

JHS

Revija za zdravstvene vede
Journal of Health Sciences

Vol. 3 • No. 2 • 2016



REVIJA ZA ZDRAVSTVENE VEDE
Journal of Health Sciences

Izdajatelj *Publisher*

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto *Faculty of Health Sciences Novo mesto*

Glavni in odgovorni urednik *Editor-in-Chief*

Bojana Filej

Uredniški odbor *Editorial Board*

Barbara Davis, ZDA

Božena Gorzkowicz, Poljska

Goran Kozina, Hrvaška

Nevenka Kregar Velikonja, Slovenija

Oscar R. de Miranda, Nizozemska

Jasmina Starc, Slovenija

Tehnični urednik *Technical Editor*

Bojan Nose

Tajniška dela *Secretary*

Brigita Jugovič

Jezikovni pregled *Slovene-Language Editor*

Melanija Frankovič

Jezikovni pregled angleških besedil *English-Language Editor*

Katja Krobe

Naslov uredništva *Address of the Editorial Office*

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

Spletna stran revije *Website of the Journal*

<http://www.jhs.si>

Elektronski naslov *E-mail*

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

Naklada *Circulation*

200

Tisk *Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d.o.o.

ISSN 2350-3610

VSEBINA CONTENTS

<i>Dr. Karmen Erjavec</i>	3
Spremembe dela v zdravstveni negi v Sloveniji in značilnosti postmoderne Changes in Nursing Care Work in Slovenia and Characteristics of Late Modernity	
<i>Dr. Jana Goriup</i>	18
Starostniki, njihova avtonomija in družbeni status Older People: Autonomy and Social Status	
<i>Branko Gabrovec, PhD</i>	37
Types of Threats against Nursing Care Workers in Psychiatric Facilities Vrste groženj zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije	
<i>Nataša Juhart, mag. Boris Miha Kaučič, Nataša Leskovšek</i>	50
Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo vplivajo na kakovost življenja Impact of Eating Habits of Patients with Chronic Kidney Disease on the Quality of Life	
<i>Kristina Batič, Tamara Car, Natalija Job, Tomaž Stradar, mag. Cecilija Lebar</i>	67
Odziv na stres in prehranjevalne navade mladostnikov, primerjava med spoloma The Response to Stress and Eating Habits among Adolescents	
<i>Dr. Alenka Rožanec, dr. Sebastian Lahajnar</i>	81
Mobilne aplikacije: sodoben pripomoček na področju zdravja in dobrega počutja Mobile Applications: Modern Aid in Health and Welfare	

Spremembe dela v zdravstveni negi v Sloveniji in značilnosti postmoderne

Znanstveni članek

UDK 316.752:616-083

KLJUČNE BESEDE: postfordizem, zdravstvena nega, fleksibilizacija, refleksija, Slovenija

POVZETEK - V postmoderni se je delo temeljito spremenilo. Članek skuša odgovoriti na vprašanje, kakšne so spremembe dela v zdravstveni negi v zadnjem desetletju v luči konceptov postmoderne, kot so postfordizem, postindustrijskost in postmaterializem. Jeseni 2015 so bili izvedeni poglobljeni intervjuji z dvanajstimi izvajalci zdravstvene nege. Rezultati kažejo, da se postfordizem v zdravstveni negi kaže kot fleksibilizacija dela ter upoštevanje potreb pacientov in njihovih svojcev. Čeprav so intervjuvanci imeli zaposlitvene pogodbe za nedoločen čas, so poročali o prekarjem delu. Postindustrijskost se kaže v uporabi različnega specializiranega znanja in informacijske tehnologije za komunikacijo s pacienti in člani zdravstvenega tima ter za prenos znanja na druge posameznike v okviru promocije zdravja. Postmaterializem se kaže v osebni angažiranosti, prilagajanju situaciji, samoohranjanju in nenehni individualni refleksiji. Postmaterialistični trendi se kažejo tudi v zahtevah po hitrih in visokokakovostnih storitvah zdravstvene nege.

Scientific article

UDC 316.752:616-083

KEY WORDS: post-Fordism, nursing care, flexibilisation, reflexivity, Slovenia

ABSTRACT - In the late modernity, work has changed radically. The article tries to answer the question, what changes in nursing care work have occurred in recent decades in the light of the concept of late modernity, such as post-Fordism, post-industrialism, and post-materialism. In the autumn of 2015, in-depth interviews with 12 nursing care providers were carried out. The results indicate that post-Fordism is manifested in nursing care as the flexibilisation of work and considering the needs of patients and their relatives. Despite the fact that interviewees had a permanent employment contracts, they reported about their precarious work which is primarily based on low payment and heavy workload. Post-industrialism is reflected in the use of various specialised knowledge and communication technologies to communicate with patients and members of the healthcare team, and to transfer the knowledge to other individuals in the context of health promotion. Post-materialism is evident in personal engagement, adjustments to situations, in self-maintenance, and in constant individual reflexivity. Post-materialistic trends are also reflected in the demands for quick and quality nursing care services.

1 Uvod

Medicinske sestre vedno glasneje in pogosteje opozarjajo na spremembe dela v zdravstveni negi, ki iz njih ustvarjajo prekarno delovno silo (gl. Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave, 2016). Zato se postavlja vprašanje, kakšne so ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji.

Številni raziskovalci so preučevali, kako se je spremenila organizacija dela v pozni moderni (npr. Giddens, 2001; Amin, 1994; Kumar, 1995; Bell, 1973) in kljub razlikam v ugotovitvah soglašajo, da so osnovne značilnosti porast storitvenega dela, pojav ekonomije znanja ter večji pomen individualne avtonomije in refleksije (Giddens,

2001). Te spremembe se manifestirajo tudi na področju zdravstva, kjer je keynesianski sistem, temelječ na fordističnem kapitalizmu, zamenjal postfordistični oz. neoliberalni kapitalizem, ki v ospredje postavlja novo tehnologijo, osredotočenost na telo, komifikacijo in medikalizacijo vsakdanjega življenja (Baum, 2009; Filc, 2005).

