjevanje že v otroški dobi predstavlja prispevek k tveganju za nastanek nekaterih kroničnih nenalezljivih bolezni v kasnejšem življenjskem obdobju (Gregorič, 2015, b.s.).

Tretjina študentov iz vzorca je navedla, da so prvo cigareto prižgali pri 16-ih letih, najnižja starost pa je bila 13 let. Tudi podatki na ravni Slovenije kažejo, da kar 99 % prebivalcev Slovenije, starih od 35 do 44 let, ki so kadarkoli v življenju kadili, navaja, da so prvič kadili v starosti 25 let ali manj, 63 % pa jih je prvič kadilo še preden so postali polnoletni. Ker ima nikotin škodljive učinke na razvoj možganov, lahko privede do trajnih škodljivih vplivov na kognitivne (miselne) sposobnosti. Kajenje v obdobju mladostništva je povezano z zmanjšano pljučno funkcijo in škodljivimi vplivi na rast pljuč in zmanjšano telesno zmogljivostjo mladega človeka. V telesih mladostnikov se že začnejo škodljivi procesi, ki vodijo v srčno-žilne bolezni in hude pljučne bolezni, pa tudi hitrejše staranje kože. Kajenje med mladostniki pa je povezano tudi z večjo verjetnostjo uporabe alkohola, marihuane in drugih prepovedanih drog (Zakaj nova tobačna zakonodaja ščiti današnje in bodoče slovenske otroke in mladostnike?, 2016, b.s.).

Skoraj tretjina študentov vseh treh generacij je tudi navedla, da so prvo alkoholno pijačo spili pri 15-ih letih, najnižja starost pri vseh treh generacijah pa je 10 let. Polovica študentov pije alkoholne pijače enkrat mesečno, četrtnina pa samo ob koncu tedna. Študenti v največji meri uživajo mešanice žganih in alkoholnih pijač. Podobno raziskavo sta v okviru obveznega sistematskega pregleda med študenti prvega in četrtega letnika Univerze v Mariboru izvedla Kolšek in Klemenc Ketiš (2015, str. 259–266) in ugotovila razlike v razširjenosti pitja alkohola med posameznimi fakultetami (najvišji odstotek je bil pri študentih Fakultete za lesarstvo, najnižji pa med študenti Fakultete za zdravstvene vede). Kar 28 % študentov pa je bilo

prepoznanih kot tveganih pivcev. Avtorja ugotavljata tudi, da je pitje v Sloveniji dobro raziskano med osnovnošolci in srednješolci, medtem ko je pomanjkanje raziskav o pitju med študenti. Tudi Hagger in sodelavci poudarjajo pomembnost raziskovanja te problematike med študenti z namenom prepoznavanja dejavnikov, ki vplivajo na razširjenost pitja alkohola, da bi lažje pripravili preventivne programe (Hagger idr., 2015, str. 306–315).

Študenti, ki so že poskusili prepovedano drogo, so v večini navedli, da je bilo to pri 17-ih letih in da so prvič poskusili marihuano ter da večino informacij o prepovedanih drogah in njihovih neželenih učinkih pridobijo na spletu. Ti podatki se ujemajo tudi z navedbami drugih raziskovalcev (Koprivnikar idr., 2015, str. 19; Bogt idr., 2014, str. 273–283; <http://www.nijz.si/sl/raziskava-eurobarometer-o-rabi-drog-med-mladimi>).

Za ohranjanje zdravja je potrebna tudi vsakodnevna zmerna telesna dejavnost, ki pomembno zmanjšuje ogroženost za nastanek in napredovanje kroničnih bolezni. Za doseganje boljših učinkov na zdravje in obvladovanje dejavnikov tveganja (čezmerna telesna masa, visok krvni tlak, povišane maščobe v krvi) je potrebno še povečati količino in kakovost telesne dejavnosti (Warburton idr., 2006, v Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 4.3), zmanjšati čas, preživet pred zaslonom (Mark in Janssen, 2008, v Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 4.3) in imeti dovolj kakovostnega spanca (Cappuccio idr., 2008, Must in Parisi, 2009, v Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 4.3). Na podlagi rezultatov ugotavljamo, da večina študentov ne more oceniti zadostnosti svoje telesne aktivnosti, časovno pa študenti temu namenijo v povprečju dobre štiri ure na teden, kar je glede na cilj, ki je vsaj 30-minutna dnevna telesna dejavnost (Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025, 2018, točka 4.3), ustrezno.

Študenti so v raziskavi navedli, da na razvoj in ohranitev njihovega nezdravega življenjskega sloga v največji meri vplivajo osebne lastnosti in preobremenjenost s študijskimi obveznostmi, zaradi katerih zmanjka časa za ohranjanje zdravega življenjskega sloga. Študijske obveznosti rednih študentov študijskega programa Zdravstvena nega so res nekoliko večje od večine drugih študijskih programov, prav tako so njihove obveznosti velikokrat razpotegnjene čez cel dan, zaradi česar lahko zmanjka časa za uravnotežen zdrav obrok in zadostno telesno dejavnost.

Rezultati raziskave kažejo, da bi si študenti v okviru študijskega programa želeli pridobiti več informacij o stresu, duševnem zdravju, motnjah hranjenja ter zdravi spolnosti. Tudi raziskovalci Milenković Kikelj idr. (2016, str. 8) so ugotovili, da naj bi vzgoja za ohranitev in krepitev zdravja med mladostniki zajemala predvsem tematike zdrave prehrane in uravnavanja zdrave telesne teže, telesne aktivnosti, preprečevanja različnih vrst odvisnosti (alkohol, kajenje, droge), soočanja s stresom in duševnega zdravja ter zdrave spolnosti.

Ugotavljamo, da bi bilo treba izvesti obsežnejšo raziskavo med študenti različnih študijskih programov, ki bi pokazala širši uvid v predstavljeno problematiko. Podatki o življenjskem slogu študentske populacije na ravni celotne države bi namreč zapolnili raziskovalno vrzel na tem področju, hkrati pa bi lahko pomembno prispevali k obogatitvi študijskih programov z vsebinami tega področja, ki bi bile usklajene s potrebami študentske populacije. Na ta način bi tudi na visokošolski ravni izobraževanja prispevali k zmanjševanju tveganih vedenj v obdobju mladostništva.

LITERATURA

1. Belović, B., Jovanović, J. in Verban Buzeti, Z. (2017). »Dišiš mi po pomladi« - program promocije nekajenja med mladimi. V M. Primic Žakelj (ur.), *Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba. XXV. Seminar »In Memoriam dr. Dušana Reje«* (str. 34–38). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
2. Bogt, T. F., De Looze, M., Molcho, M. idr. (2014). Do Societal Wealth, Family Affluence, and Gender account for Trends in Adolescent Cannabis Use? A 30 Country Cross-National Study. *Addiction*, 109(2), 273–283. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947129/>.
3. Bryer, J., Cherkis, F. in Raman, J. (2013). Health-Promotion Behaviors of Undergraduate Nursing Students: a Survey Analysis. *Nursing Education Perspectives*, 34(6), 410–415. Pridobljeno s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=48&sid=25683d1f-7726-4f18-8545-4808dee715a0%40sdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104034904&db=c8h>.
4. Čeh, F. (2017). Življenje je lepo – skrbim za svoje zdravje - program spodbujanja nekajenja v osnovnih šolah. V M. Primic Žakelj (ur.), *Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba. XXV. Seminar »In Memoriam dr. Dušana Reje«* (str. 29–33). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
5. Čopi, Ž. (2012). Celostna obravnava in krepitev moči uporabnikov drog. V I. Kvaternik (ur.), *Zmanjševanje škode na področju prepovedanih drog* (str. 91–110). Koper: Zavod za zdravstveno varstvo.
6. Drev, A. (2011). Telesna dejavnost in sedeča vedenja. V H. Jeriček Klanšček idr. (2011). *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenj slovenskih mladostnikov* (str. 174–189). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. Pridobljeno s http://www.infomosa.si/doc/HBSC_2010.pdf.
7. Erklavec, U. in Peloza, J. (2017). »Brez izgovora« - učinkoviti program za preprečevanje kajenja in drugih zasvojenosti med mladimi. V M. Primic Žakelj (ur.), *Kajenje in zdravje – nikoli končana zgodba. XXV. Seminar »In Memoriam dr. Dušana Reje«* (str. 39–43). Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku.
8. Gregorič, M. (2015). *Prehranjevanje mladih v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
Hagger, M. S., Wong, G. G. in Davey, S. R. (2015). A Theory-Based Behavior-Change Intervention to Reduce Alcohol Consumption in Undergraduate Students: Trial Protocol. *BMC Public Health*, 15, 306–318. Pridobljeno s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=63&sid=25683d1f-7726-4f18-8545-4808dee715a0%40sdc-v-sessmgr05&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=25886281&db=cmedm>.
9. Jurdana, M. (2015). Kako z gibalno-športno aktivnostjo vplivamo na telesno maso? V A. Petelin idr. (ur.), *Razumeti debelost* (str. 139–145). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
10. Kolšek, M. in Klemenc Ketiš, Z. (2015). Alcohol Drinking among the Students of the University of Maribor, Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 54(4), 259–266.
11. Koprivnikar, H. idr. (2015). Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
12. Koprivnikar, H. in Korošec, A. (2015). Starost ob prvem kajenju v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 54(4), 274–281.
13. Kostanjevec, S., Torkar, G., Gregorič, M. idr. (ur.) (2005). *Zdrav življenjski slog srednješolcev. Priročnik za učitelje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
14. Milenković Kikelj, N. idr. (2016). *Priročnik za promotorje zdravja*. Ljubljana: Združenje slovenskih in katoliških skavtinj in skavtov.
15. Nacionalni inštitut za javno zdravje (b. d.). Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/raziskava-eurobarometer-o-rabi-drog-med-mladimi>.
16. O mladih in alkoholu (2011) (20. 7. 2011). Pridobljeno s http://www.zdravjevsoli.si/index.php?option=com_content&view=article&id=209:o-mladih-in-alkoholu&catid=51:uvod&Itemid=81.

17. Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 (ReNPPTDZ) (2015). Uradni list Republike Slovenije, št. 58 (3. 8. 2015). Pridobljeno s <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-01-2441?sop=2015-01-2441>.
18. Sedej, K., Lusa, L., Battelino, T. idr. (2016). Stabilization of Overweight and Obesity in Slovenian Adolescents and Increased Risk in Those Entering Non-Grammar Secondary Schools. *Obesity Facts*, 9(4), 241–250. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5644814/>.
19. Skar, M., Kirstein, E. in Kapur, A. (2015). Lessons Learnt from School-Based Health Promotion Projects in Low- and Middle-Income Countries. *Child: Care, Health & Development*, 41(6), 1114–1123. Pridobljeno s <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=67&sid=2e9bee04-aff5-46a4-9c4f-fce84c815714%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=111382458&db=c8h>.
20. Stergar, E. in Udrih Lazar, T. (2014). Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2011: znanstvena monografija. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.
21. Zakaj nova tobačna zakonodaja ščiti današnje in bodoče slovenske otroke in mladostnike? (2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (14. 4. 2016). Pridobljeno s <http://www.nijz.si/sl/zakaj-nova-tobacna-zakonodaja-sciti-danasnje-in-bodoce-slovenske-otroke-in-mladostnike>.
22. Zdravstveni statistični letopis Slovenije (2016). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 7. 1. 2019 s <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2016>.
23. Zorko, M., Hočevar, T., Tančič Grum, A. idr. (2014). Alkohol v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (14. 4. 2016). Pridobljeno s http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/alkohol_v_sloveniji_0.pdf.
24. Zorc, J. (2011). Gibalna aktivnost slovenskih otrok. *Šport*, 59 (3/4), 126-131. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/profile/Joca_Zorc/publication/301221649_Physical_Activity_of_Slovene_Children/links/570d398908ae3199889bbb8c/Physical-Activity-of-Slovene-Children.pdf.
25. Žvegljč, Z. in Starc, K. (2016). Družina in delovno okolje. Prostor za oblikovanje (odgovornega) odnosa do alkohola. Krško: Mladinski center.

Zdravstvena nega in sodelovanje v multidisciplinarnih timih

UDK 616-083:005.743

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, multidisciplinarno sodelovanje, timsko delo

POVZETEK – Sodelovanje v interdisciplinarnem timu je pomemben vidik zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Z raziskavo smo poskušali ugotoviti, kako zdravstveni delavci zaznavajo interdisciplinarno sodelovanje in merila kakovosti v tipični slovenski splošni bolnišnici. Študija primera v slovenski bolnišnici je bila izvedena z uporabo anketnega pristopa (N = 150). Raziskava je pokazala, da so anketiranci v povprečju najvišje ocenili jasno evidentiranje ciljev zdravljenja in soglasja pacienta oziroma družine v dokumentaciji ter sistematično spremljanje zdravstvenih in socialnih potreb pacientov. Rezultati tudi kažejo, da zdravstveni delavci redko sodelujejo z nevladnimi organizacijami ali skupinami za samopomoč glede na potrebe bolnikov. V vseh primerih so zdravniki izjave ocenili nižje kot medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci. Vendar pa so zdravniki v povprečju boljše ocenili splošno oceno kakovosti oskrbe pacienta v primerjavi z medicinskimi sestrami. Da medicinske sestre ocenjujejo kakovost interdisciplinarnega sodelovanja višje kot druge poklicne skupine v interdisciplinarnem timu lahko pojasnimo z dejstvom, da so medicinske sestre manj kritične do interdisciplinarnega sodelovanja, saj so močno vpletene v dinamične odnose med medicinskimi sestrami, pacienti in njihovimi družinami ter večino svojega časa preživijo s pacientom.

UDC 616-083:005.743

KEYWORDS: nursing, multidisciplinary cooperation, teamwork

ABSTRACT – Cooperation in an interdisciplinary team is an important aspect of ensuring the quality of medical care. With the research, we tried to fill the research gap and find out how health workers perceive interdisciplinary cooperation and quality criteria in a typical Slovenian general hospital. A case study in a Slovenian hospital was conducted using a survey approach (N = 150). The research showed that, on average, the respondents rated the clear recording of treatment goals and the patient's or family's consent in the documentation as well as the systematic monitoring of the patients' health and social needs. The results also show that health professionals rarely collaborate with non-governmental organizations or self-help groups based on patients' needs. In all cases, doctors rated the statements lower than nurses and other health professionals. However, on average, doctors rated the overall quality of patient care better, while nurses scored significantly worse. The fact that the quality assessments of nurses are higher than those of other professional groups in the interdisciplinary team can be explained by the fact that nurses are less critical of interdisciplinary collaboration, as they are strongly involved in the unique relationship between nurses, patients and their families, and spend most of their time with the patient.

1 Teoretična izhodišča

Pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov je ključni dejavnik interdisciplinarno sodelovanje (Davidson idr., 2022, str. 8), vendar pa je lahko interakcija posameznikov iz različnih disciplin v kliničnem okolju zapletena (Fox in Reeves, 2015, str. 114) zaradi različnih razlogov, med katere sodijo komunikacija, zaupanje, spoštovanje, medsebojno poznavanje, moč ter osredotočenost na pacienta (Karam idr., 2017, str. 72–76). Dobro sodelovanje v interdisciplinarnem timu je ključnega pomena za zdravo delovno okolje, ki močno vpliva na kakovost zdravstvene obravnave pacientov (Wei idr., 2018, str. 289).

Izmenjava informacij med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev v timu je namreč bistvena sestavina interdisciplinarnega timskega dela, saj izvajalcem zdravstvenih storitev iz različnih disciplin omogoča dostop do istih informacij, tako da so ustrezno informirani za opravljanje svojih nalog (Rai, 2010, str. 226). Pomanjkanje sodelovanja med člani tima, po navedbah Manojlovich (2010, str. 942) še zlasti med medicinskimi sestrami in zdravniki, pa predstavlja enega ključnih razlogov za večino napak pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev (Farzi idr., 2017, str. 159).

1.1 Interdisciplinarno sodelovanje in kakovostna zdravstvena obravnava pacienta

Interdisciplinarno sodelovanje je ključni dejavnik kakovostne zdravstvene obravnave (Halinski, 2022, str. 161). Donabedian (1980, str. 41) kakovost zdravstvene obravnave opredeli kot vrsto oskrbe, za katero se pričakuje, da bo vključevala največjo mero dobrega počutja pacienta ob upoštevanju ravnovesja pričakovanih dobičkov in izgub, ki spremljajo proces zdravstvene obravnave, Svetovna zdravstvena organizacija pa opisuje kakovost zdravstvene obravnave z navedbo treh glavnih razsežnosti, in sicer učinkovitost, varnost in osredotočenost na pacienta. Kakovost zdravstvene obravnave ima velik vpliv na rezultate zdravljenja in se izboljšuje s povečanjem pogostosti interakcij med člani tima (Strucky in Wymer, 2020, str. 532). Kakovost obravnave temelji na številnih kriterijih, kot so informiranost pacientov, izbira metod, redno spremljanje pacientovih potreb, počutja in zadovoljstva, beleženje pacientovih ciljev zdravljenja v dokumentacijo, strokovna usposobljenost članov tima, medsebojni odnosi članov tima, mehanizmi spremljanja in kontinuitete zdravstvene obravnave (Improving healthcare quality in Europe, 2019, b.s.).