Ludwick in sod. (2014, str. 3) opozarjajo, da se je tudi delo na področju zdravstvene nege korenito spremenilo, saj se v ospredje postavlja fleksibilno zagotavljanje zdravstvenih storitev in pacientova izbira. Večina medicinskih sester v razvitih državah poroča tudi o premajhnem plačilu za prekomerno delo (Ludwick, Zalon in Patton, 2014; Prosser in Olson, 2013; Rigolosi, 2013; Zavrl Džananović, 2010). Čeprav imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri zagotavljanju in ohranjanju zdravja posameznika in družbe kot celote, še ni bila izvedena empirična raziskava, ki bi preučevala spremembe njihovega dela, pri čemer sta Prosser in Olson (2013) s koncepti postmoderne analizirala spremembe skrbstvenega dela v Avstraliji in v svojo analizo delno vključila tudi delo patronažnih medicinskih sester. Zato bo skušala ta študija zapolniti raziskovalno vrzel in s pomočjo poglobljenih intervjujev z izvajalci zdravstvene nege ugotoviti, kakšne so ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji in kako jih lahko razložimo s konceptualnim aparatom postmoderne.

V prvem poglavju bodo na kratko predstavljene spremembe dela v pozni moderni. Sledi mu poglavje, ki predstavlja stanje na področju zdravstvene nege v Sloveniji. Po metodološkem poglavju bodo predstavljeni rezultati poglobljenih intervjujev, ki jim bo sledila razlaga v zadnjem poglavju.

2 Značilnosti dela v postmoderni družbi

Za sodobno postmoderno družbo velja v zahodnem svetu družba od druge polovice 20. stoletja dalje, v Sloveniji pa od tranzicije dalje. Prosser in Olson (2013), ki sta analizirala skrbstveno delo v Avstraliji, sta za opis sprememb dela v postmoderni uporabila koncepte postmaterializma, postfordizma in postindustrijskosti. Vsi ti koncepti imajo predpono »post«, ki nakazuje na spoznavno praznino, a omogočajo opredeljevanje nastajajočih družbenih form, ki svojih značilnosti še niso jasno oblikovale.

Ameriški sociolog Bell (1973) je koncept *postindustrijske* družbe vezal na pojav novih informacijskih in komunikacijskih tehnologij, ki so pospešile razvoj družbe in korenito spremenile naravo dela. Informacija je postala pomembnejša od blaga, dobila je ceno in prinaša družbeni priliv. Vloga storitvenih dejavnosti se je znatno povečala, še posebej na področju zdravstva, šolstva in javne uprave. Znanje je postala pomembna oblika kapitala.

Koncept *postfordizma* (Kumar, 1995; Amin, 1994) poudarja prelom s celovito paradigmo kapitalistične družbenoekonomske ureditve, ki je delovala na štirih ravneh: kot zasnova industrijskega produkcijskega procesa (izum tekočega traku, serijska proizvodnja), kot režim akumulacije kapitala (z rastjo produktivnosti povezana rast plač zaposlenih), kot način ekonomske regulacije (fordizem je temeljil na ločitvi lastništva

kapitala od njegovega upravljanja in na priznavanju sindikatov kot zastopnikov ekonomskih interesov delavcev) in kot societalna paradigma (tripartitna pogajanja med kapitalom, delom in državo so bila temelj zagotavljanja stabilnih razmer produkcije in potrošnje). Postfordistične organizacije, ki cenovno konkuriranje kombinirajo s fleksibilnostjo in kakovostjo, tendenčno nadomeščajo tradicionalno velike kapitalistične proizvodne sisteme. Zaposleni opravljajo različna dela in hkrati prevzemajo tudi več odgovornosti za svojo storilnost, saj je proces dela individualiziran. Prihaja do mešanja zasebnosti in javnosti ter profesionalnega in osebnega dela (Virno, 2003). Fleksibilnost postane slogan, ki na trgu delovne sile označuje konec zaposlitev, kot smo jih poznali, in oznanja zaposlitve za določen čas, brez pogodb ali z začasnimi pogodbami, zaposlitev brez vgrajene varnosti in z določilom »do nadaljnjega«. Delovno življenje tako postane nasičeno z negotovostjo (Bauman, 2005). Kar je iz perspektive kapitala fleksibilizacija trga delovne sile, fleksibilnost in prožnost delovne sile, so za delavce prekarni delovni odnosi, tj. začasni, negotovi in nestabilni delovni odnosi, denarno nadomestilo za opravljeno delo pa ne zadostuje za dostojno življenje (Močnik, 2004).

Po Inglehartu (1977) koncept *postmaterializma* postavlja v ospredje spremembe vrednot posameznika, premik od ekonomske varnosti na fizično varnost s poudarkom na samoizražanju in kakovosti življenja. Postmaterialistični posamezniki niso nematerialistični in ne protimaterialistični. Enako pozitivno vrednotijo ekonomsko in fizično varnost kot njihovi predhodniki, vendar v ospredje postavljajo samoizražanje in kakovost življenja. Posamezniki so v postmodernej družbi osredotočeni na individualno upravljanje s tveganjem in samouresničevanje, ki zahtevata nenehno razmišljanje o sebi in svojih dejanjih ter samonadzorovanje in samoobvladovanje, kar Giddens (1991) imenuje samorefleksivnost.

2.1 Storitvena ekonomija in zdravstvena nega

Čeprav so korenite spremembe v postmodernej povzročile spremembo dela vsem storitvenim delavcem, Prosser in Olson (2013), ki sta preučevala spremembe dela skrbstvenih delavcev v Avstraliji, poudarjata, da so imele socioekonomske spremembe tega obdobja še poseben vpliv na formalno delo skrbstvenih delavcev, med katere spadajo tudi izvajalci zdravstvene nege.