Za dobro interdisciplinarno sodelovanje pri zdravstveni obravnavi pacienta bi morali posamezniki iz različnih strok imeti enakovredno vlogo v interdisciplinarnih timih (Clarke, 2013, str. 334), saj lahko prispevajo svoj delež strokovnega znanja za izboljšanje načrtovanja in izvedbe kakovostne zdravstvene obravnave pacienta (Rao idr., 2017, str. 74). Medicinske sestre in zdravniki so poročali o različnih izkušnjah z interdisciplinarnim sodelovanjem. Medicinske sestre se pri delu z zdravniki pogosto počutijo razvrednotene (Matziou idr., 2014, str. 527), kar je lahko posledica dolgoletnih razlik med medicinskimi sestrami in zdravniki. Tradicionalno so imele medicinske sestre manjšo vlogo ali so bile celo izključene iz ključnih procesov odločanja v zdravstvenih timih zaradi kulture in vloge, ki daje prednost drugim disciplinam v timu (Green idr., 2017, str. 451). Ko pacienti govorijo o vlogah pri interdisciplinarnem tiskem delu, se navadno sklicujejo le na zdravnike. Pokazalo se je, da imajo ti strokovnjaki posebno vlogo v timu, ostali pa so zanemarljivi (Lindberg idr., 2015, str. 296).

Morley in Cashell (2017, str. 212) navajata, da ima sodelovanje v interdisciplinarnih skupinah pomembno vlogo pri zagotavljanju najboljše možne kakovosti zdravstvene obravnave pacientov na splošno, vendar je malo dokazov o tem, kako izmenjava informacij o dejavnostih in dajanje prednosti stroškovni učinkovitosti oskrbe pred kakovostjo vpliva na kakovost zdravstvene obravnave pacientov. Izmenjava informacij znotraj tima lahko vpliva na kakovost obravnave pacientov in na njihovo zadovoljstvo. Vendar je bilo ugotovljeno, da posamezni člani tima redko dokumentirajo svoje delo (Pennathur, 2020, b. s.).

Ker je skupno odločanje v timu ključni element pri t. i. na pacienta osredotočeni kakovostni zdravstveni obravnavi (Johnson, 2021, str. 65) želimo z raziskavo ugotoviti dojemanje strokovnjakov o interdisciplinarnem sodelovanju in merilih kakovosti pri zdravstveni obravnavi pacientov v splošni bolnišnici.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi dela. Za potrebe empiričnega dela so bili zbrani, analizirani in sintetizirani primarni ter sekundarni viri. Primarne podatke za analizo smo pridobili s tehniko anketiranja. Podatki so bili pridobljeni v okviru projekta »Vpliv integriranih kliničnih poti na izide pacientov, komunikacijo in stroškovno učinkovitost«, ki ga financira ARRS (št. L7-2631-3824-2020). Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko RS (št. 0120-189/2021/3).

2.2 Opis instrumenta

Kot instrument za raziskavo smo uporabili anketni vprašalnik, oblikovan na podlagi pregleda domače in tuje strokovne in znanstvene literature. Vprašalnik je bil namenjen zdravstvenim delavcem, zaposlenim v kliničnem okolju, ki so člani interdisciplinarnega tima za obravnavo pacienta. Štiri vprašanja so bila demografska, kjer nas je zanimal spol, starost, stopnja izobrazbe in poklic. Drugi sklop vprašanj je meril sodelovanje in obseg različnih kriterijev kakovosti zdravstvene obravnave pacienta (glej tabelo 2), kjer so anketiranci označili odgovor, ki najbolje odraža dejansko stanje. Ta sklop vprašanj je vključeval devet spremenljivk. Anketiranci so ocenili, v kolikšni meri so trditve resnične pri njihovem delu na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 - nikoli, 2 - redko; 3 - občasno, 4 - pogosto, 5 - zelo pogosto).

2.3 Opis vzorca

V raziskavo smo vključili člane interdisciplinarnega tima za obravnavo pacientov na oddelku za ortopedijo, nevrologijo in nefrologijo. Sodelujoči so bili iz vrst zdravstvenih delavcev v bolnišničnem okolju, torej zdravniki, diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki, zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre, fizioterapevti, klinični farmacevti, dietetiki, psihologi, socialni delavci, higieniki. V raziskavi je sodelovalo 150 anketirancev.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketiranje, ki je potekalo junija 2021, preko odprtokodne aplikacije za spletno anketiranje na domeni www.lka.si. Zagotovili smo anonimno in prostovoljno anketiranje. Za analizo smo uporabili deskriptivno statistiko in analizo variance (ANOVA). Vrednost $p < 0,05$ je določila mejo statistične pomembnosti. Statistično analizo smo izvedli s programom SPSS, verzija 23.0. V vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov so bila upoštevana etična načela raziskovanja.

3 Rezultati

V vzorcu so prevladovala ženske ($n = 130$, 86,7 %). Največ (52,7 %) anketirancev je bilo v starostnih skupinah od 31 do 50 let, sledijo tisti, ki so bili stari do 30 let (29,3 %), in tisti, ki so bili starejši od 51 let (18,0 %). 32 % anketirancev je imelo srednješolsko izobrazbo, 52 % dodiplomsko stopnjo študija, 16 % pa jih je imelo podiplomsko izobrazbo (specializacijo, magisterij ali doktorat).

Rezultati analize ANOVA med različnimi skupinami poklicev v tabeli 2 kažejo, da se ocena kriterijev kakovosti zdravstvene obravnave pacienta razlikuje glede na poklic. Anketiranci so v povprečju kot najpogostejša merila kakovosti obravnave pacientov ocenili jasno evidentiranje ciljev zdravljenja in soglasja pacienta oziroma družine v dokumentacijo ($M = 4,10$) ter sistematično spremljanje zdravstvenih in socialnih potreb pacientov z namenom njihove

celovite, varne in kakovostne zdravstvene obravnave ($M = 4,02$). Zdravstveni delavci redko sodelujejo z nevladnimi organizacijami ali skupinami za samopomoč glede na potrebe pacientov ($M = 2,84$). V vseh primerih so zdravniki izjave ocenili nižje kot medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci. Vendar pa so zdravniki v povprečju bolje ocenili splošno oceno kakovosti oskrbe pacienta ($M = 4,15$), medicinske sestre pa bistveno slabše ($M = 3,94$).

Tabela 1: Merila kakovosti zdravstvene obravnave pacienta po skupinah poklicev

Merila kakovosti zdravstvene obravnave pacienta	Poklic	N	μ	Σ	ANOVA (p)
Q1 Sistematično spremljanje pacientovih zdravstvenih in socialnih potreb	Zdravniki	16	3.30	1.059	0.014**
	Sestre	105	4.07	0.908	
	Ostali	29	4.13	0.990	
Q2 Jasen zapis ciljev zdravljenja in soglasje bolnika ali družine v dokumentaciji	Zdravniki	16	3.58	1.084	0.004**
	Sestre	105	4.13	0.958	
	Ostali	29	4.31	0.946	
Q3 Zadosten dostop do zdravstvene dokumentacije	Zdravniki	16	3.92	0.797	0.005**
	Sestre	105	4.05	0.917	
	Ostali	29	4.44	0.705	
Q4 Načrtno ocenjevanje in obvladovanje varnostnih tveganj ter ravnanje z varnostnimi odstopanji	Zdravniki	16	3.50	0.798	0.007**
	Sestre	105	3.88	0.969	
	Ostali	29	3.77	1.235	
Q5 Vzpostavljeno sodelovanje z nevladnimi organizacijami/skupinami za samopomoč	Zdravniki	16	2.10	0.316	0.002**
	Sestre	105	2.95	1.298	
	Ostali	29	2.56	1.509	
Q6 Redno spremljanje bolnikovega počutja, zadovoljstva in izkušenj	Zdravniki	16	3.20	0.919	0.613
	sestre	105	3.93	1.016	
	Ostali	29	3.20	1.320	
Q7 Redno merjenje bolnikovih rezultatov	Zdravniki	16	3.36	1.026	0.055
	Sestre	105	3.76	1.153	
	Ostali	29	3.25	0.965	
Q8 Ustrezna izbira načina zdravstvene obravnave	Zdravniki	16	3.14	0.899	0.046*
	Sestre	105	3.80	1.217	
	Ostali	29	3.58	1.443	
Q9 Splošna ocena kakovosti obravnave pacienta	Zdravniki	16	4.15	0.899	0.022**
	Sestre	105	3.94	0.938	
	Ostali	29	4.54	1.141	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Vir: Anketa, 2021.

4 Razprava

Z raziskavo na področju sodelovanja v multidisciplinarnem timu smo želeli ugotoviti, kako zdravstveni delavci zaznavajo interdisciplinarno sodelovanje in merila kakovosti pri zdravstveni obravnavi pacienta v splošni bolnišnici. Članstvo v multidisciplinarnem zdravstvenem timu zahteva stalno prilagajanje spremembam, ki so posledica premika paradigme v zdravstvenem sistemu v smeri osredotočenosti na pacienta pri timski obravnavi, ki znotraj kontinuirane oskrbe zagotavlja kakovostno zdravstveno obravnavo pacienta (Salmond in Echevarria, 2017, str. 14). Optimalno sodelovanje in usklajevanje pri zagotavljanju

celostne obravnave pacienta je ključno za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov, vendar po ugotovitvah Cramm in Nieboer (2011) člani multidisciplinarnega tima vedno ne sodelujejo dobro. Na vključenost posameznika v multidisciplinarni tim, njegovo aktivno sodelovanje in tudi na usklajeno delovanje celotnega tima po navedbah Cramm in Nieboer (2011) vplivajo različni dejavniki, kot so osebni razvoj, dobro počutje v timu, medpoklicno izobraževanje, komunikacija in razumevanje vlog na ravni posameznika in tima. Čeprav Skela Savič in Pagon (2007, str. 64A) opozarjata na pomanjkljivo timsko sodelovanje med poklicnimi skupinami v zdravstvu, pa Musić (2016) v svoji raziskavi o timskem delovanju zdravnikov in medicinskih sester ugotavlja, da je medpoklicno sodelovanje omenjenih poklicnih skupin zelo dobro, kar predstavlja dobro osnovo za mreženje in združevanje zaposlenih v zdravstvene time.

Rezultati raziskave so pokazali, da so medicinske sestre med vsemi poklicnimi skupinami najvišje ocenile različne kriterije kakovosti, kar se ujema z rezultati drugih raziskav, ki kažejo, da so ocene kakovosti zdravstvene obravnave pacientov s strani medicinskih sester višje kot pri drugih poklicnih skupinah v interdisciplinarnem timu (Davidson idr., 2022, b. s.). To je mogoče pojasniti z dejstvom, da so medicinske sestre manj kritične do interdisciplinarnega sodelovanja, saj so močno vpletene v edinstven odnos med medicinskimi sestrami, pacienti in njihovimi družinami ter večino svojega časa preživijo s pacientom (Dillworth idr., 2016). Pri timskem delu je v slovenskih zdravstvenih ustanovah glavna vloga dodeljena zdravnikom in to hierarhijo je težko odpraviti (Robida idr., 2008). Težavo povzroča tudi močna navezanost na togo funkcionalno strukturo organizacije, ki dejansko onemogoča uvajanje sprememb v zdravstvo. Zato v slovenskih zdravstvenih organizacijah še vedno prevladuje hierarhična organiziranost (Bola Natek, 2014). Da so medicinske sestre hierarhično šibkejše od drugih članov tima, so ugotavljali tudi Pullon idr., (2011, str. 129).

Ugotovili smo, da imajo zdravniki najmanj težav pri dostopanju do zdravstvene dokumentacije, glede na rezultate raziskave pa za ostale poklicne skupine tega ne moremo trditi. Z raziskavo so Šimec idr. (2021, str. 1552) ugotovile, da je za kakovostno sodelovanje članov v multidisciplinarnem timu ključno obveščanje ostalih članov tima o spremembah zdravstvenega stanja pacienta, ustrezen dostop do zdravstvene dokumentacije ter skupno načrtovanje in usklajevanje dela med člani tima, kar so ugotavljali že tudi drugi raziskovalci (Rubin idr., 2019, str. 2216; Chichirez in Purcărea, 2018, str. 119; Everink idr., 2017). Avtorji ugotavljajo tudi, da je za kakovostno sodelovanje posameznika v multidisciplinarnem timu ključno, da člani tima delijo pomembne informacije z ostalimi člani tima in da poiščejo najboljše načine za izmenjavo znanja in informacij. Dieleman idr. (2004, str. 76) ugotavljajo, da je za uspešno sodelovanje posameznika v multidisciplinarnem timu pomembno tudi to, da člani tima prisluhnejo mnenju drugega člana tima, da so odzivni, sprejemajo in posredujejo informacije ostalih članov tima, ker ima vsak član tima specializirano znanje in izkušnje, ki pomembno prispevajo k sprejemanju utemeljenih odločitev glede zdravstvene obravnave pacienta (O'Daniel idr., 2008).

5 Zaključek

Pri ocenjevanju medosebnega sodelovanja članov interdisciplinarnega tima v povezavi s kakovostjo zdravstvene obravnave na ocene članov tima obstaja raziskovalna vrzel. Raziskava je pokazala, da so medicinske sestre najvišje ocenile vse kriterije interdisciplinarnega sodelovanja in posamezna merila kakovosti, kakovost oskrbe na splošno pa slabše kot druge poklicne skupine. Obstoječe razlike v oceni timskega dela med zdravniki in medicinskimi sestrami so lahko posledica nesorazmerja moči, kadrovskega pomanjkanja, kadrovske preobremenjenosti, pa tudi osebnostnih lastnosti.

LITERATURA

1. Bola Natek, A. (2014). Competences of Doctors - Managers and the Introduction of Modern Forms of Organization: Master's Thesis [online]. University of Primorska, Faculty of Management. Pridobljeno s <https://repozitorij.upr.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=6157>.
2. Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D. idr. (2019). Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies. Health Policy Series, 53. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies.
3. Chichirez, C. M. in Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal Communication in Healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), 119–122.
4. Clarke, P. N. in Hassmiller, S. (2013). Nursing Leadership: Interprofessional Education and Practice. *Nurs Sci Q.*, 26(4), 333–336.
5. Cramm, J. M. in Nieboer, A. P. (2011). Professionals' Views on Interprofessional Stroke Team Functioning. *International Journal of Integrated Care*, 11, e081.
6. Davidson, A. R. (2022). What do Patients Experience? Interprofessional Collaborative Practice for Chronic Conditions in Primary Care: an Integrative Review. *BMC Prim. Care*, 23(8). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01595-6>
7. Dieleman, S. L. idr. (2004). Primary Health Care Teams: Team Members' Perceptions of the Collaborative Process. *J Interprof Care*, 18, 75–78.
8. Dillworth, J. idr. (2016). Nurses' Perspectives: Hospitalized Older Patients and End-of-Life Decision-Making. *Nurs Crit Care*, 21(2), e1–e11. doi: 10.1111/nicc.12125
9. Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan, USA: Health Administration Press.
10. Everink, I. H. J. idr. (2017). Process Evaluation of an Integrated Care Pathway in Geriatric Rehabilitation for People With Complex Health Problems. *BMC Health Services Research*, 17(34).
11. Farzi, S. idr. (2017). Causes of Medication Errors in Intensive Care Units from the Perspective of Healthcare Professionals. *J Res Pharm Pract*, 6(3), 158–165.
12. Fox, A. in Reeves, S. (2015). Interprofessional Collaborative Patientcentred Care: a Critical Exploration of Two Related Discourses. *J Interprof Care*, 29(2), 113–118.
13. Green, B. idr. (2017). Challenging Hierarchy in Healthcare Teams - Ays to Flatten Gradients to Improve Teamwork and Patient Care. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 55(5), 449–453.
14. Halinski, D. (2022). Quality Improvement: What is It and Who is Responsible for It? *Nephrology Nursing Journal*, 49(2), 157–163. <https://doi.org/10.37526/1526-744X.2022.49.2.157>
15. Johnson, C. B. A (2021). Personalized Shared Decision-Making Tool for Osteoarthritis Management of the Knee. *Orthopedic Nursing*, 40(2), 64–70. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000739
16. Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. idr. (2017). Comparing Interprofessional and Interorganizational Collaboration in Healthcare: A Systematic Review of the qualitative Research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
17. Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A. idr. (2015). A Trajectory Towards Partnership in Care-- Patient Experiences of Autonomy in Intensive Care: A Qualitative Study. *Intensive Crit Care Nurs*, 31(5), 294–302.
18. Manojlovich, M. (2010). Nurse/Physician Communication through a Sensemaking Lens: Shifting the Paradigm to Improve Patient Safety. *Med Care*, 48(11), 941–946.
19. Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P. idr. (2014). Physician and Nursing Perceptions Concerning Interprofessional Communication and Collaboration. *J Interprof Care*, 28(6), 526–533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338
20. Morley, L. in Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48, 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
21. Musić, D. (2016). Vpliv timskega dela na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe (Magistrsko delo). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
22. O'Daniel, M. in Rosenstein, A. H. (2008). Professional Communication and Team Collaboration. V: R. G. Hughes (ur.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 33. Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>.