Danes so v razvitem svetu medicinske sestre manj stabilno zaposlene in plačane, a bolj obremenjene, bolj pod stresom in izgorele kot pred desetletji (Leskovic, 2014; Ludwick idr., 2014; Čuk in Klemen, 2010; Ilhan, Durukan in Türücüoğlu, 2008; Gillespie in Melby, 2003). Ker so potrebe po ohranjanju visoke kakovosti zdravstvene nege vedno večje, so se tudi zahteve po kakovostnem delu medicinskih sester povečale (Prosser in Olson, 2013). Posebno zahtevno je delo s skupinami, ki živijo na družbenem robu in na katere je ekonomsko prestrukturiranje v zadnjih dveh desetletjih najbolj vplivalo (Dollard, Winefield in Winefield, 2007), še dodatno pa gospodarska kriza, saj podatki kažejo, da število ljudi, ki jih ogrožata revščina ali socialna izključenost, v Sloveniji od leta 2009 dalje stalno narašča in je v letu 2013 znašalo že 410 000 (Poročilo o državi – Slovenija 2015, 2015).

Formalna zdravstvena nega spada med tista področja dela, ki jim zaradi delovne intenzivnosti ne uspeva povečati produktivnosti z vlaganjem v nove tehnologije, kot to uspeva drugim storitvenim sektorjem. Tako se je delo medicinskih sester v razvitem svetu kljub uvajanju novih tehnologij zaradi povečanega deleža starejših pacientov, drugačne patologije, krajše ležalne dobe ipd. dejansko še povečalo (Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015; Carayon in Gurse, 2008). Medicinskih sester ni mogoče enostavno nadomestiti z novo tehnologijo, npr. z roboti. Problem formalnega dela v zdravstveni negi se kaže tudi v težavnem kvantitativnem vrednotenju dela, ki ga zahtevajo sodobni standardi uspešnosti oz. kakovosti dela (Huws, 2015). Tako je težko »izmeriti«, kdaj je medicinska sestra (dovolj) produktivna.

V luči postindustrijskega premika k osredotočanju na potrošnikove zahteve in postmaterialističnega upoštevanja potrošnikovih pričakovanj o kakovosti življenja je na področju zdravstvene nege prišlo do premika od paternalističnega modela k modelu, ki temelji na »avtonomiji pacienta« (Prosser in Olson, 2013; Kerridge idr., 2009). Sodobni koncept zdravstvene nege, ki temelji na čim krajšem bolnišničnem zdravljenju in čim hitrejšem odpustu pacienta v zdravstveno nego na domu ali v socialnovarstveni zavod, povečuje obseg dela nege na domu in v socialnovarstvenih zavodih ter odgovornost medicinskih sester (Leskovic, 2014; Prosser in Olson, 2013; Zavrl Džananović, 2010).

3 Ključni problemi zdravstvene nege v Sloveniji

Demografske spremembe s povečevanjem deleža starostnikov in z njimi povezana spremenjena patologija prebivalstva, hiter razvoj medicine in spremembe v bolnišnični obravnavi bolnikov s hitrejšim odpuščanjem ter družbenoekonomske spremembe posredno vplivajo na obseg in vsebino dela patronažnih in drugih medicinskih sester, ki delajo s starejšo populacijo (Zavrl Džananović, 2010). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije navaja, da so medicinske sestre najbolj obremenjene med zdravstvenimi delavci in imajo najvišjo stopnjo stresa predvsem zaradi povečanega obsega dela, ki je posledica večletnega nezaposlovanja (Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). Podatki o kadrih iz leta 2015, ki jih zbira delovna skupina pri Razširjenem strokovnem kolegiju za zdravstveno nego, izkazujejo, da je bilo v bolnišnicah zaposlenih nekaj manj kot 6.000 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (preračunano iz ur), kar pokriva le 78 % potreb. Podatki torej kažejo, da samo v bolnišnicah primanjkuje 1.923 (22 %) zaposlenih v zdravstveni negi (Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave, 2016).

Po mnenju Zbornice nezaposlovanje medicinskih sester izhaja predvsem iz dveh ključnih razlogov. Prvi je, da slovenska zakonodaja ne pozna kadrovskih normativov, in drugi je uvedba Zakona o uravnoteženju javnih financ (2012). Kadrovski normativi

so bili sprejeti leta 1983, ko je bila sprejeta Zelena knjiga o zdravstvu. Leta 2003 so bili ti normativi sprejeti samo za Univerzitetni klinični center Ljubljana, ko je bilo ugotovljeno, da manjka 20 odstotkov medicinskih sester glede na potrebe bolnikov. Na podlagi teh izračunov so ugotovili, da v vseh slovenskih bolnišnicah primanjkuje skoraj 22 odstotkov medicinskih sester. Toda Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije (2015) opozarja, da tudi ti normativi ne ustrezajo današnjim razmeram, ker je intenzivnost dela znatno narasla, saj je bila še pred sedmimi leti povprečna ležalna doba v bolnišnicah 11 dni in več, leta 2014 pa znaša 6,5 dni in je krajša od povprečja držav OECD, kjer ležalna doba znaša 8,1 dan (OECD: Slovenija pri kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva, 2015).

K omejevanju zaposlovanja je prispeval Zakon o uravnoteženju javnih financ (2012), saj enači vse sektorje javne uprave in ne upošteva, da mora institucionalna zdravstvena nega zagotoviti 24-urno oskrbo pacientov (Rešetič, 2015). Specifika poklica medicinske sestre glede na druge poklice v javni upravi je drugačna razporeditev delovnega časa, saj 27 odstotkov medicinskih sester dela v dveh izmenah, kar 38 odstotkov pa v treh in več (Rešetič, 2015; Statistični urad, 2011). Dodatne težave v organizaciji dela povzročajo številna nadomeščanja in prerazporejanje medicinskih sester, ki so odsotne zaradi bolezni ali zaradi dopustov (Rešetič, 2015).

V Sloveniji primanjkuje predvsem diplomiranih medicinskih sester v primerjavi z medicinskimi sestrami s srednjo izobrazbo. Po podatkih OECD je število diplomiranih medicinskih sester na tisoč prebivalcev v Sloveniji 2,26, v Nemčiji je to število štirikrat večje (9,08), v Italiji trikrat (6,34), na Norveškem pa kar devetkrat. Pri številu srednjih medicinskih sester oziroma tehnikov zdravstvene nege je slika ravno obratna: V Sloveniji jih je 6,14 na tisoč prebivalcev, povsod v tujini pa manj. Slovenija (še) ni upoštevala EU Direktive (2013/55/EU, 2005/36/ES), ki postavlja minimalne standarde za usposabljanje sektorskih poklicev, med drugim tudi medicinske sestre, in zmanjšala obseg srednješolskega izobraževanja ter ustrezno poskrbela za visokošolsko izobrazbo (Skela Savič, 2014). Direktiva tudi razširja kompetence diplomiranih medicinskih sester in tako med drugim poudarja kompetence na področju raziskovanja, razvoja in vodenja.

Od leta 1992 uvedena privatizacija zdravstva – najpogosteje v obliki koncesij, ki pomenijo javno financiranje zasebnih izvajalcev (Rus, 2001) – nima pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjšanje sredstev in povečanje kakovosti zdravstvenih storitev, temveč je le sredstvo za prerazporeditev sredstev in moči v korist višjih slojev (Rus, 2001, 2008). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2015) je bilo v letu 2013 v Sloveniji zaposlenih 2.393 zasebnih in 14.865 ostalih medicinskih sester. Vendar pa predstavnice medicinskih sester opozarjajo, da zaradi želje po maksimiranju dobička v zasebnih zdravstvenih dejavnostih prihaja do spremembe sestave tima, tako po številu kot po izobrazbeni strukturi, saj zasebniki prejema finančna sredstva za celoten tim, zaposlujejo pa manj medicinskih sester ali le-te z nižjo izobrazbo (Privatizacija v zdravstvu, 2006).

4 Metoda

Odgovor na raziskovalno vprašanje, kakšne so ključne spremembe pri delu medicinskih sester v zadnjem desetletju v Sloveniji, smo poiskali s pomočjo poglobljenih pol-strukturiranih intervjujev. Poglobljeni intervjuji so za ta namen uporabni, saj omogočajo preučevanje percepcije, razumevanja situacije in potreb, ugotavljanja koristi in ovir ipd. (Denzin in sod., 2005).

Jeseni 2015 so bili izvedeni intervjuji z 12 izvajalci zdravstvene nege, ki smo jih pridobili s pomočjo metode snežne kepe. Da bi dobili karseda celovit pogled, smo intervjuvali izvajalce zdravstvene nege, ki so imeli različno dokončano stopnjo izobrazbe (pet diplomiranih medicinskih sester, en diplomirani zdravstvenik, pet medicinskih sester z magisterijem s področja zdravstvenih ved in en magister s tega področja), so več kot 10 let delali na področju zdravstvene nege (od 10 do 35 let), in to v različnih institucijah (socialnovarstveni zavodi, bolnišnice, zdravstveni domovi in zdravilišča), oddelkih, ambulantah in službah (npr. patronažno varstvo, nujna medicinska pomoč, kirurgija, nevrologija, travmatologija, hematologija in onkologija) v Sloveniji.

Intervjuji so bili izvedeni v prostorih, ki so jih intervjuvanci sami izbrali, najpogosteje na delovnem mestu ali v gostinskih lokalih v njihovi bližini, in so trajali okoli ene ure. Intervjuvanci so odgovarjali na dve ključni tematski vprašanji: 1) kako se je spremenilo delo v zdravstveni negi in 2) kateri so ključni dejavniki sprememb dela v zdravstveni negi.

Izjave intervjuvancev so bile kodirane in analizirane, kot je to za kvalitativno raziskovanje običajno (Warren in Karner, 2005). Tematska ogrodja so postavljena na osnovi teoretskih in empiričnih postavk. Teme so uporabljene za kodiranje besedila oz. transkriptov intervjujev na način, da so se identificirale tudi nove teme. Nato smo strukturirali teme in jih interpretirali na način, da smo iskali vzorce, koncepte in razlage. Na željo intervjuvancev jih bomo poimenovali z imenom in institucijo.

5 Rezultati

5.1 Povečan obseg dela

Kot največjo spremembo na področju dela v zdravstveni negi so vsi intervjuvanci navedli povečan obseg dela, ki je posledica povečanega števila starejših pacientov, neustreznega kadrovskega normativa, neustrezne kadrovske politike, neustrezne kadrovske strukture zaposlenih, predvsem pa omejevalnega Zakona o uravnoteženju javnih financ (ZUJF, 2012). Tako je Jožica, ki je delala v bolnišnici, dejala, da je »v zadnjih letih je neprimerno več dela, ker obdelamo več bolnikov, predvsem pa je več starejših, s katerimi je treba bolj intenzivno delati. Normativi, ki so še iz osemdesetih let, tega ne upoštevajo.« Kot ključni razlog za povečan obseg dela je navedla Zakon o uravnoteženju javnih financ: »Poleg tega imamo problem z Zujfom, ker ne smemo zaposlovati. Nadomeščamo lahko le bolniške do 30 dni, a kaj ko ženske pridejo 2 dni v

službo in potem so spet 30 dni doma, pa potem so še porodniške in penzije.» Navedla je tudi problem neustrezne kadrovske strukture: »Problem je tudi starostna zastopnost zaposlenih, ker imamo okrog 30 % medicinskih sester, ki so stare nad 50 let in fizično in psihično izčrpane, večina jih ima status invalidov. Prej so medicinske sestre šle pri 50-tih v penzijo, zdaj pa morajo delati dlje, tja do 60 ali 64 let, pa ne morejo normalno delati.«

Večina intervjuvancev je tudi dejala, da se je obseg dela znatno povečal tudi zaradi vedno večjega obsega dokumentiranja, nastalega predvsem pod pritiskom tožb zaradi strokovnih napak. Administrativno delo je dodatno oteženo zaradi pomanjkljive računalniške in druge opreme, ki zato zahteva podvojen zapis podatkov: *»Danes je neprimerno več dokumentiranja, trikrat več, ker se vsi bojimo tožb«,* je dejala Darja, ki je v času intervjuja delala kot medicinska sestra v bolnici. *»In vse moram vpisovati dvojno. Najprej vpišem na papir, nato pa še vnesem v računalnik. Če bi imeli boljšo tehnologijo, bi lahko prihranili kar nekaj časa«,* je dejala Andreja, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici. Po mnenju intervjuvancev je nova komunikacijska in informacijska tehnologija korenito spremenila delo v negativnem smislu, saj se namesto s pacienti ukvarjajo z administrativnim računalniškim delom. *»Računalnik je ugrabil medicinsko sestro in ji skrajšal čas za paciente,«* je dejala Sabina, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici.