23. Pennathur, P. R. A (2020). Theoretical Framework for Understanding Creator-Consumer Information Interaction Behaviors in Healthcare Documentation Systems. *Appl Ergon*, 84, 103034. doi: 10.1016/j.apergo.2019.103034
24. Pullon, S., McKinlay, E., Stubbe, M. idr. (2011). Patients' and Health Professionals' Perceptions of Teamwork in Primary Care. *J Prim Health Care*, 3(2), 128–135.
25. Rai, G. (2010). Burnout Among Long-Term Care Staff. *Adm Soc Work*, 34(3), 225–240.
26. Rao, A. D., Kumar, A., McHugh, M. (2017). Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh*, 49(1), 73–79.
27. Robida, A., Skela - Savič, B., Trunk, A. (2008) Defining Skills and Competencies for Middle Management in a Hospital: Final Report of a Research Group. Ljubljana: International Institute for Management Development in Healthcare.
28. Rodrigo - Rincon, I., Goni - Girones, E. in Serra - Arbeloa, P. (2015). Discrepancies on Quality Perceived by the Patients Versus Professionals on the Quality of a Nuclear Medicine Department. *Revista Espanola de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*, 34(2), 102–106.
29. Rubin, S. idr. (2019). The Incidence of Chronic Kidney Disease Three Years after Non-Severe Acute Kidney Injury in Critically Ill Patients: A Single-Center Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(12), 2215–2228.
30. Salmond, S. W. in Echevarria, M. (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthop Nurs*, 36(1), 12–25.
31. Skela Savič, B. in Pagon, M. (2007). Model dejavnikov uspešnega izvajanja sprememb v slovenskih bolnišnicah. *Organizacija*, 40(49), 63A–74A.
32. Stucky, C. H. in Wymer, J. A. (2020). Progressing Toward Specialty Certification as the National Standard for Nursing. *Nurs Forum*, 55(3), 531–534.
33. Šimec, M., Krsnik, S. in Erjavec, K. (2021). Integrated Clinical Pathways: Communication and Participation in a Multidisciplinary Team. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(B), 1549–1555. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.7205>
34. Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G. idr. (2018). The State of the Science of Nurse Work Environments in the United States: a Systematic Review. *Int J Nurs Sci*, 5(3), 287–300.

Obravnava bolnika z demenco v urgentnem centru- študija primera

UDK 616.892.3:616-083.98

KLJUČNE BESEDE: demenca, obravnava bolnika z demenco, urgentni center

POVZETEK – V urgentnem centru se vsakodnevno soočamo z bolniki z demenco, zato je še, kako pomembna pravilna, varna, sočutna, razumevajoča ter odgovorna obravnava le teh. Demenca je veliko več kot le motnja spomina. Povzroča spremembe v vedenju, mišljenju, pa tudi osebnostne spremembe pri bolniku. Je skupek različnih simptomov, ki posameznika pomembno prizadenejo na vseh področjih njegovega življenja. Prispevek temelji na kvantitativni metodi raziskovanja, izvedena je bila deskriptivna singularna študija primera. Preko študije primera smo prikazali obravnavo bolnika z demenco. Prikazali smo izzive pri delu, potek obravnave ter zdravstvene nege bolnika z demenco. Ključni so podatki o bolniku, ki jih dobimo od osebe, ki bolnika pripelje v urgentni center. Pri bolniku z demenco močno izstopa motnja sporazumevanja. V urgentnem centru je delo zelo dinamično ter raznoliko. Pravilna obravnava ter soočanje z različnimi zdravstvenimi stanji bolnikov pa je pri našem delu ključnega pomena. Ovire pri sporazumevanju predstavljajo lahko že običajne starostne spremembe čutil, naglušnost, slabovidnost, neprimerna zobna proteza, sprememba okolja. Sporazumevanje bolnika z demenco dodatno ovirajo motnje pozornosti, spomina, zmanjšana sposobnost razumevanja in izražanja.

UDC 616.892.3:616-083.98

KEYWORDS: dementia, treatment of a patient with dementia, emergency center

ABSTRACT – *Theoretical background:* In the emergency In the emergency centre, we deal with patients with dementia every day, which is why proper, safe, compassionate, understanding and responsible treatment is very important. Dementia is much more than just a memory disorder. It causes changes in the behaviour and ability to think, as well as personality changes, in the patient. It is a set of various symptoms that significantly affect the individual in all areas of his life. The work is based on the quantitative research method, a descriptive singular case study was carried out. Through the case study, we demonstrated the treatment of a patient with dementia. We showed the challenges at work, the course of treatment and nursing care of a patient with dementia. The key is in the information about the patient that we receive from the person bringing the patient to the emergency centre. Communication is the most common problem with a patient with dementia. The work in the emergency centre is very dynamic and varied. The correct treatment and dealing with different medical conditions of patients is crucial in our work. Obstacles to communication can be caused by normal age-related changes in the sense of hearing loss, impaired vision, inappropriate dentures and a change in the environment. The communication of a patient with dementia is additionally hindered by disturbances, such as attention deficit disorder, memory loss, reduced ability to understand and express oneself.

1 Uvod

Demenca je skupek bolezenskih znakov, ki vključuje proces upadanja višjih možganskih funkcij, kot so spomin, mišljenje, orientacija, razumevanje, računske in učne sposobnosti ter sposobnosti govornega izražanja in presoje. S staranjem se povečuje tveganje za njen nastanek. Demenca spada med organske duševne motnje. Vzroki za nastanek demence so številčni. Najpogosteje je demenca posledica žilnih, degenerativnih in metaboličnih stanj (Pikovnik in Fink, 2009).

Alzheimerjeva bolezen je ena izmed najpogostejših vrst demence. Začetni znaki bolezni se kažejo kot motnje spomina, časovna in krajevna neorientiranost ter pozabljivost. Poznamo tudi vaskularno demenco, ki je posledica slabega pretoka krvi skozi možgane, kot posledica sprememb na možganskem ožilju. Znaki le te pa so lahko motnje v koncentraciji in zmedenost. Bolezen lahko spremljajo tudi pogosti glavoboli, vrtoglavica, motnje spomina, spanja ter osebne spremembe. Demenco z Lewyjevimimi telesci poznamo kot še eno obliko demence, katere znaki se kažejo s težavami pri pozornosti ter budnosti, planiranju ter reševanju problemov ter težave z govorom. Kot četrto obliko demence pa poznamo frontotemporalno demenco, katere znaki so najpogosteje vedenjski, ter spremembe osebnosti. Pojavi se neustrezno vedenje v določeni situaciji, nezainteresiranost ter razburljivost (Alzheimer's Society, 2017).

Pikovnik in Fink (2009), navajata tudi poškodbo glave, zlorabo alkohola in opiatov ter bolezni z motnjami gibanja (Parkinsonova bolezen) kot vzroke za nastanek demence. Znano je tudi, da se demenca lahko pojavi zaradi možganskih tumorjev, zaradi infekcije ali zaradi drugih bolezni (Pikovnik in Fink, 2009).

Ključni dejavnik pri vseh vzrokih za nastanek pa je, da znamo prepoznati pacienta z demenco. Prepoznavanje demence temelji predvsem na kliničnem pregledu pacienta in kasneje na usmeritvi v dodatne preiskave, ki pa služijo bolj kot opredelitev vzroka za demenco kot samemu ugotavljanju demence. Težave pri ugotavljanju demence nastanejo v zgodnjih stadijih demence, ko simptomi demence niso polno razviti in se prekrivajo z drugimi sindromi. Pri postavljanju suma na sindrom demence ima pomembno vlogo okolica pacienta, zlasti bližnji, ki prvi prepoznajo spremembe v funkcioniranju pacienta. Znaki demence se kažejo v obliki motenj na področju kognitivnih funkcij (spomina, zaznavanja, učenja, mišljenja, orientacije, presoje), čustvovanja, vedenja in vzpostavljanja socialnih stikov in telesnega delovanja (Pikovnik in Fink, 2009).

1.1 Ovire pri sporazumevanju

Pri sporazumevanju z osebo z demenco naletimo na veliko ovir. Pri osebah z demenco se vedenjski in psihični simptomi pojavijo pri kar 90 % vseh obolelih za demenco. Vedenjski simptomi lahko vključujejo nasilno vedenje, kričanje, preklinjanje, jokanje, nemir, vznemirjenost, tavanje, zbiranje zalog in ponavljajoča se vprašanja. Pogosto se pojavijo tudi motnje hranjenja ter odklonilno vedenje. Lahko je prisotna tudi tesnoba, depresija, blodnje, napačno prepoznavanje ter halucinacije (Darovec idr., 2014).

Mali idr. (2011) menijo, da je človek z demenco človek, ki ima pomembno zmanjšane kognitivne sposobnosti. Tudi Kogoj (2011) navaja, da so ovire pri sporazumevanju lahko že osnovne starostne spremembe, kot so naglušnost, neprimerna zobna proteza, neznano okolje, slabovidnost. Oseba z demenco se sporazumeva na različne načine, kar pa pogosto otežuje motnje pozornosti, spomina, zmanjšana sposobnost razumevanja ter zmanjšana sposobnost izražanja. Pomembnost daje tudi tem, da naj bo sporazumevanje vedno prilagojeno ohranjenim sposobnostim osebe z demenco (Kogoj, 2011).

Kobentar (2014) je mnenja, da zdravstvena nega obolelih za demenco v Sloveniji potrebuje nacionalne smernice, enotne standarde ter protokole, ki bodo omogočili kakovostno življenje brez bolečin. Navaja tudi, da se ne sme prezreti vlogo medicinske sestre, saj izvedene raziskave potrjujejo pomen vključenosti medicinske sestre, katere so dodatno izobražene ter kompetentne za delo z osebo z demenco.

Demenca je bila dolgo problem, ki je bil postavljen na stranski tir, tako skozi delo z osebami z demenco, kot potek obravnave ter predmet raziskovanja. Pojavnost demence se iz dneva v dan veča, zato obravnava osebe z demenco zahteva veliko znanja ter posebnih ukrepov.

2 Metode

Prispevek temelji na kvantitativni metodi raziskovanja, izvedena je bila deskriptivna singularna študija primera. Postavili smo si cilj, prikazati obravnavo pacienta z demenco v urgentnem centru.

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Pri pisanju prispevka smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom tako domače kot tuje literature. Za namen pregleda literature smo dostopali do baz podatkov Cobiss ter Google učenjak. Pri pregledu literature smo uporabili ključne besede: demenca, obravnava bolnika z demenco, urgentni center. Kot raziskovalni pristop pa smo uporabili študijo primera.

2.2 Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani s pomočjo zbiranja podatkov skozi opazovanje osebe/pacienta z demenco od prihoda v urgentni center do konca obravnave.

2.3 Opis vzorca

Izbrana je bil naključna oseba, moškega spola, starost 83 let. Pri osebi je bila potrjena diagnoza demence. Oseba je varovanec doma starejših občanov.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Raziskava je potekala septembra 2022 v prostorih urgentnega centra Splošne bolnišnice Jesenice. Pred izvedbo raziskave in oddaje povzetka smo soglasje pridobili s strani skupine za odobritev raziskav v Splošni bolnišnici Jesenice. Osebo smo opazovali od trenutka, ko je bila nameščena v opazovalnico urgentnega centra do odpusta pacienta iz bolnišnice.

3 Rezultati

Po podatkih zbranih s strukturiranim opazovanjem smo skupno oblikovali 7 glavnih kategorij iz katerih je bilo izpeljanih 7 podkategorij in njim dodanih 30 kod (tabela 1).

Tabela 1: Shematični prikaz razvoja kategorij, podkategorij ter kod

<i>Kategorija</i>	<i>Podkategorija</i>	<i>Kode</i>
Zdravstveno stanje pacienta	Manchesterski sistem triaže	Vzrok prihoda/vodilna diagnoza, triažna kategorija, neorientiranost, nadaljnja obravnava pri specialistu
Identifikacija pacienta	Namestitev rumene identifikacijske zapestnice	Preverjanje identitete, predaja pacienta s strani reševalcev v opazovalnici, označitev osebne lastnine pacienta
Pridobivanje informacij	Razlogi prihoda v urgentni center	Pregled dokumentacije, pregled lista zdravstvene nege doma starejših občanov, list redne terapije, klic svojcev/dom starejših občanov
Komunikacija	Pravilen pristop medicinske sestre	Primeren ton glasu, naglušnost, strah, nemirnost, razlaga poteka obravnave in terapevtskih postopkov

Miritev pacienta	Verbalno in fizično nasilje	Vpitje pacienta, zvijanje rok, težak odvzem krvi, namerna odstranitev venskega pristopa, slačenje, metanje predmetov
Varnost in nadzor	Nevarnost padca	Ocena stanja: nevarnost padca (dejavniki tveganja), vstajanje iz postelje, zbežnost, nemirnost, namestitvev posteljnih ograjic
Odpust pacienta	Odpust v ustrezno ustanovo	Ureditev pacienta, klic reševalne službe za prevoz, ureditev pacientove dokumentacije, navodila pacientu ter reševalcem za predajo v domu starejših občanov, obveščanje svojcev

4 Razprava

Preko študije primera smo si zastavili vprašanja: Kateri so najpogostejši izzivi, s katerimi se soočamo pri obravnavi pacienta z demenco v urgentnem centru ter kateri dejavniki pripomorejo k boljši ter varnejši obravnavi pacienta z demenco?

Predstavili smo sedem kategorij: Zdravstveno stanje pacienta, identifikacija pacienta, pridobivanje informacij, komunikacija, miritev pacienta, varnost in nadzor, odpust pacienta.

Ocena zdravstvenega stanja pacienta je ključna za nadaljnji potek obravnave ter varnost pacienta. Prepoznava akutnega slabšanja zdravstvenega stanja obravnavanega pacienta je primarno v odgovornosti medicinske sestre (Considine in Currey, 2015). Dobra anamneza je prvi korak k oceni zdravstvenega stanja pacienta. Anamneza bi morala biti opravljena že ob prvem stiku s pacientom. Pregled pacienta pa medicinski sestri omogoča nadzor nad zdravstvenim stanjem pacienta (Castledine, 2004). V urgentem centru se ocena zdravstvenega stanja pacienta prične že v triaži, kjer se glede na njegovo stanje določi triažna kategorija in nadaljnja obravnava pri specialistu. Pri pacientu v obravnavi je bila poleg sprejemne diagnoze prisotna tudi neorientiranost v prostoru in času, zato je bila ocena zdravstvenega stanja otežena.

Duckworth, (2016) navaja, da je predaja pacienta za varnost in kakovost zdravljenja najbolj rizični del obravnave v triažni ambulanti v urgentnih centrih. Predaja mora biti sistematična, kratka, hitra, kljub temu pa vsebovati vse ključne podatke, pomembne za nadaljnjo obravnavo v bolnišnici. Študije iz tujine kažejo, da je predaja odvisna tudi od zadovoljstva triažnih sester in zdravstvenikov s samo predajo, saj nepopolna in nestrukturirana predaja lahko vpliva na koncentracijo in vodi v izgubo pomembnih podatkov, kar poslabšuje kakovost zdravstvene oskrbe in varnosti pacienta.

Predaja ima več sklopov, ustno predajo in predajo dokumentacije, ki je predpisana s pravilnikom nujne medicinske pomoči. Zelo dobro bi bilo, da bi bila predaja podprta tudi tehnološko in bi s tem lahko urgentni centri prejeli podatke s terena še pred prihodom pacienta (Peče, 2018).

V tem primeru, ko je pacient neorientiran, je še kako pomembno, da je poudarek na identifikaciji pacienta nemudoma ob prihodu v urgentni center. Pacientu na desno roko namestimo rumeno zapestnico, ki je namenjena ogroženim pacientom. Poleg namestitve zapestnice je pomembna tudi predaja s strani reševalne službe ter označitev osebne lastnine pacienta.

Pridobivanje informacij je tretja kategorija, ki smo jo prepoznali. Avtorici Ehrenberg in Ehnfors (2001) navajata, da je dokumentiranje osnova za izvajanje zdravstvene nege, za komunikacijo med izvajalci in institucijami ter v obliki dokumenta zagotavlja kontinuirano zdravstveno nego. Ravno tako avtorja Šušteršič in Rajkovič (2005) navajata, da je dokumentacija bistvena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in posledično kakovostno obravnavo posameznika. Dokumentacija mora biti popolna, natančna in dostopna in uporabna tudi na drugih področjih, ki potrebujejo tovrstne informacije (Brunt idr., 1999).

Tudi pri naši obravnavi smo ugotovili, da so informacije o pacientu in njegovem stanju zelo pomembne. Obravnavo je potekala tako, da smo pregledali vso pacientovo dokumentacijo: pogledali smo list zdravstvene nege, ki so ga skupaj s pacientom poslali iz doma starejših občanov, iz njega je razvidno, da ima pacient poleg drugih diagnoz tudi diagnozo demence in je brez alergij na zdravila. Pregledali smo tudi list redne terapije, da bi se seznanili z morebitnimi zdravili, katere pacient jemlje in bi lahko imele vpliv na njegovo sprejemno diagnozo. Po pregledu celotne dokumentacije nato za dodatne informacije pokličemo tudi v dom starejših občanov ali svojce. Tudi Ahern in Philpot (2002), opisujeta, da neprekinjena ocena stanja pacienta dopolnjuje hitro, celovito in osredotočeno oceno zdravstvenega stanja. Medicinska sestra opazuje in dokumentira spremembe v oceni zdravstvenega stanja in slednjo primerja z oceno ugotovljeno ob sprejemu pacienta v zdravstveno obravnavo (Ahern in Philpot, 2002).

Kot četrto kategorijo smo določili komunikacijo. Tu smo izpostavili pravilen pristop medicinske sestre do pacienta. Primeren ton glasu je prva koda, tu smo upoštevali stanje pacienta, naglušnost ter strah pred obravnavo. Zaradi novega okolja je bilo iz mimike obraza pacienta razvidno, da ga je strah in je bil zato posledično nemiren. Pacientu smo zato dodatno razložili potek obravnave ter ga sproti poskušali obveščati o vsakem terapevtskem postopu, ki je sledil. Tudi na spletnem portalu e-Demence (2021), je razvidno, da je uspešna komunikacija z osebo z demenco sestavljena iz prepleta besednega in nebesednega sporazumevanja ter telesnega dotika. Osebo poimenujmo po imenu, vzpostavimo stik z očmi, osebe se lahko dotaknemo, jo pobožamo. Težave pri sporazumevanju lahko nastanejo tudi zaradi težav s sluhom in vidom. Bolj kot napreduje demenca, bolj pri osebi slabi razumevanje besed in bolj prihaja do pomena v komunikaciji nebesedno sporazumevanje: ton glasu, telesni gibi, izraz na obrazu, pogled, vonj, okolje. Pomembno je predvsem ob začetku komunikacije, da vzpostavimo stik s pogledom, osebo pogledamo v oči in na takšen način pridobimo njeno pozornost.

Velikokrat se zgodi, da je pacient ne glede na dobro komunikacijo ter zagotovitev mirnega okolja še vedno nemiren. Tu smo prepoznali peto kodo miritev pacienta.

Harih (2009) meni, da bi lahko pacienta pomirili že s terapevtsko komunikacijo. To medicinski sestri omogoča, da vstopi v njegovo okolje in vzpostavi terapevtski odnos. Tako pacient kot medicinska sestra sta v odnos prinesla svoje občutke, strah, pričakovanja, vrednote, sposobnosti in omejitve, zato mora biti terapevtska komunikacija usmerjena k cilju s pomočjo temeljev, ki so zaupanje in sprejemanje pacienta takšnega, kot je. Medicinska sestra ga ne sme obsojati, temveč samo sporočati, kar vidi. Na takšen način lahko doseže, da se pacient morebitnega neprimerne vedenje zave in ga poskuša spremeniti. Pomembno je tudi spoštovanje, ki ga dosežemo z vljudnostjo, prijaznostjo in upoštevanjem pacientove drugačnosti. Pri tem pa pomembno vlogo igra zaupnost. Upoštevati je potrebno navodila, vključevati poznavanje tehnik komuniciranja s pacienti, vzpostavljanje empatičnega odnosa ter prilagoditev potrebam pacienta.

Težave v komunikaciji ter sama diagnoza demence velikokrat privedejo do verbalnega in/ali fizičnega nasilja. Pacient zaradi strahu ter neznanja vpije, pri odvzemu krvi zviha in umika roko, tako je potem še dodatno vznemirjen. Pacient si zaradi nevednosti sam odstrani žilni pristop.

Ob tem se velikokrat tudi sleče in obleko ter ostalo lastnino meče po prostoru. Preko naše obravnave pacienta poskušamo pomiriti, ga primemo za roko in se mu s tem poskušamo približati, da se počuti varnega. Poskušamo mu povedati kaj lepega, ga povprašati o družini in njegovem življenju katerega se spominja. Najraje se pogovarjajo o vnukih in domačih živalih. Po podatkih iz e-Demence lahko osebo z demenco pomirimo z nebesednimi pomiritvami: nasmeh, prikimavanje, sproščen obraz, drža rok, pritrdilni zvoki, rokovanje, predvsem objem deluje izredno pomirjajoče (e-Demence, 2021). Raziskave so potrdile, da človeški dotik lahko pomiri razburjenje, strah, čustvene težave, priključni nasmeh na obraz in izboljša počutje osebe z demenco.

Posledično smo našli tudi kodo varnost in nadzor. Pri nemirnem, zbeganem ter neorientiranem pacientu je stopnja za nevarnost padca precej visoka. V urgentnem centru imamo oceno ogroženosti za padec, katera spada k začetni oceni ter anamnezi pacienta. Pacient je nemiren in vstaja iz postelje kljub nameščeni varovalni ograji. Pacientu zato poskušamo zagotoviti kar se da varno okolje zanj ter posledično tudi za nas. Poleg ograjic pogosto namestimo tudi dodatne blazine ter odeje, da bi se pacient počutil varnega, da bi lahko vsak za trenutek bila ta postelja podobna postelji v njegovem domu. Osebe z demenco so lahko pogosto izpostavljene nenamernim samopoškodbam ali nevarnosti iz okolja. Velikokrat zatavajo in/ali se izgubijo, ker bi se želeli vrniti v njim znano, varno in domače okolje. Zagotavljanje varnosti je ena bistvenih aktivnosti v zdravstveni negi. Zaradi motenj spomina, orientacije, presoje, kritičnosti in drugih duševnih sprememb se znajdejo v situaciji, ko potrebujejo zaščito in pomoč. Pacienti potrebujejo stalni nadzor, s katerim poskušamo preprečiti morebitne poškodbe katerim bi bili lahko izpostavljeni. Kljub temu pa je pomembno, da jim zagotovimo kakovostno življenje in samostojnost (Zdravstvena info., 2016).

V našem primeru je bilo proti koncu obravnave zaključeno, da zdravstveno stanje pacienta ne zahteva sprejema v bolnišnico, zato se tu začne pripravljati vse potrebno za odpust pacienta nazaj v oskrbo doma starejših občanov. Tu smo prepoznali še zadnjo kodo, odpust pacienta. Pri odpustu najprej poskrbimo, da bo pacient odpuščen v ustrezno ustanovo, bodi si premestitev v drugo bolnišnico, odpust domov, ali v našem primeru odpust nazaj v dom starejših občanov. Pri tem pacienta uredimo, mu zamenjamo inkontinentni pripomoček ter obleko, v kolikor je to potrebno. Opravimo tudi klic reševalne službe, ki bo izvedla prevoz pacienta, nato uredimo vso potrebno dokumentacijo, vključno z novimi navodili, recepti in napotnicami, katere je pacient v času naše obravnave prejel. Glede na stopnjo razumevanja zdravnik pacientu poda informacije o zdravstvenem stanju, če le ta ni zmožen razumeti informacije zaradi stanja bolezni, smo pozorni, da se vsa dodatna navodila o nadaljnjem poteku zdravljenja in jemanju zdravil, ki so mu bila predpisana podajo reševalcu, kateri pride po pacienta za odpust v dom starejših občanov, le ta informacije preda naprej v dom starejših občanov. Poleg tega zdravnik obvesti svojce pacienta o zdravstvenem stanju ter odpustu pacienta. Tudi Zupančič (2019), navaja, da je predaja pacienta postopek ciljanega, načrtnega in sistematičnega prenosa informacij, podatkov vključno z dokumentacijo, vezanega na zdravstveno obravnavo posameznega pacienta (Zupančič, 2019).

5 Zaključek

Z našo študijo primera smo zaključili, da sta pri dementnih pacientih še, kako pomembni komunikacija ter identifikacija. Pri pacientih, ki ne znajo sami povedati svojega imena in priimka ter v času in prostoru niso orientirani lahko pride do neljubega dogodka, da bi pacienta zamenjali ali bi zataval v drug prostor, bodisi nadstropje ali izven bolnišničnega okolja. Pacient se ne počuti varnega v njem tujem okolju, zato na vsak način skuša oditi, če je zmožen in/ali zavrača zdravstveno oskrbo. S terapevtsko komunikacijo ga poskušamo pomiriti, se mu

približati in mu preprečiti, da bi se počutil ogroženega. Pomembno je, da jim vsak postopek počasi in v mirnem tonu glasu obrazložimo, če še vedno odklanjajo mu poskušamo razložiti ponovno in ob tem tudi uporabiti dotik rok, stik z očmi in mu dati občutek varnosti. Hitro jih lahko razburimo z visokim tonom glasu ali vsiljivostjo, vstopom v njihov osebni prostor brez opozoritve in obrazložitve. Obvezna je tudi namestitev posteljnih ograjic.. V primeru, da imamo možnost, ga poskušamo zaposliti s kakšno stvarjo, kot je zvijanje povojev ali risanje/ pisanje na list papirja, nekateri to zelo radi delajo in jih s tem zamotimo, medtem, ko čakamo izvide preiskav. Tudi svojci tu igrajo pomembno vlogo, v primeru, da jih pri obravnavi spremljajo, jim damo možnost, da jih vidijo in se pogovorijo, saj jim s tem dodatno zagotovimo varnost in občutke domačega okolja.

Priporočljivo je, da ima pacient s seboj vso potrebno dokumentacijo, saj je le ta ključna za nadaljnjo obravnavo pacienta. Če nimamo vseh podatkov, je lahko obravnava precej otežena, saj tako nimamo vseh podatkov o zdravstvenem stanju pacienta. Zato je pomembno, da v tem primeru pokličemo v dom starejših občanov ali svojce za dodatne informacije.

Pomembno je, da vsem pacientom, ki so na katerikoli način ogroženi že ob prihodu bodisi v trižno službo ali v opazovalnico nemudoma namestimo rumeno identifikacijsko zapestnico. Ob istem času je lahko v urgentnem centru prisotnih več dementnih pacientov in ko jih pokličeš in posledično iščeš za obravnavo, lahko pride do zamenjave v primeru, če jih ne spremlja nobena druga odrasla oseba ali identifikacijske zapestnice nimajo. Namreč zgodi se, nihče ne odgovarja na zastavljena vprašanja. Identifikacijska zapestnica je namenjena tudi tem, če bi nekdo, ki je pokreten odtaval in ga lahko preko le te pospremimo nazaj na oddelek, na katerem se nahaja bodisi v bolnišnici ali urgentnem centru. Pomembno je tudi pri izvajanju terapevtskih postopkih ter zdravljenju, da ne zamenjamo zdravil pri pacientih, npr. napačen pacient prejme napačno zdravilo, ki mu ni bilo namenjeno.

Ob koncu obravnave moramo zbrati vso dokumentacijo pacienta, ki je bila podana z njim in tudi našo dokumentacijo z izvidi preiskav, ki smo jih naredili. Le tako bo ustrezno nadaljnje zdravljenje. Pri tem je pomembno, da reševalcu, ki pelje pacienta nazaj v dom starejših občanov, podamo vse potrebne informacije. Vse te informacije reševalec nato preda v domu starejših občanov vključno s papirji.

Pri našem delu smo postavljeni v različne situacije. Pomembno je, da ostanemo dosledni, natančni, empatični in razumevajoči. Demenca je veliko več kot le motnja spomina.

LITERATURA

1. Ahern, J. in Philpot, P. (2002). Assessing Acutely Ill Patients on General Wards. Royal College of Nursing Nursing Standard, 16(47), 47–54.
2. Alzheimer's Society (2017). The Dementia Guide: Living Well after Diagnosis. Alzheimer's Society. Pridobljeno s https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1881/the_dementia_guide.pdf.
3. Brunt, B. idr. (1999). Designing Interdisciplinary Documentation Fort the Continuum of Care. Journal of Nursing Care Quality, 14(1), 1–10.
4. Castledine, G. (2004). Patient Assessment: a Key Requirement of Nursing Care. British Journal of Nursing, 13(29), 1233.
5. Considine, J. in Currey, J. (2015). Ensuring a Proactive, Evidence-Based, Patient Safety Approach to Patient Assessment. Journal of Clinical Nursing, 24(1–2), 300–307.
6. Darovec, J. idr. (2014). Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. Zdravniški Vestnik, 83(7–8), 497–504.
7. Duckworth, R. L.(2016). Five Ways to Perfect the Patient Handoff. EMSWorld. Pridobljeno s <https://www.emsworld.com/214306/ce-article-five-ways-perfect-patient-handof>.

8. E-Demenca. (2021). 3 pomembna področja komunikacije z osebo z demenco. Pridobljeno s <https://edemenca.si/komunikacija-z-osebo-z-demenco/>.
9. Ehrenberg, A. in Ehnfors, M. (2001). The Accuracy of Patient Records in Swedish Nursing Homes: Congruence of Record Content and Nurses and Patients Descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 303–310.
10. Harih, M. (2009). Terapevtska komunikacija pri starostnikih z demenco. V L. Leskovic in J. Tršek (ur.), *Starost - izziv ali problem sodobne družbe* (str. 238–250). Ljubljana Slovenija.
11. Kobentar, R. (2014). Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), 227–237.
12. Kogoj, A. (2011). Sporazumevanje z bolnikom. V A. Kogoj (ur.), *Vedenjske in psihične spremembe pri demenci* (str. 15–16). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
13. Mali, J. in Milošević, A. V. (2007). *Demenca- izziv za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
14. Mali, J., Mešl, N. in Rihter, L. (2011). *Socialno delo z osebami z demenco: Raziskovanje potreb oseb z demenco in odgovorov nanj*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
15. Peče, D. (2018). *Strukturirana predaja službe zdravstvene nege kot dejavnik varne zdravstvene obravnave* (Diplomsko delo). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
16. Pikovnik, E. in Fink, A. (2009). *Zdravstvena nega pacienta z demenco*. Republika Slovenija, ministrstvo za šolstvo in šport.
17. Robinson, F. (2011). The role of the district nurse. *Practice Nurse*, 41(8), 30–31.
18. Zupančič, V. (2019). *Kakovost in varnost v zdravstvu. Gradivo za poklice po srednješolskem izobraževanju*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Ljubljana. Pridobljeno s <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Storitve/Strokovni-izpit/Kakovost-in-varnost-v-zdravstvu-V.-stopnja.pdf>.

Vpliv enournega sedenja na mišično togost in učinki kratkih aktivnih odmorov

UDK 796.035:331.47

KLJUČNE BESEDE: strižni modul, intervencija na delovnem mestu, ocena ultrazvoka, sedeče delo

POVZETEK – Namen raziskave je bil primerjati učinek enournega sedenja s kratkimi aktivnimi odmori in brez njih na togost mišic, izmerjeno z elastografijo strižnih valov (SWE). Dolgotrajno neprekinjeno sedenje povzroča nelagodje, kar lahko delno pripisemo utrujenosti mišic zaradi stalnega položaja. Najpogostejše mišice, za katere posamezniki poročajo o nelagodju, so mišice vratu, rame, zgornjega in spodnjega dela hrbta in mišice zadnjice. Izvajanje aktivnih odmorov je obetavna alternativa, saj je nedavni pregled pokazal, da so aktivni odmori učinkoviti pri zmanjševanju neugodja in bolečine ter ne vplivajo negativno na delovno storilnost. Udeleženci v študiji (8 žensk, 2 moška, starost: $24,9 \pm 1,2$ leta) so na dveh ločenih obiskih (z aktivnimi odmori in brez njih) opravili dve enourni izpostavljenosti sedenju. Aktivni odmori (~2–3 minute) so bili izvedeni 15 in 45 minut po začetku sedenja in so obsegali preproste raztezne in aktivacijske vaje. Pred sedenjem, med njim (30 minut) in po njem (1 uro) je bil s SWE izmerjen strižni modul mišic zgornjega dela m. trapezius, ledvenega dela m. erector spinae in m. rectus femoris. Čeprav je bilo ugotovljenih le malo statistično pomembnih učinkov, naša preliminarna raziskava kaže, da dolgotrajno sedenje poveča togost mišic (+10–16 %) in da so lahko kratki aktivni odmori učinkoviti za preprečevanje povečanja togosti. Ta študija kaže tudi na uporabnost ocen SWE v kontekstu raziskovanja v ergonomiji.

UDC 796.035:331.47

KEYWORDS: shear modulus, workplace intervention, ultrasound assessment, sitting work

ABSTRACT – The aim of the study was to compare the effect of sitting for one hour with and without short active breaks on muscle stiffness measured by shear wave elastography (SWE). Prolonged continuous sitting causes discomfort, which can be partly attributed to muscle fatigue due to standing. The most common muscles for which individuals report discomfort are the muscles of the neck, shoulder, upper and lower back and gluteus muscles. Taking active breaks is a promising alternative, as a recent review showed that active breaks are effective in reducing discomfort and pain and do not adversely affect work performance. Participants in the study (8 females, 2 males, age: 24.9 ± 1.2 years) underwent two 1-hour exposures to sitting during two separate visits (with and without active breaks). Active breaks (2-3 minutes) were performed at 15-minute and 45-minute time marks and comprised of simple stretching and activation exercises. Before, during (30 minutes) and after (1 hour) of sitting, shear modulus of upper trapezius, lumbar region of erector spinae and rectus femoris muscles was measured with SWE. Although few statistically significant effects were detected, this preliminary trial suggests that prolonged sitting increases muscle stiffness (+10-16%) and that short active breaks can be effective to prevent this. This study also demonstrates the utility of SWE assessments in applied ergonomics context.