Dva intervjuvanca sta poudarila, da je problem povečanega obsega dela tudi posledica neustrezne kadrovske organiziranosti in nesposobnosti vodstva vrhnjega in srednjega menedžmenta zdravstvene nege, da bi se pogovoril z zaposlenimi in uveljavil nujno potrebne spremembe, kar bi lahko rešilo ali vsaj omililo večino težav v zdravstveni negi. Tako je Ljiljana, ki je vodila zdravstveno nego v socialnovarstvenem zavodu, dejala: *»Problem je, ker vodje ne poznajo dela podrejenih, predvsem pa ne znajo komunicirati z zaposlenimi, predvsem pa skomunicirati sprememb. Zaposleni bi morali biti prerazporejeni na delovna mesta, kjer medicinskih sester najbolj primanjkuje. Seveda ne želijo po desetih, dvajsetih in tridesetih letih dela delati nekaj drugega, normalno je, da ne marajo premestitev. Toda, potrebno jim je to pravilno predstaviti, jih motivirati in skupaj z njimi narediti načrt sprememb. Ta rigidna organizacija, nesposobnost vodij, ki ne znajo komunicirati, je res velik problem pri nas.«*

5.2 Fleksibilnost dela

Druga ključna sprememba, ki so jo intervjuvanci navedli, je fleksibilnost dela. Na to so opozorile predvsem medicinske sestre, stare med 40 in 50 let. Mlajše medicinske sestre imajo bolj stabilno delo zaradi otrok, starejše pa zaradi invalidnosti. Tako je Duška, ki je delala kot medicinska sestra v socialnovarstvenem zavodu, dejala, da svoje življenje prilagaja potrebam delodajalca: *»Delam takrat, ko moram. Zaradi triizemskega dela in ker nas je premalo, delam ponoči in podnevi, se zgodi, da tudi včasih 36 ur skupaj.«* Pri tem pa so nekatere intervjuvanke dodale, da je premalo fleksibilnosti zaposlenih pri spremembi delovnega mesta znotraj organizacije, saj bi se s prerazporeditvijo zaposlenih lahko zmanjšala prekomernost dela: *»Medicinske sestre ne želijo sprememb delovnega mesta, pa čeprav bi eni oddelčni sestri bilo lažje delati*

v ambulantni, nam bi pa zdrava medicinska sestra olajšala delo«, je dejala Andreja, ki je delala kot medicinska sestra v bolnici.

5.3 Povečane zahteve pacientov in njihovih svojcev

Naslednja ključna značilnost, ki so jo izpostavili vsi intervjuvanci, so bile povečane zahteve pacientov, ki jih morajo izvajalci zdravstvene nege individualno izpolnjevati. Še posebej intenzivno so razlagale problem prepletanja zdravstvene nege ter socialne in emocionalne oskrbe intervjuvane patronažne medicinske sestre in medicinske sestre v socialnovarstvenih zavodih. Poudarile so, da jih takšno delo sicer izpolnjuje, saj gledajo na pacienta celostno, tj. kot na človeka, obenem pa tako delo zahteva veliko več napora in dodatnega časa ter tudi znanja. Na primer, patronažna medicinska sestra Mira je dejala, da se mora vsakemu pacientu posebej prilagoditi in poleg zdravstvene nege izvajati še socialno in emocionalno oskrbo: *»Poleg zdravstvene nege moram ene paciente tolažiti, drugim moram prinesiti zdravila, včasih tudi kaj pospraviti ... zelo različno. Pri enem sem 10 minut, pri drugem tudi eno uro. Pri enem imam čisto osnovno zdravstveno nego, pri drugem, ki je lahko dementen, potrebuje paliativno oskrbo, pa moram doma tudi kaj pogledati, da znam svetovati njemu in svojcem.«*

Vsi intervjuvanci so poudarili, da so se povečale zahteve svojcev pacientov in s tem povezane komunikacijske težave in konflikti, ki temeljijo na njihovih nerealnih pričakovanjih do zdravstvene nege in medicinskih sester ter zdravstva na splošno. Tako je Darja, medicinska sestra v bolnici, dejala, da pogosto svojci kličejo tudi sredi noči in ne hodijo pacienta obiskovati ob sprejemljivih urah. Po njenem mnenju je problem še hujši takrat, ko so svojci med seboj skregani in mora vsakemu posebej razlagati o zdravstvenem stanju pacienta.

5.4 Slabše plačilo za delo

Naslednja ključna sprememba, ki so jo poudarili vsi intervjuvanci, je bila slabše plačilo za večji obseg dela, kar so pripisali Zakonu o uravnoteženju javnih financ (ZUJF, 2012). Tri medicinske sestre so dejale, da so zaradi nizkih osebnih dohodkov eksistencialno ogrožene. Tako je medicinska sestra Andreja, ki dela v bolnici, dejala, da ima v času intervjuja *»približno 400 evrov manjšo plačo kot pred tremi leti«*, kar zanjo pomeni, da *»komaj krpam mesec z mesecem.«* Poudarila je, da je *»vodstvo bolnice zaradi Zujfa plačilo dežurnih oklestilo na minimum«*. Dodala je še, da naj bi si *»za nadure vzeli prosto. Samo pri nas jih ne izplačujejo, sem pa slišala, da so začeli na UKC. Mene pa zanima, kdaj naj jih izkoristim. Ne morem jih, ker nas je premalo.«*

Intervjuvanke, ki so stare nad 50 let, so k temu dodale, da se bojijo upokojitve, saj ne vedo, *»kako preživeti s 600 evri na mesec«* (Sabina, medicinska sestra v bolnici). Spremembe dela in z njimi povezani dohodki zmanjšujejo občutek varnosti in povečujejo strah, ker ne vedo, kako bodo preživele v prihodnosti.

5.5 Komunikacijske zahteve

Intervjuvanci so tudi dejali, da so se povečale zahteve po komunikaciji na vseh področjih dela, ne le na področju uporabe informacijske in komunikacijske tehnologije, temveč tudi komunikacija s pacienti, z zdravniki in drugimi kolegi v zdravstvenem timu. Poudarili so, da se je znatno povečalo tudi število konfliktov med zaposlenimi. Tako je Mojca, ki dela v zdravilišču, dejala, da *»danes pogosteje kot včasih med medicinskimi sestrkami vladajo konflikti in medsebojna obračunavanja zaradi pomanjkanja sredstev in stresa, pa tudi zaradi pomanjkanja znanja o obvladovanju takšnih komunikacij.«*

5.6 Izčrpanost in samodelovanje

Posledice preobremenjenosti, spremenljivega delovnega časa, slabega ekonomskega položaja in različnih pritiskov se kažejo v izčrpanosti, pomanjkanju časa za zasebno življenje, v različnih sistemskih boleznih in boleznih lokomotorne aparata. Da bi ohranili zdravje in delo, intervjuvanci sami (brez uradne podpore v službi) iščejo različne mehanizme in strategije samoohranitve, kot so razmišljanje o sebi, samoopazovanje, samonadzorovanje in samodelovanje. Aljaž, ki dela v nujni medicinski službi, je dejal, da je nenehno utrujen in nima časa za sebe in za svoje. Pri tem se nenehno samoanalizira in samodeluje, da ne zboli: *»Zelo moram paziti, da ne zbolim. Zdaj me pogosto boli glava, imam mravljinice v nogi. Moram paziti, da ne postane hujše, zato moram redno nogo razgibavati.«*

6 Razprava in zaključek

Ker obstaja na področju preučevanja sprememb dela v zdravstveni negi raziskovalna vrzel, je študija skušala identificirati ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege v zadnjem desetletju v Sloveniji in jih pojasniti s konceptualnim aparatom postmoderne.

Izjave intervjuvancev kažejo, da se je znatno povečal obseg in fleksibilizacija dela, kar je v skladu s postfordistično literaturo, ki poudarja fleksibilizacijo dela in zaposlitve. Čeprav so vsi intervjuvanci imeli standardna zaposlitvena razmerja (delovno razmerje za nedoločen čas), so poročali o prekarnem delu, ki temelji predvsem na slabi plači, zaradi katere so nekateri tudi eksistencialno ogroženi in izjemno delovno obremenjeni ter izčrpani. Vsaj delno lahko to pripišemo tudi dejstvu, da je večina izvajalcev zdravstvene nege žensk. Ženske poročajo o izčrpanosti in izgorelosti, ki ju klasična epidemiološka merila ne zaznajo in sta posledica dvojne obremenitve (zaposlitev in domače gospodinjstvo) ter večje zahtevnosti znotraj poklicnega dela. Ženske v Sloveniji so bolj kot moški preobremenjene s plačanim in z neplačanim delom, saj so izjemno vpete v neplačano gospodinjstvo in skrbstveno delo. Poleg vedno večje delovne obremenjenosti v službi socialno, materialno in predvsem čustveno oskrbujejo otroke, mladostnike, starejše in partnerje (Ule, 2013).

Fleksibilizacija dela se tudi kaže v zadovoljevanju različnih potreb pacientov, ne le na področju zdravstvene, temveč tudi socialne in emocionalne nege. Takšno mešanje profesionalnega in osebnega dela je tipična značilnost postfordističnega načina dela.

Postindustrijskost se kaže v uporabi raznolikega specializiranega znanja in komunikacijskih veščin za interakcijo s pacienti in z drugimi člani zdravstvenega tima. Poleg potreb pacientov so se povečale tudi potrebe in zahteve svojcev, ki po mnenju intervjuvancev pogosto zaradi nerealnih pričakovanj o zdravstveni negi vodijo v konfliktne situacije. Današnje delo temelji na novi informacijski in komunikacijski tehnologiji. Ta je zaradi pomanjkljive opreme v glavnem izjemno negativno sprejeta med intervjuvanimi medicinskimi sestrami.

Postmaterializem se kaže v osebni angažiranosti, prilagajanju situaciji, upravljanju s tveganjem, telesnim in psihičnim (samo)ohranjanjem ter nenehno individualno refleksijo. Tudi prebivalci Slovenije od zdravstva med drugim pričakujejo odlično dostopnost, visoko kakovost, prijaznost, 24-urno dosegljivost vseh strokovnjakov in soodločanje pri zdravstveni obravnavi (Požun, 2011), kar je v skladu s postindustrijskimi in postmaterialističnimi trendi dostopnosti do hitrih in visoko kakovostnih zdravstvenih storitev.

Vse te spremembe dela so skladne tudi s spremembo političnega sistema. V tranzicijskem času je postmoderni/neoliberalni kapitalizem zamenjal socialno državo z državo dela, za katero je značilna ideologija individualne odgovornosti za lastno preživetje in lastno socialno varnost (Ule, 2013), kar vodi v zmanjševanje splošne in vsem dostopne ravni socialne in tudi zdravstvene zaščite ter povečuje strah pred izgubo dela, kar sili zaposlene, da pristanejo na prekarne oblike dela.