1 Uvod

Narava dela se je skozi leta močno spremenila, od fizično zahtevnega dela vse do kognitivno zahtevnega dela, pri katerem ljudje za potrebe dela uporabljajo računalnik in večino časa sedijo. Posledično se je povečala dnevna količina sedenja (Ding idr., 2020). Pod pojem sedentarnost prištevamo dejavnosti sedenja ali ležanja, med katerimi je energetska poraba praviloma manj kot 1,5 večkratnika bazalnega metabolizma in je človek v budnem stanju (Owen, 2012). Problem nastopi pri veliki količini sedenja (7 ur ali več) ali dolgotrajnem neprekinjenem

sedenju (30 minut ali več). To namreč negativno vpliva na zdravje in lahko povzroči bolečine v kostno-mišičnem sistemu, neodvisno od upoštevanja priporočil dnevne količine telesne dejavnosti (Triglav idr., 2019).

Namen raziskave je bil raziskati spremembo v togosti mišic pri dolgotrajnem neprekinjenem sedenju v primerjavi z večkrat prekinjenim sedenjem. Cilj raziskave je bil ugotoviti, ali 1 ura sedenja statistično značilno spremeni togost izbranih mišic vratu, hrbta in spodnjih udov in ali izvajanje kratkih aktivnih odmorov lahko te vplive omili ali izniči.

1.1 Mišična togost in njena vloga v gibanju človeka

Togost (k) telesa je merilo odpornosti elastičnega telesa proti deformaciji. Za elastično telo z eno samo stopnjo prostosti (na primer raztezanje elastike) je togost opredeljena kot $k = \frac{F}{\delta}$, pri čemer je F oznaka za aplicirano raztezno silo in δ je premik/razteg, ki ga povzroči sila vzdolž iste stopnje prostosti (na primer sprememba dolžine raztegnjene vzmeti) (Wenham, 2001). Kvantifikacija pasivne togosti mišic je še posebej pomembna v kliničnem okolju, saj povečana togost prispeva k prilagajanju mišic in k zmanjšanju pasivnega obsega gibanja (ROM) v sklepih, kar sčasoma moti motorično funkcijo in negativno vpliva na kakovost življenja. Povečana togost mišic je lahko povezana s stopnjo bolezní (Liu idr., 2021). Togost mišic je pomemben dejavnik dinamične stabilnosti sklepov (He idr., 2021). Pasivna in aktivna mišična togost, posebej iztegovalk gležnja, je pomembna za doseganje vrhunskih športnih rezultatov, predvsem v sprintu (Yamayaki idr., 2022). Sedeč položaj je eden izmed dejavnikov tveganja pojavnosti mišične togosti. Drža telesa pri sedenju je predvsem odvisna od pasivnih ledveno-medeničnih struktur (npr. hrbteničnih vezi), ki vzdržujejo sedeči položaj. Zdi se, da je za ohranjanje stabilnosti hrbtenice potrebna kompenzacijska prilagoditev aktivne komponente živčno-mišičnega sistema, tj. hrbtnih mišic (Kett idr., 2021).

1.2 Merjenje togosti

Nedavno razvita in hitro razvijajoča se ultrazvočna elastografija zagotavlja dodatne informacije, povezane z lastnostmi tkiva in z ocenjevanjem elastičnosti tkiva. Obstajajo štiri glavne vrste tehnik ultrazvočne elastografije: kompresijska sonoelastografija, prehodna elastografija, napetostna elastografija in SWE. Za ocenjevanje lastnosti togosti tkiv se pogosto uporablja metoda SWE (Blank idr., 2022), ki je bila razvita leta 1998 (Bastijns idr., 2020). Uporabimo jo za merjenje tkivnih modulov in se pogosto izvaja v neobremenjenih ali pasivno raztegnjenih tkivih z uporabo ultrazvoka. Trenutno je SWE v največjo pomoč pri ocenjevanju tetiv in mišic, deloma tudi perifernih živcev (Taljanovič idr., 2017). Ultrazvočna elastografija omogoča merljivost elastičnosti oziroma togosti v obliki elastograma. Osnovno načelo elastografije je ustvarjanje strižnega ali kompresijskega vala s pomočjo ultrazvočnih valov. Nato sledita ocena deformacije, ki jo s pomočjo visoko-frekvenčnega zajema slik povzroči strižni val v tkivu, in ovrednotenje hitrosti, s katero strižni valovi potujejo skozi tkivo. Skozi bolj toga tkiva strižni valovi potujejo hitreje, kar ob poznavanju gostote tkiv (za mišico se privzame 1000 g/dm^3) omogoča preračun t. i. strižnega modula, ki odraža togost tkiva (Blank idr., 2022; Taljanovič idr., 2017). SWE uporablja akustični sevalni impulz sile, ki od merilca ne zahteva posebnih izkušenj. SWE je manj odvisna od merilca kot druge ultrazvočne metode elastografije. Posebno zanimanje je pritegnila uporaba SWE za oceno elastičnosti skeletnih mišic. Elastičnost je ključni dejavnik mišične zmogljivosti in sile, zato lahko njena ocena pomaga pri izboljšanju razumevanja delovanja mišic (Creze idr., 2018).

1.3 Težave povezane z dolgotrajnim sedenjem

Bolečine v spodnjem delu hrbta (v nadaljevanju BSH) so pomemben zdravstveni problem, saj je stopnja razširjenosti v enem letu med 41–64 %, približno 60–80 % posameznikov pa poroča, da so se z BSH srečali enkrat v življenju (Waongenngarm, Rajaratnam in Janwantanakul, 2015). Po nekoliko starejših podatkih za razviti svet BSH vsakodnevno občuti 12–33 % ljudi (Walker, 2000). Študija Spyropoulos idr. (2007) je pokazala, da je prevalenca BSH pri pisarniških delavcih, ki opravljajo pretežno sedeče delo, 37,8 % (enoletna), 41,8% (dvoletna) in 61,6% (doživljenjska). Dokazi kažejo, da so posledice BSH telesno nelagodje, kot so napetost, utrujenost, bolečina in tresenje. Mnogi posamezniki občutijo to kostno-mišično nelagodje med dolgotrajnim sedenjem zlasti v predelu zadnjice in križa. Povečano nelagodje zaradi dolgotrajnega sedenja pripisujejo povečani utrujenosti mišic, zmanjšani prehranjenosti medvretenčnih ploščic in zmanjšanemu pretoku krvi v mišicah (Waongenngarm idr., 2015). Naslednja najpogostejša kostno-mišična bolečina na delovnem mestu je bolečina v vratnem delu hrbta (Govaerts idr., 2021; Besharat idr., 2020). Sedeče delo in delo za računalnikom sta lahko obremenjujoča tudi za vratni del hrbtenice. Z delom povezana kostno-mišična bolečina v predelu vratu in ramen je pogosta, pri čemer je stopnja razširjenosti med delovno aktivnim prebivalstvom 30 % ali celo več (Strøm idr., 2009).

1.4 Intervencije za sedeče delo

V zadnjih letih je bilo predlaganih več ukrepov za ublažitev negativnih učinkov sedenja, vključno z mizami za delo stoje in drugimi aktivnimi delovnimi mesti, kot so kolesarske mize (Ojo idr., 2018), ter z izvajanjem aktivnih odmorov (Waongenngarm idr., 2018). Čeprav imajo mize za delo stoje in aktivne delovne postaje potencial za zmanjšanje časa sedenja (Shrestha idr., 2016) in povečajo porabo energije (Podrekar idr., 2021; Tudor - Locke idr., 2014) ter zmanjšajo nelagodje (Agarwal idr., 2018), so z njimi povezane nekatere pomanjkljivosti, kot so stroški in vprašljiva sprejemljivost pri nekaterih uporabnikih (Hall idr., 2019).

Študija Dinga idr. (2020) je s pomočjo EMG metode pokazala, da se utrujenost mišic pojavi po približno 40 minutah sedečega dela. Kot najboljšo intervencijo so predlagali 5-minutni aktivni odmor. Tak način odmora naj bi ohranil ugodno stanje mišic še nadaljnjih 40 minut. Program aktivnih odmorov naj bi znatno zmanjšal bolečine v vratu, ramenih in spodnjem delu hrbta. Hkrati se s pomočjo usmerjene vadbe na delovnem mestu poveča obseg giba ledvene hrbtenice, vratu, kolen in ramena (Shariat, 2017). Vadba mora vključevati gibanje ledvenega dela, pri čemer je glavni namen aktiviranje globokih mišic trupa med dolgotrajnim sedenjem, saj to pripomore k zmanjšanju pojava BSH (Saiklang, 2020). Izvajanje aktivnih odmorov je torej obetavna alternativa aktivnim delovnim postajam. Nedavni sistematični pregled literature je pokazal, da so aktivni odmori učinkoviti pri zmanjševanju neugodja in bolečine ter ne vplivajo negativno na delovno storilnost (Waongenngarm idr., 2018). Trajanje dela in odmora je bilo zelo različno, in sicer so izvajali odmore na vsakih 5 minut pa vse do 2 uri oziroma po lastni presoji glede na dolžino dela (Waongenngarm idr., 2018).

Namen raziskave je bilo predhodno oceniti učinek sedenja s kratkimi aktivnimi odmori in brez njih na togost mišic, izmerjeno s SWE. Medtem ko so se prejšnje študije osredotočale na mišice hrbta (ES) (Kett idr., 2021; Kett in Sichting, 2020), smo mi vključili tudi mišico zgornji trapez (UT) zaradi njene potencialne vloge pri težavah v predelu vratu (Taş idr., 2018) ter mišico rectus femoris (RT). Pri teh študijah se je trajanje aktivnega odmora precej razlikovalo, največkrat je bilo nastavljeno na 5 min. Zaradi praktične uporabnosti smo v tej študiji izvedli dva krajša (3 min) aktivna odmor. Predpostavili smo, da se bo strižni modul v vseh mišicah po sedenju povečal in da se bo to povečanje nevtraliziralo ali vsaj omililo s kratkimi aktivnimi odmori.

2 Metode

2.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izvedli smo študijo z navkrižnim dizajnom (ang. cross-over study design), v kateri so udeleženci prišli v laboratorij na 2 eksperimentalni seji, in sicer na eno, pri kateri so 1 uro samo neprekinjeno sedeli, in na drugo, pri kateri so 1 uro sedeli in vmes izvedli dva kratka aktivna odmora. Vrstni red pogojev je bil uravnotežen med udeleženci, obe eksperimentalni seji sta bili izvedeni v razmaku 7–10 dni ob istem času dneva. Udeleženci so bili naprošeni, da se 48 ur pred vsako sejo vzdržijo kakršne koli intenzivne telesne dejavnosti. Po prihodu v laboratorij so udeleženci 10 minut počivali v sproščenem ležečem položaju, da bi se morebitni učinek predhodne dejavnosti nevtraliziral. Nato so bile opravljene osnovne meritve ES, pri čemer so udeleženci ostali v ležečem položaju, ocenjen je bil še strižni modul mišic UT in RF, pri čemer so udeleženci prešli v sedeči položaj. Vse meritve so bile opravljene samo na desni strani telesa.

Takoj po ocenjevanju UT in RF so bili udeleženci izpostavljeni enournemu sedenju. Udeleženci so bili naprošeni, da prinesejo svoje prenosne računalnike in opravljajo tekoče delo. Sedeli so na pisarniškem stolu z oporo za hrbet in nasloni za roke. Višina sedeža je bila nastavljena tako, da so bili koti kolen in bokov $\sim 90^\circ$. Pred pričetkom sedenja so udeleženci dobili navodila glede sedenja. Uporabili so tako naslonjalo za roke kot tudi naslonjalo za hrbet. V stanju samostojnega sedenja so udeleženci 60 minut nemoteno opravljali svoje delo, pri čemer so imeli na 30 minut zelo kratek odmor za ponovno merjenje togosti UT in RF. Ti dve mišici je bilo mogoče izmeriti, ne da bi bilo treba spremeniti položaj sedenja. Po 60 minutah sta bili najprej izmerjeni UT in RF, nato so udeleženci prešli v ležeči položaj za končno merjenje ES. Pri stanju aktivnega odmora sta bila ob časovnih oznakah 15 in 45 minut izvedena dva zelo kratka (~ 2 do 3 minute) odmora (podrobnosti v nadaljevanju). Sicer je bil vrstni red postopkov popolnoma enak kot pri stanju, ko so neprekinjeno sedeli.

Aktivni odmori so bili zasnovani tako, da jih je bilo enostavno izvajati brez potrebe po dodatni opremi in da jih je bilo mogoče izvesti v kratkem času (~ 2 do 3 minute). Aktivni odmori so bili izvedeni po vzorčnem primeru, ki je na voljo na platformi PKMO (pkmo.si) in cilja na hrbet in kolke (<https://www.youtube.com/watch?v=k2H52pkOii8>). Aktivni odmori so torej vključevali naslednje aktivnosti: a) razteg m. trapezuis; b) razteg upogibalk kolka; c) sprednja deska z oporo na mizi; d) razteg m. latissimus dorsi; e) 10 počepov; f) kratka hoja po prostoru in izvajanje rotacij ramen. Vsaka vaja je trajala ~ 15 s in se je ponovila dvakrat.

Postavitev strižnega modula: Pred meritvami so bila določena mesta za namestitvev ultrazvočne sonde in označena s poltrajnim črnilom. Sonda je bila vedno nameščena vzporedno z orientacijo mišičnih vlaken. Strižni modul za ES je bil ocenjen v sproščenem ležečem položaju. Ultrazvočna sonda je bila nameščena na ravni vretenc L1, ki je bila določena s palpacijo, 3 cm od srednje črte. Za oceno strižnega modula UT in RF so udeleženci sedeli na istem stolu, ki je bil uporabljen za izpostavljenost sedenju. Naročili smo jim, naj položijo roke na naslonjala za roke in se popolnoma sprostijo. Za RF je bila lokacija določena na 50 % razdalje med sprednjim zgornjim trnom črevnice in zgornjim delom pogačice. Lokacija sonde za UT je bila 50 % razdalje med akromionom in vretencem C7.

2.2 Opis instrumenta

Uporabili smo ultrazvočno napravo Resona 7 (Mindray, Shenzhen, Kitajska), nastavljeno na mišično-skeletni način zajema slik. Gostota mišičnega tkiva je bila 1000 kg/m^3 . Uporabljena je bila linearna ultrazvočna sonda (model L11-3U, Mindray, Shenzhen, Kitajska) z izdatno količino v vodi topnega hipoalergenskega ultrazvočnega gela (AquaUltra Basic, Ultragel, Budapest, Madžarska). Območje zanimanja je bilo določeno na $1,5 \times 1,5 \text{ cm}$ za ES, $1,0 \times 1,0$

cm za RF in $0,5 \times 1,0$ cm za UT. S tem je bilo zagotovljeno, da so bile zajete le lastnosti mišičnega tkiva. Globina območja zanimanja je bila določena za vsakega udeleženca posebej in je bila med sejami konstantna. Strižni modul je bil določen glede na povprečno vrednost osmih hitrih zaporednih zajemov, kar je največja vrednost, ki jo naprava omogoča za eno ponovitev. Če je bila variabilnost vrednosti znotraj osmih zajemanj večja od 15 %, se je poskus ponovil. V vsaki časovni točki so bili zbrani trije poskusi, za nadaljnjo analizo je bila vzeta povprečna vrednost. V prejšnjih študijah, izvedenih z enako napravo v laboratoriju fakultete, so poročali o visoki zanesljivosti znotraj seje in med sejami za UT in mišice biceps femoris (Kozinc in Šarabon, 2020; Šarabon idr., 2019).

2.3 Opis vzorca

V študijo je bilo vključenih 10 (8 žensk in 2 moška) mladih zdravih študentov Fakultete za vede o zdravju (starost: $24,9 \pm 1,2$ let; telesna višina = $171,7 \pm 10,2$ cm, telesna masa: $66,7 \pm 13,2$ kg). Merila za vključitev so bila starost > 18 let. Izključitvena merila so bila prisotnost poškodb kostno-mišičnega sistema v zadnjih 12 mesecih, prisotnost katere koli od nenalezljivih kroničnih bolezni ali kakršnih koli živčno-mišičnih težav. Pred meritvami je bil vsak udeleženec temeljito obveščen o ciljnih in postopkih študije. Vsi postopki v raziskavi so bili popolnoma neinvazivni in nezahtevni za preiskovance. Udeleženci so morali pred sodelovanjem podpisati obrazec o informiranem soglasju. Študijo je odobrila Nacionalna komisija za medicinsko etiko Slovenije (številka odobritve 0120-690/2017/8) in je bila izvedena v skladu s Helsinško deklaracijo.