Naše ugotovitve se bistveno razlikujejo od ugotovitev Prosserja in Olsona (2013), ki sta poudarila, da je ključna značilnost spremembe pri delu patronažnih medicinskih sester v Avstraliji privatizacija patronažnega varstva, ki je nastala kot odgovor na pomanjkanje medicinskih sester. V Sloveniji je delež zasebnih medicinskih sester majhen (okrog 16 %), kar je posledica različnih dejavnikov, med drugim tudi tradicije javnega zdravstva, ne dovolj domišljene tranzicije zdravstva na področju zasebne prakse in pomanjkljive izvedbene zakonodaje na področju podeljevanja koncesij (Dobnikar, 2005).

Rezultati torej kažejo, da so spremembe v zdravstveni negi del širših sprememb na področju dela v pozni moderni. To pomeni, da so korenite izboljšave na tem področju možne le na sistemski ravni. Spremembe je torej nemogoče doseči samo v okviru zdravstvene nege, ampak s povezanostjo in kolektivnimi rešitvami.

Čeprav smo v članku identificirali ključne spremembe dela na področju zdravstvene nege, ima študija tudi omejitve. Zato bi lahko nadaljnje raziskave z uporabo dodatnih metod, npr. opazovanja, preverile dejansko prisotnost sprememb dela in z uporabo strukturiranega vprašalnika ugotovile njihovo razširjenost.

Karmen Erjavec, PhD

Changes in Nursing Care Work in Slovenia and Characteristics of Late Modernity

Since the 1970s, the organisation of work in developed countries has been fundamentally changed. Although authors do not agree on the use of different terms describing the changes in the organisation of work in the late modernity, they all emphasise that the key features of the late modernity are the growth of service work, the emergence of the knowledge economy and a greater importance of individual autonomy and reflexivity (Giddens, 2001). The socio-economic changes have also affected the work in the field of health care. After the World War II, healthcare services were supplied by the Keynesian system, based on the Fordist capitalism; in the late modernity, the emphasis is on flexible healthcare services and patient's choice (Baum, 2009).

Because the healthcare work has been radically changed (Ludwick, Zalon and Patton, 2014), the article focuses on the changes of the healthcare work providers, i.e. the work of nurses. Since the changes of healthcare work have not been studied thoroughly (Prosser and Olson, 2013), the aim of this study is to fill the research gap, and using the in-depth interviews with nurses, to identify what the key changes of the healthcare work in recent decades in Slovenia are, as well as to explain them with the concepts of late modernity.

Today, nurses in the developed world have less stable and less paid employment, and more stressful work as decades ago (Owl and Clement, 2010; Ilhan, Durukan in Türücüoğlu, 2008; Gillespie and Melby, 2003; Leskovic, 2014; Ludwick et al., 2014). Because there is a need to maintain the high quality of the health care, the demands for work of the nurses have been increased (Prosser and Olson, 2013). These demands are intensified when nurses are working with different minority groups, who have experienced the impact of economic restructuring more drastically in recent decades (Dollard, Winefield and Winefield, 2007), especially during the economic crisis. In Slovenia, the number of people living in poverty or social exclusion had been rising consistently since 2009; in 2013, app. 410,000 inhabitants of Slovenia lived in such situation (Country report – 2015, Slovenia, 2015).

Due to the labour intensity, the formal health care is one of those areas of work which fails to increase productivity in saving labour cost in the production process by using new technology in a way other services sectors succeed. In the developed world, despite the introduction of new technologies, the work of nurses grows due to a number of interconnected factors, such as aging of the population, changes in the caring roles, and a shift from acute illnesses to chronic conditions (Carayon and Gurse, 2008; Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). Nurses cannot be replaced by the new technology, for example by robots. The problem of nursing care work is also that it cannot be easily assessed in a quantitative way (Huws, 2015). It is difficult to define when the nurses are (enough) productive.

In light of the post-industrial focus on consumer demands and the post-materialist emphasis on consumer expectations on the quality of life, there is a shift from the paternalistic model to the model of "patient autonomy" (Kerridge et al., 2009). The modern concept of health care allows for shorter in-patient stays. The result is two-fold: the expansion of nursing care work at patients' homes and in the nursing homes as well as more responsibility for nurses (Leskovic, 2014; Prosser and Olson, 2013; Zavrl Džananović, 2010).

Demographic changes by aging of the population, changed pathology, the rapid development of the medicine, the changes of clinical treatment of patients and socio-economic changes in Slovenian society, indirectly affect the scope and content of the work of the nurses, who work with older population (Zavrl Džananović, 2010). According to the Nurses and Midwives Association of Slovenia, nurses are the most congested among healthcare professionals and have the highest stress level, primarily due to the increased amount of work resulting from the multiannual nonemployment of nurses (Medicinske sestre – moč za spremenbe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri, 2015). According to the Association, in Slovenia, there are about 17000 nurses, 5000 are registered nurses, and others have secondary school education. According to the Association, the deficit of nurses' employment bases mainly on two key reasons. The first is that Slovenian law does not provide the staff norms, and the second is the introduction of the Fiscal Balance Act (2012), i.e. the law on rebalancing public finances. The Union of Health Care Workers of Slovenia (2015) points out that those norms do not correspond to today's situation because the intensity of the work has increased significantly.

The Fiscal Balance Act (2012) contributed to the restriction of employment, namely it equates all sectors of the public administration and does not take into account that health care must provide 24-hour nursing care (Rešetič, 2015). Specific of the nursing profession in relation to other professions is a different distribution of working time. Namely, 27 percent of the nurses work in two shifts, 38 percent in three and more shifts (Rešetič, 2015; Statistical Office, 2011). Additional problems to the organisation of work are caused by a number of replacements of the nurses, who are either absent due to illness or on annual leave (Rešetič, 2015).

Since 1992, the introduced privatisation of health care – most commonly in the form of concessions (Rus, 2001) – has not had positive economic effects on the reduction of resources and enhancement of the quality of healthcare services, but it is only a means of redistribution of resources and power in favour of the elite (Rus, 2001, 2008). According to the National Institute of Public Health (2015), in Slovenia, there are app. 2400 private nurses. However, representatives of nurses warn that in order to maximise the profits, the private healthcare providers are employing fewer or nurses with lower education (Privatizacija v zdravstvu, 2006).