2.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Za statistično analizo smo uporabili povprečje treh meritev. Statistična analiza je bila izvedena z uporabo SPSS (verzije 25.0, SPSS Inc., Chicago, ZDA). Opisna statistika je prikazana kot povprečje \pm standardni odklon. Razlike med pogojema (sedenje brez in z aktivnimi odmori) so bile analizirane z dvosmerno analizo variance za ponovljene meritve, pri čemer je bil en faktor pogoj (sedenje brez in z aktivnimi odmori), en faktor pa čas znotraj meritve (30 in 60 minut). Pri m. erector spinae sta bila znotraj faktorja časa samo meritvi pri 0 in 60 minut. Zaradi majhnega vzorca smo analize opravili za vsako mišico posebej (nismo izvedli analize trojne interakcije mišica–pogoj–čas). Velikost učinka smo izrazili z vrednostjo eta-kvadrat (η^2), pri čemer pomeni vrednost $\sim 0,01$ majhen učinek, vrednost $\sim 0,06$ srednji učinek in vrednost $\sim 0,14$ velik učinek. Izračunali smo ponovljivost meritev z intra-klasnim koeficientom korelacije (angl. intra-class correlation coefficient, ICC), tako med ponovitvami znotraj obiska kot tudi med obiski. Minimalna sprejemljiva ponovljivost je bila smatrana ob $ICC > 0,75$, odlična ponovljivost pa ob $ICC > 0,9$. Za izračun ponovljivosti smo upoštevali izhodiščne meritve (pred začetkom sedenja).

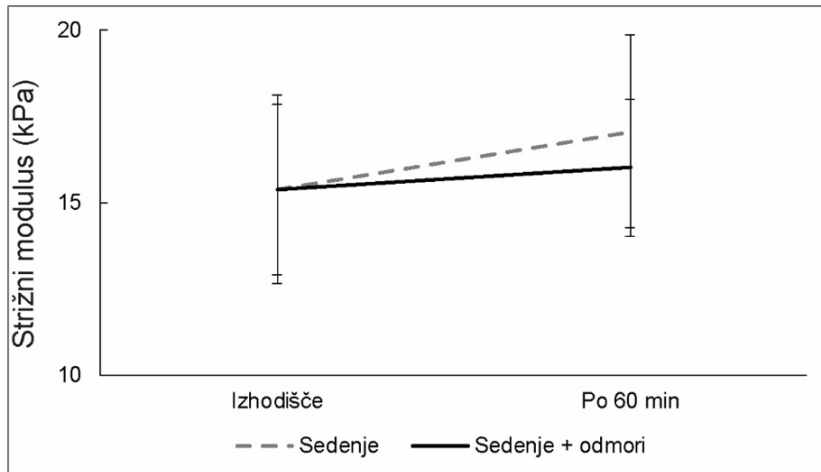
3 Rezultati

Pred analizami smo podatke pregledali za prisotnost osamelcev. Pri ES in UT očitnih osamelcev ni bilo, medtem ko smo za RF izločili 2 preiskovanca, pri katerih so vrednosti očitno odstopale od ostalih. Ponovljivost med obiski je bila dobra pri vseh treh mišicah (ES: $ICC = 0,84$; RF: $ICC = 0,83$; UT: $ICC = 0,8$). Ponovljivost znotraj obiska (konsistentnost med ponovitvami) je bila za RF in UT odlična ($ICC = 0,93$ oziroma $0,94$), medtem ko je bila za ES dobra ($ICC = 0,88$).

Pri ES je bil statistično značilen učinek časa ($p = 0,041$; $\eta^2 = 0,38$), medtem ko ni bilo statistično značilnega učinka pogoja ($p = 0,453$) in interakcije ($p = 0,381$). Glede na opisno statistiko je prišlo do povečanja togosti v pogoju samega sedenja s $15,3 \pm 2,7$ kPa na $17,1 \pm 3,6$ kPa, v pogoju z aktivnimi odmori pa s $15,3 \pm 2,4$ kPa na $16 \pm 1,9$ kPa (Slika 1). Čeprav interakcije

med pogojem in časom nismo mogli statistično potrditi ($p = 0,381$), je bila velikost učinka za interakcijo srednja ($\eta^2 = 0,08$), kar nakazuje na možnost, da bi ob vključitvi večjega števila preiskovancev lahko potrdili blažilni vpliv aktivnih odmorov na povečanje togosti ES. Med vsemi preiskovanci je bila po sedenju z aktivnimi odmori največja zabeležena vrednost po 60 minutah 19,4 kPa, brez aktivnih odmorov 22,3 kPa.

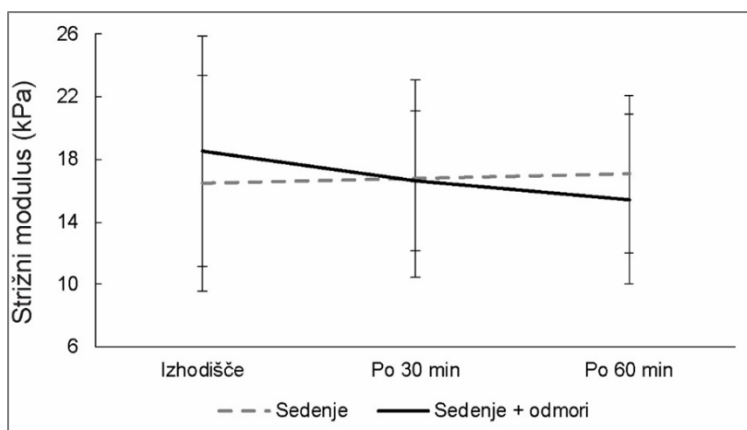
Slika 1: Prikaz vrednosti za m. erector spinae



Vir: Lastni vir, 2022.

Pri UT ni prišlo do statistično značilnih učinkov pogoja, časa ali interakcije ($p = 0,389-0,948$). Učinka pogoja in časa sta bila majhna do srednja ($\eta^2 = 0,01-0,06$), medtem ko je bil za interakcijo višji ($\eta^2 = 0,11$). Pri samem sedenju so bile vrednosti skozi čas relativno konstantne (pred $16,4 \pm 6,9$ kPa; po 30 minutah $16,7 \pm 6,3$ kPa in po 60 minutah $17,1 \pm 5,1$ kPa), medtem ko so bile pri pogoju z aktivnimi odmori skozi čas nižje (pred $18,5 \pm 7,3$ kPa; po 30 minutah $16,6 \pm 4,4$ kPa in po 60 minutah $15,4 \pm 5,4$ kPa) (slika 2). Pri tej mišici velja omeniti visoko variabilnost med posamezniki, zaradi katere bi bilo treba precej povečati velikost vzorca, da bi prišli do zanesljivejših rezultatov. Kljub temu rezultati pri pogoju izvajanja aktivnega odmora kažejo na potencialni učinek aktivnih odmorov, vendar na tej točki ni jasno, kakšen je bil vpliv razlik v izhodiščni vrednosti.

Slika 2: Prikaz vrednosti za m. trapezius

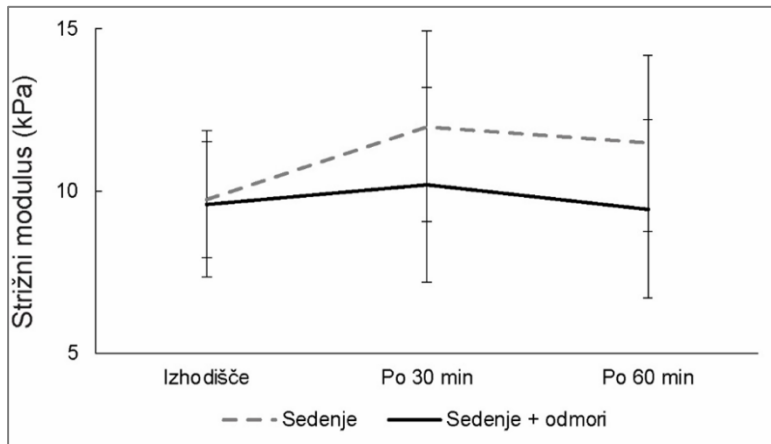


Vir: Lastni vir, 2022.

Pri RF ravno tako ni bilo statistično značilnih učinkov pogoja, časa in interakcije ($p = 0,152-0,257$), vendar so bili vsi trije učinki zelo veliki ($\eta^2 = 0,25-0,36$). Nedoseganje statistične značilnosti lahko (v luči velikih učinkov) pripišemo dejstvu, da smo izločili 2 preiskovanca, kar

je še dodatno znižalo statistično moč analize. V pogoju sedenja je bila izhodiščna vrednost $9,7 \pm 1,8$ kPa, ki je nato narasla na $11,9 \pm 2,9$ kPa po 30 minutah in nadalje po 60 minutah rahlo upadla ($11,5 \pm 2,7$ kPa). Pri pogoju z aktivnimi odmori je bila izhodiščna vrednost $9,6 \pm 2,2$ kPa, ki je nato narasla na $10,2 \pm 3$ kPa po 30 minutah in nadalje po 60 minutah rahlo upadla na $9,4 \pm 2,8$ kPa (Slika 3). Med vsemi preiskovanci je bila po sedenju z aktivnimi odmori največja zabeležena vrednost po 60 minutah $15,8$ kPa, brez aktivnih odmorov $12,1$.

Slika 3: Prikaz vrednosti za m. rectus femoris



Vir: Lastni vir, 2022.

4 Razprava

Trenutno je SWE v največjo pomoč pri ocenjevanju tetiv, sledijo mišice in periferni živci (Taljanovič idr., 2017). Naši rezultati predstavljajo dobro ponovljivost metode SWE med obiski, in sicer pri vseh treh mišicah. Ponovljivost znotraj obiska (konsistentnost med ponovitvami) je bila za RT in UT odlična, medtem ko je bila za ES dobra. Rezultati naše študije sovpadajo z rezultati, dobljenimi s študijo Kozinc in Šarabon (2020), v kateri so ugotovili odlično ponovljivost znotraj obiska ter dobro ponovljivost med obiski pri UT. Za RT so pri meritvah togosti mišice s SWE ugotovili, da je bila ponovljivost med obiski odlična (Taš idr., 2017). Rezultati študije Koppenhaver idr. (2018), kažejo, da so meritve SWE ledvene mišice multifidus odlično ponovljive pri različnih stanjih krčenja, zlasti če se uporabi povprečje treh meritev. Nasprotno se zdi, da so meritve togosti ES le dobro ponovljive, zato je potrebna večja previdnost za zmanjšanje merilne napake.

Naša študija skupaj z nedavnimi študijami (Kett idr., 2021; Kett in Sichtung, 2020) dopolnjuje/nakazuje, da dolgotrajno sedenje povečuje togost mišic. Čeprav so nujno potrebne nadaljnje študije za potrditev naših ugotovitev z večjimi vzorci, je povečanje togosti mišic ES (+11 %) skladno z rezultati, ki so jih dobili Kett in drugi (2021), ki so poročali o še večjem (+16 %) povečanju po daljšem času (4,5 ur) sedenja. Ugotovitve prejšnjih raziskav smo razširili na mišico RF (+16 % povečanje strižnega modula), in na splošno z vključitvijo strižnega modula na podlagi SWE, kar v kontekstu sedenja ni opravil še nihče. V prejšnjih študijah so togost mišic merili z miotonometrijo (Kett idr., 2021; Kett in Sichtung, 2020), ki ima svoje omejitve, pri čemer še ni povsem jasno, ali je skladna z metodo SWE. Kisilewicz idr. (2020) so namreč ugotovili, da ni prišlo do pomembnih korelacij med zmanjšanjem togosti mišice, ki so bile izmerjene z metodo SWE ali z metodo miotonometrije, na drugi strani pregled literature poroča o zmernih do močnih povezavah med SWE in miotonometrijo (Do idr., 2021).

Kratki in pogosti odmori za aktivno vadbo bi lahko bili izvedljiva alternativa obstoječim intervencijam, kot so dvizne mize, kar nakazujejo tudi rezultati te študije. Nedavni sistematični

pregled je poročal o pozitivnih presnovnih in duševnih/kognitivnih učinkih kratkih aktivnih odmorov pri pisarniških delavcih. Za najbolj učinkovito metodo so se izkazali kratki odmori, in sicer 2–3 minute lahke telesne dejavnosti na vsakih 30 minut sedečega dela (Radwan idr., 2022).

Glavna omejitev te raziskave je njena preliminarna narava. Za potrditev naših ugotovitev bo treba izvesti nadaljnje raziskave z večjimi vzorci. Poleg tega smo uporabili le enourno izpostavljenost sedenju. V študijah Kett idr. (2020, 2021) so po 4,5-urnem neprekinjenem sedenju ugotovili večje povečanje togosti, kot so prikazali naši rezultati. V prihodnjih študijah bi morali razmisliti o uporabi daljših obdobij sedenja, da bi lahko preučili učinek celodnevnega izvajanja aktivnih odmorov na mišično togost. Nadalje je treba izpostaviti, da je bil v naši raziskavi ocenjen le majhen predel vsake mišice. Raziskovanje sprememb, značilnih za posamezne regije, bi lahko bila dodatna zanimiva ideja za prihodnje raziskave. Ena od omejitev naše raziskave je tudi neenakomerno število moških in žensk, kar je onemogočalo primerjavo med spoloma. Prejšnje raziskave so sicer večinoma poročale, da razlik med spoloma v strižnem modulu ni. Nagai idr. (2020) denimo v svoji študiji, v kateri so merili togost vratnih mišic s SWE, niso poročali o statistično pomembnih razlikah med moškimi in ženskami. Podobne rezultate sta dobila tudi Chino in Takahaski (2016), ki sta ugotovila, da pri merjenju togosti m. gastrocnemius s SWE ni prišlo do razlik med spoloma. Obenem je cilj študije preučevanje razlike znotraj preiskovancev in ne primerjava skupin. Zasnovo prihodnjih študij je mogoče izboljšati z izvajanjem študij v resničnih delovnih razmerah z dolgotrajnimi obdobji spremljanja, vključitvijo različnih populacij (moški in ženske, mlajši in starejši delavci itd.) ter meritvijo večjega števila mišic.

LITERATURA

1. Agarwal, S., Steinmaus, C. in Harris - Adamson, C. (2018). Sit-Stand Workstations and Impact on Low Back Discomfort: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Ergonomics*, 61, 538–552. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/00140139.2017.1402960>.
2. Bastijns, S., De Cock, A. M., Vandewoude, M. idr. (2020). Usability and Pitfalls of Shear-Wave Elastography for Evaluation of Muscle Quality and its Potential in Ssessing Sarcopenia: A review. *Ultrasound in Medicine & Biology*, 46(11), 2891–2907. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.ultrasmedbio.2020.06.023>.
3. Besharati, A., Daneshmandi, H., Zareh, K. idr. (2020). Workrelated Musculoskeletal Problems and Associated Factors among Office Workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 26(3), 632–638.
4. Blank, J., Blomquist, M., Arant, L. idr. (2022). Characterizing Musculoskeletal Tissue Mechanics Based on Shear Wave Propagation: A Systematic Review of Current Methods and Reported Measurements. *Annals of Biomedical Engineering*, 10. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s10439-022-02935-y>.
5. Chino, K. in Takahashi, H. (2016). Measurement of Gastrocnemius Muscle Elasticity by Shear Wave Elastography: Association with Passive Ankle Joint Stiffness and Sex Differences. *European Journal of Applied Physiology*, 116(4), 823–830. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s00421-016-3339-5>.
6. Creze, M., Nordez, A., Soubeyrand, M. idr. (2018). Shear Wave Sonoelastography of Skeletal Muscle: Basic Principles, Biomechanical Concepts, Clinical Applications, and Future Perspectives. *Skeletal Radiology*, 47(4), 457–471. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s00256-017-2843-y>.
7. Ding, Y., Cao, Y., Duffy, V. G. idr. (2020). It is Time to Have Rest: How do Break Types Affect muscular activity and perceived discomfort during prolonged sitting work. *Safety and health at work*, 11(2), 207–214. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.03.008>.
8. Do, Y., Lall, P. S. in Lee, H. (2021). Assessing the Effects of Aging on Muscle Stiffness Using Shear Wave Elastography and Myotonometer. *Healthcare*, 9. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3390/healthcare9121733>.

9. Govaerts, R., Tassignon, B., Ghillebert, J. idr. (2021). Prevalence and Incidence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Secondary Industries of 21st Century Europe: a Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1–30.
10. Hall, J., Kay, T., McConnell, A. idr. (2019). Why Would you Want to Stand? an Account of the Lived Experience of Employees Taking Part in a Workplace Sit-Stand Desk Intervention. *BMC Public Health*, 19. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8038-9>.
11. He, X., Huang, W. Y., Leong, H. T. idr. (2021). Decreased Passive Muscle Stiffness of Vastus Medialis is Associated with Poorer Quadriceps Strength and Knee Function after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Clinical Biomechanics*, 82, 105289. [https://doi: 10.1016/j.clinbiomech.2021.105289](https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2021.105289)
12. Kett, A. R. in Sichtung, F. (2020). Sedentary Behaviour at Work Increases Muscle Stiffness of the Back: Why Roller Massage has Potential as an Active Break Intervention. *Applied Ergonomics*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102947>
13. Kett, A. R., Milani, T. L. in Sichtung, F. (2021). Sitting for Too Long, Moving Too Little: Regular Muscle Contractions Can Reduce Muscle Stiffness during Prolonged Periods of Chair-Sitting. *Frontiers in Sports and Active Living*, 3. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3389/fspor.2021.760533>.
14. Kett, A. R., Sichtung, F. in Milani, T. L. (2021). The Effect of Sitting Posture and Postural Activity on Low Back Muscle Stiffness. *Biomechanics*, 1(2), 214–224. MDPI AG. Pridobljeno s <http://dx.doi.org/10.3390/biomechanics1020018>.
15. Kisilewicz, A., Madeleine, P., Ignasiak, Z. idr. (2020). Eccentric Exercise Reduces Upper Trapezius Muscle Stiffness Assessed by Shear Wave Elastography and Myotonometry. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, 8. Pridobljeno s <http://doi: 10.3389/fbioe.2020.00928>.
16. Koppenhaver, S., Kniss, J., Lilley, D. idr. (2018). Reliability of Ultrasound Shear-Wave Elastography in Assessing Low Back Musculature Elasticity in Asymptomatic Individuals. *Journal of Electromyography and Kinesiology: Official Journal of the International Society of Electrophysiological Kinesiology*, 39, 49–57. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2018.01.010>.
17. Kozinc, Ž. in Šarabon, N. (2020). Shear-Wave Elastography for Assessment of Trapezius Muscle Stiffness: Reliability and Association with Low-Level Muscle Activity. *PLoS one*, 15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234359>
18. Liu, X., Yu, H. K., Sheng, S. Y. idr. (2021). Quantitative Evaluation of Passive Muscle Stiffness by Shear Wave Elastography in Healthy Individuals of Different Ages. *European radiology*, 31(5), 3187–3194. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07367-7>.
19. Nagai, T., Schilaty, N. D., Krause, D. A. idr. (2020). Sex Differences in Ultrasound-Based Muscle Size and Mechanical Properties of the Cervical flexor and Extensor Muscles. *Journal of Athletic Training*, 55(3), 282–288. Pridobljeno s <https://doi.org/10.4085/1062-6050-482-18>.
20. Ojo, S. O., Bailey, D. P., Chater, A. M. idr. (2018). The Impact of Active Workstations on Workplace Productivity and Performance: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15. Pridobljeno s <https://doi.org/10.3390/ijerph15030417>.
21. Owen, N. (2012). Sedentary Behavior: Understanding and Influencing Adults' Prolonged Sitting Time. *Preventive medicine*, 55(6), 535–539. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.024>.
22. Podrekar, N., Kozinc, Ž. in Šarabon, N. (2021). Effects of Cycle and Treadmill Desks on Energy Expenditure and Cardiometabolic Parameters in Sedentary Workers: Review and Metaanalysis. *International Journal of Occupational Safety Ergonomics*, 27, 728–736. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1562688>.
23. Radwan, A., Barnes, L., DeResh, R. idr. (2022). Effects of Active Microbreaks on the Physical and Mental Well-Being of Office Workers: A Systematic Review. *Cogent Engineering*, 9. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1080/23311916.2022.2026206>.
24. Saiklang, P., Puntumetakul, R., Selfe, J. idr. (2020). An Evaluation of an Innovative Exercise to Relieve Chronic Low Back Pain in Sedentary Workers. *Human Factors*. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1177/0018720820966082>.

25. Shariat, A., Lam, E. T., Kargarfard, M. idr. (2017). The Application of a Feasible Exercise Training Program in the Office Setting. *Work (Reading, mass.)*, 56(3), 421–428. <https://doi.org/10.3233/WOR-172508>
26. Shrestha, N., Kukkonen - Harjula, K. T., Verbeek, J. H. idr. (2016). Workplace Interventions for Reducing Sitting at Work. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010912.pub3>
27. Spyropoulos, P., Papathanasiou, G., Georgoudis, G. idr. (2007). Prevalence of Low Back Pain in Greek Public Office Workers. *Pain Physician*, 10(5), 651.
28. Strøm, V., Røe, C. in Knardahl, S. (2009). Work-Induced Pain, Trapezius Blood Flux, and Muscle Activity in Workers with Chronic Shoulder and Neck Pain. *Pain*, 144(1), 147–155. <https://doi:10.1016/j.pain.2009.04.002>
29. Šarabon, N., Kozinc, Ž. in Podrekar, N. (2019). Using Shear-Wave Elastography in Skeletal Muscle: A Repeatability and Reproducibility Study on Biceps Femoris Muscle. *PLoS one*, 14. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222008>.
30. Taljanovic, M. S., Gimber, L. H., Becker, G. W. idr. (2017). Shear-Wave Elastography: Basic Physics and Musculoskeletal Applications. *Radiographics*, 37, 855–870. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1148/rg.2017160116>.
31. Taş, S., Korkusuz, F. in Erden, Z. (2018). Neck Muscle Stiffness in Participants With and Without Chronic Neck Pain: A Shear-Wave Elastography Study. *Journal of Manipulative Physiology Therapy*, 41, 580–588. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2018.01.007>.
32. Triglav, J., Howe, E., Cheema, J. idr. (2019). Physiological and Cognitive Measures during Prolonged Sitting: Comparisons between a Standard and Multi-Axial Office Chair. *Applied Ergonomics*, 78, 176–183. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.03.002>.
33. Tudor - Locke, C., Schuna, J. M., Frensham, L. J. idr. (2014). Changing the Way we Work: Elevating Energy Expenditure With Workstation Alternatives. *International Journal of Obesity*, 38, 755–765. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1038/ijo.2013.223>.
34. Walker, B. F. (2000). The Prevalence of Low Back Pain: a Systematic Review of the Literature from 1966 to 1998. *Jurnal of Spinal Disorders*, 13(3), 205–217.
35. Waongenngarm, P., Areerak, K. in Janwantanakul, P. (2018). The Effects of Breaks on Low Back Pain, Discomfort, and Work Productivity in Office Workers: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *Applied Ergonomics*, 68, 230–239. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.12.003>.
36. Waongenngarm, P., Rajaratnam, B. S. in Janwantanakul, P. (2015). Perceived Body Discomfort and Trunk Muscle Activity in Three Prolonged Sitting Postures. *The Journal of Physical Therapy Science*, 27, 2183–2187. Pridobljeno s <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2183>.
37. Wenham, M. (2001). Stiffness and Flexibility. Pridobljeno s <https://epdf.tips/200-scienceinvestigations-for-young-students-practical-activities-for-science-5.html>.
38. Yamazaki, K., Inoue, K. in Miyamoto, N. (2022). Passive and Active Muscle Elasticity of Medial Gastrocnemius is Related to Performance in Sprinters. *European Journal of Applied Physiology*, 122(2), 447–457.

Učinki vadbe in drugih neoperativnih ukrepov za zmanjšanje diastaze rektusov po porodu

UDK 791.01+615.84-055.26

KLJUČNE BESEDE: kinesiotaping, električna stimulacija, vadba trebušnih mišic

POVZETEK – Diastaza preme trebušne mišice (*Diastasis recti abdominis*; DRA) je opredeljena kot čezmerni razmik med trebušnimi mišicami (*m. recti abdominis*) in je pogosta pri nosečnicah in ženskah po porodu. Ta razmik je del naravnih sprememb, ki se dogajajo med vsako nosečnostjo, vendar pa lahko v nekaterih primerih spremembe trebušne muskulature postanejo čezmerne in ostanejo tudi po porodu. Tekom nosečnosti prihaja do hormonskih sprememb, ki vodijo v spremembe elastičnosti vezivnega tkiva, mehanskih obremenitev trebušne stene s strani rastočega ploda in premikanja trebušnih organov. Pri večini nosečnic se zaradi raztezanja in tanjšanja lineae albe poveča inter-rektusna razdalja (IRD), vendar je to načeloma prehodnega značaja in se po porodu zmanjša ter sčasoma vrne na normalno vrednost. Iz dosedanjih raziskav ni povsem jasno, katere vrste konservativnih intervencij so najučinkovitejše za preprečevanje in/ali zmanjšanje DRA. Namen tega prispevka je bil pregledati že objavljene študije, ki so preučevale vpliv konservativnega zdravljenja poporodne DRA. Analiza izbranih 14 člankov in objavljena literatura kaže, da so intervencije, ki vključujejo vadbo trebušnih mišic na splošno učinkovite pri zdravljenju DRA v različnih poporodnih obdobjih. Preliminarni podatki nakazujejo tudi morebiten učinek električne stimulacije, ki jo je mogoče uporabiti v kombinaciji z vadbo. Dodatno se lahko uporablja tudi elastične trakove. Vadba trebušnih mišic je temelj učinkovitih protokolov za zmanjšanje IRD, vendar optimalna kombinacija vaj trenutno še ni znana.

UDC 791.01+615.84-055.26

KEYWORDS kinesiotaping, electrical stimulation, abdominal exercise

ABSTRACT – *Diastasis recti abdominis (DRA)* is defined as an excessive separation between the bellies of the *recti abdominis* muscles and is common in pregnant and post-partum women. It is a part of natural changes that happen in each pregnancy, however, in some cases the changes in the abdominal musculature can become excessive and persist after childbirth. The changes occur due to hormonal fluctuations that cause elastic changes of the connective tissue, mechanical stresses placed on the abdominal wall by the growing fetus and displacement of the abdominal organs. Most pregnant women experience an increase in the inter-recti distance (IRD) due to stretching and thinning of the linea alba, and in most cases, the IRD decreases after birth and returns to normal in time. It is unclear what types of non-surgical interventions are the most effective to prevent and/or reduce it. The aim of this paper was to review the studies investigating conservative treatment approaches for treating post-partum DRA. We reviewed 14 articles. The literature suggest that abdominal exercise programs are generally effective in treating DRA in different post-partum timeframes. Preliminary but promising evidence exists of the effectiveness of electrical stimulation, used in combination with exercise. In addition, abdominal kinesiotaping may be also used in conjunction with other interventions. Abdominal exercises are at the forefront of effective IRD reduction protocols, however, optimal exercise combination is still currently unknown.

1 Uvod

Med nosečnostjo se dve mišici trebušne mišice *rectus abdominis*, ki sta povezani z *linea alba*, podaljšata in zaokrožita, saj se trebušna stena razširi z namenom zagotavljanja prostora za rastoči plod (Gilleard in Brown, 1996; Axer idr., 2001). Diastaza mišice *rectus abdominis* (DRA) se pojavi zaradi hormonskih sprememb, ki povzročajo elastične spremembe vezivnega

tkiva in mehanskih obremenitev trebušne stene zaradi rastočega plodu in premika trebušnih organov (Gilleard in Brown, 1996; Axer idr., 2001). Pri večini nosečnic se zaradi raztezanja in tanjšanja linee albe poveča razdalja med notranjimi trebušnimi mišicami (Beer idr., 2009; Barbosa idr., 2013). To je naraven proces, ki se zgodi v vsaki nosečnosti, včasih pa so te spremembe v trebušni mišici čezmerne in ostanejo tudi po porodu (Rett idr., 2009). DRA je opredeljena kot prekomeren razmik med trebušno mišico recti abdominis. Pojavi se lahko, kjer koli vzdolž linee albe, določi pa se kot inter-recti razdalja (IRD) (Fernandes da Mota idr., 2015; Sperstad idr., 2016).

Študije kažejo, da se inter-recti razdalja med poveča pri približno 14 tednih gestacije in se še nadalje povečuje do poroda. DRA se običajno pojavi v začetku zadnjega trimesečja nosečnosti, največja incidenca pa je takoj po porodu in v prvih tednih po porodu. Razširjenost DRA je med 32 in 95 % v pozni nosečnosti in 30–68 % v poporodnem obdobju (Rett idr., 2009). Po porodu se spremembe v trebušni mišični strukturi običajno normalizirajo. Največje izboljšanje diastaze rektusa abdominis se običajno spontano zgodi med 1 dnevom in 8 tednom po porodu. Po tem obdobju pride do platoja v zmanjševanju IRD in če se ne uporabijo intervencije, lahko povečana razdalja med rektusi ostane vse življenje (Liaw idr., 2011).

Trebušna stena ima pomembno vlogo pri nadzoru drže, stabilnosti trupa in medenice, dihanju, gibanju trupa in podpori trebušnih notranjih organov (Gilleard in Brown, 1996). Dolgotrajno povečanje inter-recti razdalje lahko potencialno spremeni te funkcije in vodi do različnih simptomov. To se lahko kaže kot spremenjena mehanika trupa, poslabšana stabilnost medenice in spremenjena drža, zaradi česar sta lahko ledveni del hrbtenice in medenice bolj ranljiva za poškodbe. Obstajajo nekateri dejavniki tveganja, za katere je znano, da povečajo možnosti za diastazo rektusa abdominis, vključno s številom porodov, starostjo mater, ITM pred nosečnostjo in 6 mesecev po porodu, povečanjem telesne mase med nosečnostjo, Beightonovo oceno hiper mobilnosti, težo otroka ob rojstvu, obsegom trebuha v 35. tednu gestacijskega obdobja, raven telesne aktivnosti pred, med in po nosečnosti ter vrsto poroda (Cavalli idr., 2021).

Literatura ni enotna glede posledic povečane inter-recti razdalje med nosečnostjo ali po njej. Večinoma povečana IRD po nosečnosti izhaja in nima pomembnih posledic v smislu razvoja simptomov. Če pa se IRD čezmerno poveča ali ostane povečana dlje časa po porodu, lahko to povzroči različne težave. Nekatere raziskave kažejo na možno zmanjšanje abdominalne celovitosti in funkcionalne moči, kar vodi v medenično nestabilnost in bolečine v hrbtu kot posledico povečane IRD (Yuan idr., 2022; Gluppe idr., 2021). To področje je še slabo raziskano, tako iz vidika funkcionalnih posledic povečane interrectusne razdalje kot tudi glede rezultatov nekirurških intervencij, kot je recimo vadba. Najpogosteje je diastaza mišice rektus abdominis povezana z lumbopelvično nestabilnostjo in šibkostjo medeničnega dna. Ženske s povečano IRD razdaljo se običajno napotijo k fizioterapevtu za konzervativno zdravljenje (Keeler idr., 2012), vendar je malo znanega o učinkovitosti takšnih strategij.

Kljub visoki razširjenosti DRA in pomembnim kliničnim težavam, do katerih lahko ta privede, je malo znanega o njenem preprečevanju ali obvladovanju. Zdi se, da redna vadba pred nosečnostjo in v predporodnem obdobju zmanjša tveganje za razvoj DRA oziroma velikost DRA (Benjamin idr., 2014; Chiarello idr., 2005). Po porodnicam z DRA so pogosto predpisane vaje trebušnih mišic (Sheppard, 1996; Thornton in Thornton, 1993; Pascoal idr., 2014). Drugi uporabljeni nekirurški posegi vključujejo izobraževanje o drži, vaje za stabilnost hrbta, zunanjo podporo (taping ali pasovi) in aerobne vaje. Vendar pa ni jasno, katere vrste nekirurških posegov, vključno z vadbo, so najučinkovitejše za preprečevanje in/ali zmanjšanje DRA. Zato je bil cilj tega pregleda ugotoviti, ali lahko fizioterapevtski in nekirurški posegi zmanjšajo IRD pri populaciji žensko po porodu.

2 Metode

Merila za vključitev

Kriteriji za vključitev v študijo so bili strukturirani v skladu z orodjem PICOS.

Populacija (P): Ženske po porodu.

Intervencija (I): Vadba ali drugi ne farmakološki posegi, namenjeni zdravljenju DRA.

Primerjave (C): kontrolna skupina, ki ni prejele nobene intervencije ali placeba.

Rezultati (O): Inter-rektus razdalja.

Zasnova študije (S): randomizirane kontrolirane študije in nerandomizirane klinične študije.

2.1 Strategija iskanja

Januarja 2022 je bilo preiskanih več podatkovnih baz znanstvene literature (PubMed, Web of Science in Scopus), ne glede na datum objave. Uporabili smo naslednjo kombinacijo ključnih besed za iskanje: (diastasis recti OR stresna urinska inkontinenca ALI abdominalna ločitev ALI urinska inkontinenca) IN (vadba ALI terapija ALI intervencija) IN (nosečnost ALI noseča ALI po porodu) IN (meseci ALI tedni ALI spremljanje). Poleg tega so bili natančno preučeni sezname literature več preglednih člankov, ki opisujejo intervencije za starejše odrasle. Na koncu smo skrbno pregledali sezname literature vseh člankov, ki so bili že pridobljeni z iskanjem po bazi podatkov in so bili objavljeni v zadnjih 4 letih. Potencialno relevantni članki so bili pregledani v celoti, čemur je sledil dodatni pregled glede njihove primernosti s strani dodatnih recenzentov.

2.2 Ekstrakcija podatkov

Pridobljeni podatki so vključevali: (a) izhodiščna in po intervencijska merjenja ter standardne deviacije za inter-rektus razdaljo; (b) izhodiščna demografija udeležencev (spol, starost, telesna višina, telesna masa, indeks telesne mase); (c) značilnosti intervencije, kot so trajanje intervencije, število vadb na teden, obseg (število vaj, nizov in ponovitev), odmori med vajami in nizi, nadzor in napredovanje težavnosti vadbe). V primeru manjkajočih podatkov smo po e-pošti kontaktirali ustreznega avtorja. Če po 21 dneh nismo prejeli odgovora, smo avtorja ponovno kontaktirali. Če avtor ni odgovoril na drugo poizvedbo, smo smatrali, da teh podatkov ni mogoče pridobiti.

3 Rezultati

3.1 Vadbene intervencije

V končno analizo je bilo zajetih 14 študij. IRD med mirovanjem sta merili dve študiji, ki sta vsebovali vadbene intervencije (Awad idr., 2021; Laframboise idr., 2021). Ne glede na lokacijo meritev sta študiji pokazali pomembno zmanjšanje IRD, posebej prva študija, ki je temeljila na vaji sprednji most (Awad idr., 2021). IRD med kontrakcijo so spremljale 3 študije (Awad idr., 2021; Laframboise idr., 2021; Thabet in Alshehri, 2019). Dve od treh študij sta poročali o velikih zmanjšanjih IRD, medtem ko je ena kazala nasprotno učinke.

Ostale študije niso navedle podrobnosti meritev IRD. Bobowik & Dąbek (2018) sta poročala o bistveno večji redukciji IRD v skupini, ki je vadila. Vendar so bili rezultati druge študije ravno nasprotni (Keshwani idr., 2021). Zelo velik učinek so poročali še v študiji Saleema idr. (2021), ki so uporabili vajo upogibanja v trupu. Ena dodatna študija ni spremljala IRD, vendar so beležili prevalenco DRA. Preiskovanke so program vadbe izvajale tudi doma. Prevalenca DRA

je med študijo upadla iz 55 % na 30–40 %, ne glede na izvajanje vadbe. Nazadnje je o visoki redukciji IRD poročala tudi ena študija brez kontrolne skupine (Vaishnavi, 2019). Podobno so poročali Ramírez - Jiménez idr. (2021) pri izvajanju hipopresivne vadbe, vendar tudi oni niso vključili kontrolne skupine. Nedavna študija (Kim idr., 2022) je preučevala še vadbo, izvedeno preko e-platforme. Ugotovili so, da so bila znižanja IRD enaka kot v skupini, ki je izvajala vodeno vadbo.

3.2 Druge intervencije

Ptaszkowska idr. (2021) so poročali o pozitivnem učinku kineziološkega traku, vendar statistično značilno le za IRD nad popkom. Dve študiji sta vključili električno stimulacijo. Kamel in Yousif (2017) sta le-to kombinirala z vadbo za mišice trupa, parametri stimulacije pa so bile: 80 pulzov/min; širina pulza 0,1-0,5 ms, skupno trajanje 30 min; 5 s stimulacije/10s odmora. Dodajanje stimulacije je pospešilo zmanjševanje IRD v primerjavi s samo vadbo. Wei idr. (2021) so uporabili električno stimulacijo, ki ji je sledila vadba. Intervencija je bila učinkovitejša v primerjavi s pasivnim pogojem (brez intervencije). Dve študiji sta preučevali vpliv pasov/povez za trup in učinkovitost le-the v primerjavi z vadbo (El-Mekawy idr., 2013; Keshwani idr., 2021). V prvi študiji so rezultati kazali močno v prid vadbi, v drugih pa ni bilo razlik med intervencijama.

4 Razprava

Namen tega preglednega članka je bil ugotoviti nabor obstoječih intervencij za DRA pri ženskah po porodu in primerjati njihovo učinkovitost pri zmanjševanju IRD. Literatura kaže, da je DRA zelo razširjena pri nosečnicah in ženskah po porodu, vendar ni jasnih in učinkovitih pristopov, ki bi jih lahko priporočili ženskam, ki trpijo za DRA. Zato smo se odločili narediti pregled že preučenih intervencij. Našli smo le malo število intervencijskih študij, ki pa so uporabljale različne pristope in različne metode merjenja, zato je bila primerjava rezultatov težavna. Podatki iz študij, vključenih v ta dokument, kažejo na ključno vlogo abdominalnih vaj za zmanjšanje IRD in spremljajočih simptomov.

Našli smo dve študiji, kjer je bil DRA merjen v mirovanju, tri študije, kjer je bil merjen med kontrakcijo in še dve študiji, kjer ni bilo definirano ali je bila meritev izvedena v mirovanju ali med kontrakcijo. Vključili smo tudi eno študijo brez kontrolne skupine (Ramírez - Jiménez idr., 2021) in eno študijo, ki je poročala samo o prevalenci (Gluppe idr., 2018). Ena študija je preučevala tudi učinkovitost kineziotapinga, druga pa učinek nevromuskularne električne stimulacije v kombinaciji z abdominalno vadbo. Dve študiji sta vključevali primerjavo trebušnega pasa z intervencijo na podlagi vadbe. Ker imajo te študije zelo raznolike zasnove, intervencije, je bila statistična analiza znotraj skupin študij (IRD v mirovanju/IRD med kontrakcijo/nedefinirano merjenje IRD/drugi posegi) omejena.

V skupini študij, ki so proučevale IRD v mirovanju, niso opazili izrazitih učinkov na IRD niti nad niti pod popkom, vendar je bilo v študiji, ki je uporabljala progresivno plank vajo doseženo veliko zmanjšanje IRD (Awad idr., 2021). Skupina intervencij, kjer so merili IRD med prostovoljno kontrakcijo, je pokazala veliko zmanjšanje IRD nad popkom, ne pa tudi pod popkom. Študije, ki so uporabljale druge intervencijske metode, kot so kineziotaping, nevromuskularna električna stimulacija in/ali trebušna vadba ter nošenje trebušnega pasu z/brez vadbo, so pokazale različne učinke. Kineziotaping je pokazal izboljšanje nad popkom, ne pa tudi pod, živčno-mišična električna stimulacija je bila učinkovita v kombinaciji z vadbo v trebuhu, nošenje trebušnega pasu pa je pokazalo nekonsistentne učinke v kombinaciji z vadbo.

Ne glede na to, ali je bila IRD merjena v mirovanju ali med kontrakcijo, so študije pokazale zmanjšanje IRD v intervencijskih skupinah. Terapevtske vaje so zasnovane tako, da aktivirajo tako hitra kot počasna vlakna skeletnih mišic in močno vplivajo na presnovne potrebe za generacijo določene mišične sile, kar vodi do povečanja mišične moči in vzdržljivosti (Snijders idr., 2012). Nekateri avtorji so to pripisali prevzgoji miškulature, kar se je izkazalo, da pomembno vpliva na zmanjševanje IRD. Nedavne študije so tudi pokazale, da imajo posamezniki s povečanim IRD nižjo togost/trdnost v mišicah rektus abdominis in transversus abdominis, kar dodatno kaže na pomen krepitve abdominalnih mišic (He idr., 2021). Študije so tudi pokazale, da povečana povezava med umom in mišico (tj. smiselna aktivacija mišic) prispeva k opaženemu izboljšanju IRD (Laframboise idr., 2021). Študije so jasno pokazale na pomen aktivacije prečne trebušne mišice, saj povezuje mišico rectus abdominus, izboljša celovitost linea albe in poveča napetost fascije, kar vodi v zmanjšanje DRA. Zanimivo je, da je več študij pokazalo, da spremembe v IRD niso bile enake vzdolž linea alba. Dejstvo, da nekateri pristopi vodijo v izboljšave oz. zmanjšanje IRD le na določeni regiji vzdolž linea alba, kažejo na dober potencial za rehabilitacijo DRA, vendar hkrati tudi jasno kažejo potrebo po več raziskavah in boljšemu razumevanju vpliva različnih vadbenih intervencij.

Iz študij je razvidno, da bi lahko skrbno zasnovane rehabilitacijske vaje pozitivno vplivale na DRA in s tem povezane simptome v poporodnem obdobju, vendar je to področje še slabo raziskano. Študije, ki smo jih obravnavali v tem pregledu literature, so imele tudi številne pomanjkljivosti, zaradi česar je težko narediti zaključke. To je deloma posledica različnih metod, ki se uporabljajo za merjenje IRD. Študije, ki smo jih preučili, so za merjenje IRD tudi uporabile različne točke vzdolž črte albe. Pri razlagi rezultatov, pridobljenih na različnih mestih, je treba biti previden, saj se lahko velikosti IRD precej razlikujejo vzdolž linea alba. Nedavni sistematični pregled je pokazal, da je bila povprečna IRD pri ženskah, ki še niso rodile, 8,77 mm, razdalja v epigastričnem predelu 7,22 mm in v infraumbilikalnem predelu 4,09 mm (Wang in Wang, 2022). Metode za oceno IRD so bile različne in tudi kontrakcija/mirovanje mišic v času merjenja. Nekatere od teh spremenljivk smo lahko upoštevali pri primerjavi učinkov, ne pa vseh. Nekatere raziskave tudi kažejo, da bi bilo dodatno merjenje integritete linea alba, poleg IRD, bolj merodajno za določitev resnosti DRA v nosečnosti in po porodu (Dufour idr., 2019). V zadnjih letih dobivajo na pomenu meritve na podlagi ultrazvočnega pregleda, saj so se izkazale za zanesljivo orodje za merjenje IRD (Qu idr., 2021). Velikosti vzorcev v študijah so bile zelo različne, praviloma so bili vzorci z majhnih številom, kar je bila tudi pomembna šibkost študij obravnavanih v tem pregledu literature.

Glede na razširjenost DRA je potrebnih več raziskav o možnih učinkovitih posegih. Iz obstoječih publikacij je razvidno, da so abdominalne vaje ključen del učinkovitih protokolov za zmanjšanje IRD. Pri prihodnjih študijah je potrebno poenotiti merilni aparat za določanje IRD in poskrbeti za večje velikosti vzorca. Zaradi posledic, ki jih lahko ima DRA na kakovost življenja žensk po porodu, bi bilo potrebo sistemsko vključiti strategije za določanje in diagnosticiranje DRA ter določitev integritete linea alba v poporodno zdravstveno oskrbo. To bi omogočilo pravočasno ugotovitev, ali se je DRA pojavila v nosečnosti in/ali po porodu, hkrati pa bi se ženske, ki trpijo za DRA lahko napotilo na ustrezno obravnavo.

LITERATURA

1. Awad, E., Mobark, A., Zidan, A. idr. (2022). Effect of Progressive Prone Plank Exercise Program on Diastasis of Rectus Abdominis Muscle in Postpartum Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Human Sport and Exercise*, 16(2), S395–S403.
2. Axer, H., Keyserlingk, D. G. in Prescher, A. (2001). Collagen Fibers in Linea Alba and Rectus Sheaths. I. General Scheme and Morphological Aspects. *J Surg Res.*, 96(1), 127–134.

3. Barbosa, S., de Sá, R. A. in Coca Velarde, L. G. (2013). Diastasis of Rectus Abdominis in the Immediate Puerperium: Correlation between Imaging Diagnosis and Clinical Examination. *Arch Gynecol Obstet*, 288(2), 299–303.
4. Beer, G. M., Schuster, A., Seifert, B. idr. (2009). The Normal Width of the Linea Alba in Nulliparous Women. *Clin Anat.*, 22(6), 706–711.
5. Benjamin, D. R., van de Water, A. T. in Peiris, C. L. (2014). Effects of Exercise on Diastasis of the Rectus Abdominis Muscle in the Antenatal and Postnatal Periods: A Systematic Review. *Physiotherapy*, 100(1), 1–8.
6. Bobowik, P. in Dabek, A. (2018). Physiotherapy in Women With Diastasis of the Rectus Abdominis Muscles. *Advances in Rehabilitation*, 11–18.
7. Chiarello, C. M., Falzone, L. A., McCaslin, K. E. idr. (2005). The Effects of an Exercise Program on Diastasis Recti Abdominis in Pregnant Women. *J Womens Health Phys Therap.*, 29(1), 11–16.
8. Dufour, S., Hurd, A., Lis, E. idr. (2019). Pregnancy-Related Diastasis Rectus Abdominis: Impact of a Multi-Component Groupbased Intervention. *Obstet Gynecol Int J*, 10(2), 87–93.
9. Fernandes da Mota, P. G., Pascoal, A. G., Carita, A. I. idr. (2015). Prevalence and Risk Factors of Diastasis Recti Abdominis from Late Pregnancy to 6 Months Postpartum, and Relationship With Lumbo-Pelvic Pain. *Man Ther.*, 20(1), 200–205.
10. Gilleard, W. L. in Brown, J. M. (1996). Structure and Function of the Abdominal Muscles in Primigravid Subjects during Pregnancy and the Immediate Postbirth Period. *Phys Ther.*, 76(7), 750–762.
11. Gluppe, S. L., Hilde, G., Tennfjord, M. K. idr. (2018). Effect of a Postpartum Training Program on the Prevalence of Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther*, 98(4), 260–268.
12. Gluppe, S., Ellström Engh, M. and Kari, B. (2021) Women with Diastasis Recti Abdominis Might have Weaker Abdominal Muscles and More Abdominal Pain, but No Higher Prevalence Of Pelvic Floor Disorders, Low Back and Pelvic Girdle Pain than Women Without Diastasis Recti Abdominis. *Physiotherapy.*, 111, 57–65.
13. He, K., Zhou, X., Zhu, Y. idr. (2021). Muscle Elasticity is Different in Individuals With Diastasis Recti Abdominis than Healthy Volunteers. *Insights Imaging.*, 12(1), 87.
14. Keeler, J., Albrecht, M., Eberhardt, L. idr. (2012). Diastasis Recti Abdominis: a Survey of Women's Health Specialists for Current Physical Therapy Clinical Practice for Postpartum Women. *J Womens Health Phys Therap.*, 36(3), 131–142.
15. Keshwani, N., Mathur, S. in McLean, L. (2021). The Impact of Exercise Therapy and Abdominal Binding in the Management of Diastasis Recti Abdominis in the Early Post-Partum Period: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Physiother Theory Pract.*, 37(9), 1018–1033.
16. Laframboise, F. C., Schlaff, R. A. in Baruth, M. (2021). Postpartum Exercise Intervention Targeting Diastasis Recti Abdominis. *Int J Exerc Sci.*, 14(3), 400–409.
17. Liaw, L. J., Hsu, M. J., Liao, C. F. idr. (2011). The Relationships between Inter-Recti Distance Measured by Ultrasound Imaging and Abdominal Muscle Function in Postpartum Women: a 6-Month Follow-up Study. *J Orthop Sports Phys Ther.*, 41(6), 435–443.
18. Mota, P., Augusto, P. in Bø, K. (2015). Diastasis Recti Abdominis in Pregnancy and Postpartum Period. Risk Factors, Functional Implications and Resolution. *Current Women's Health Reviews.*, 11, 59–67.
19. Pascoal, A. G., Dionisio, S., Cordeiro, F. idr. (2014). Inter-Rectus Distance in Postpartum Women Can Be Reduced by Isometric Contraction of the Abdominal Muscles: a Preliminary Case-Control Study. *Physiotherapy.*, 100(4), 344–348.
20. Ptaszkowska, L., Gorecka, J., Paprocka - Borowicz, M. idr. (2021). Immediate Effects of Kinesio Taping on Rectus Abdominis Diastasis in Postpartum Women-Preliminary Report. *J Clin Med*, 10(21), 5043.
21. Qu, E., Wu, J., Zhang, M. idr. (2021). The Ultrasound Diagnostic Criteria for Diastasis Recti and Its Correlation with Pelvic Floor Dysfunction in Early Postpartum Women. *Quant Imaging Med Surg.*, 11(2), 706–713.
22. Ramírez - Jiménez, M., Albuquerque - Sendín, F., Garrido - Castro, J. L. idr. (2021). Effects of Hypopressive Exercises on Post-Partum Abdominal Diastasis, Trunk Circumference, and

- Mechanical Properties of Abdominopelvic Tissues: a Case Series. *Physiother Theory Pract.*, 15, 1–12.
23. Rett, M. T., Braga, M. D., Bernardes, N. O. idr. (2009). Prevalence of Diastasis of the Rectus Abdominis Muscles Immediately Postpartum: Comparison between Primiparae and Multiparae. *Rev Bras Fisioter.*, 13(4), 275–80.
 24. Saleem, Z., Khan, A. A., Farooqui, S. I. idr. (2021). Effect of Exercise on Inter-Recti Distance and Associated Low Back Pain Among Post-Partum Females: A Randomized Controlled Trial. *J Family Reprod Health.*, 15(3), 202–209.
 25. Sheppard, S. (1996). Part I: Management of Postpartum Gross Divarication Recti. *J Assoc Chartered Physiother Women's Health*, 79, 22–24.
 26. Sperstad, J. B., Tennfjord, M. K., Hilde, G. idr. (2016). Diastasis Recti Abdominis during Pregnancy and 12 Months after Childbirth: Prevalence, Risk Factors and Report of Lumbopelvic Pain. *Br J Sports Med.*, 50(17), 1092–1096.
 27. Thabet, A. A. in Alshehri, M. A. (2019). Efficacy of Deep Core Stability Exercise Program in Postpartum Women With Diastasis Recti Abdominis: a Randomised Controlled Trial. *J Musculoskelet Neuronal Interact.*, 19(1), 62–68.
 28. Thornton, S. L. in Thornton, S. J. (1993). Management of Gross Divarication of the Recti Abdominis in Pregnancy and Labour. *Physiotherapy.*, 79(7), 457–458.
 29. Vaishnavi, G. (2019). Effectiveness of Exercise in Treating Rectus Abdominis Diastasis. *Biomedicine.*, 38(4).
 30. Wang, Y. in Wang, H. (2022). Systematic Review and Meta-analysis of the Inter-recti Distance on Ultrasound Measurement in Nulliparas. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 1–7.

Častni pokrovitelj konference

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



Sponzorji

ZAVAROVALNICA TRIGLAV, d.d.



TERME KRKA, d.o.o., Novo mesto



KRKA, d.d., Novo mesto



Mestna občina Novo mesto