In order to determine the key changes in the work of nurses in the recent decade, we conducted in-depth interviews with nurses. In-depth interviews are useful for this purpose because they allow us to obtain an insight into perception, understanding situations and needs, identifying the benefits and obstacles, etc. (Denzin et al., 2005).

In October and November 2015 we interviewed 12 nursing care providers, of which five were registered female nurses and one was a registered male nurse, five female nurses with a Master's degree, including one male nurse with a Master's degree. They had been working in nursing care from 10 to 25 years in a variety of institutions (social and health care institutions, hospitals, health care centres, health resorts), departments and clinics (e.g. community health care, emergency assistance, surgery, neurology, traumatology, haematology and oncology). The interviews lasted from 30 to 60 minutes and were performed in places chosen by the interviewees themselves. The key question was how the work and the situation at work changed in their work life. Statements of the interviewees were coded and analysed as usual for the social sciences (Warren and Karner, 2005). On the request of the interviewees, they are presented with their first name and institution.

The research showed that in accordance with the post-Fordist concept, which highlights the flexibilisation of labour and employment, the interviewees emphasised the flexibility of their work. Despite the fact that all interviewees have a standard employment relationship (permanent employment), they reported about precarious work, which primarily bases on very low payment, heavy workload and, consequently, long-term fatigue, lack of time for a private life, and occurrence of various diseases.

Flexibilisation of work is also reflected in the variety of ways to meet the needs of patients; especially the community nurses pointed out that they also have to satisfy the emotional and social needs of patients, and they cannot, therefore, identify the boundaries and the demarcation between the personal and professional aspects of care, between nursing and social care. The interweaving of private and public, and the professional and personal is a typical feature of the post-Fordist concept of work.

According to the interviewees, this holistic approach requires a lot of diverse specialised knowledge and communication skills to interact with patients and other members of the healthcare team and to transfer knowledge to others in the context of the health promotion, which is in accordance with the post-industrial focus on knowledge.

In accordance with the post-Fordist concept, nursing care work bases on new technology, although interviewees negatively evaluate the new technology as they have less time to work with patients, mostly due to the increased administration and problems with the introduction of new technology or lack of it.

The research showed that the situation is forcing the nurses to maintain greater individual autonomy and to consider the needs of the patient, which is in line with the concept of post-Fordism. In addition, besides the needs of the patients, the needs and the requirements of family members have also increased, which often leads to conflict situations.

The interviewees also reported that their work requires a great deal of personal commitment, adjustments to the situation, self-maintenance, and constant individual reflexivity, which is in line with the idea of post-materialism.

LITERATURA

1. Amin, A. (1994). *Post Fordism: A reader*. Oxford: Blackwell.
2. Baum, F. (2009). *Community health services in Australia*. V: Germov, J. (ur.). *Second opinion: An introduction to health sociology*. Oxford: Oxford University Press, str. 499–521.
3. Bauman, Z. (2005). *Work, consumerisms and the new poor*. Maidenhead: Open University Press.
4. Bell, D. (1973). *The coming of post-industrial society*. London: Heinemann.
5. Carayon, P. in Gurse, A. P. (2008). *Nursing workload and patient safety - a human factors engineering perspective*. V: Hughners, R. (ur.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, str. 736–749.
6. Čuk, V. in Klemen, J. (2010). *Izgorevanje osebja v zdravstveni negi na psihiatričnem področju*. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 3, str. 179–187.
7. Denzin, N. K. in Lincoln, Y. S. (ur.) (2005). *The Sage Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
8. Dobnikar, B. (2005). *Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi*. *Zdravniški vestnik*, št. 7/8, str. 468–471.
9. Dollard, M., Winefield, A. in Winefield, H. (2003). *Occupational stress in the service professions*. London: Taylor & Francis.
10. Filc, D. (2005). *The health business under neo-liberalism*. *Critical Social Policy*, 25, št. 2, str. 180–197.
11. Giddens, A. (2001). *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press.
12. Gillespie, M. in Melby, V. (2003). *Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study*. *Journal of Clinical Nursing*, 12, No. 6, pp. 842–851.
13. Huws, U. (2015). *Online labour exchanges or “crowdsourcing”: Implication for occupational safety and health*. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
14. Ilhan, M., Durukan, E., Aras, E. and Türçüoğlu, S. (2008). *Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 56, No. 5, pp. 563–568.
15. Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: changing values and political styles among western publics*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
16. Kerridge, I., Lowe, M. and Stewart, C. (2009). *Ethics and law for the health professions*. Annandale: The Federation Press.
17. Kumar, K. (1995). *From post-industrial to post-modern society*. Oxford: Blackwell.
18. Leskovic, L. (2014). *Vpliv delovnih in organizacijskih dejavnikov na nastanek sindroma izgorevanja v socialnozdravstvenih zavodih v Republiki Sloveniji*. Doktorska disertacija. Fakulteta za organizacijske vede.
19. Ludwick, R., Zalon, M. L. and Patton, R. M. (2014). *Nurses making policy*. New York: Springer Publishing Company.
20. *Medicinske sestre – moč za spremembe – učinkovita skrb za paciente z optimalnimi viri* (2015). *Zbornice zdravniške in babiške nege*. Pridobljeno dne 3. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/medicinske-sestre-moc-za-spremembe-ucinkovita-skrb-za-paciente-z-optimalnimi-viri>.
21. *Medicinske sestre ob mednarodnem dnevu za odgovornost, varnost in kakovost zdravstvene obravnave* (2016). *Zbornice zdravniške in babiške nege*. Pridobljeno dne 3. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/izjava-za-javnost-12-maj-mednarodni-dan-medicinskih-sester-medicinske-sestre-ob-mednarodnem-dnevu-za>.
22. Močnik, R. (2004). *Prolog: H koncu kapitalizma*. V: Callinicos: *Antikapitalistični manifest*. Ljubljana: Sophia, str. I–XX.
23. *Nacionalni inštitut za javno zdravje* (2015). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.nijz.si/>.
24. *OECD: Slovenija pri kazalnikih zdravja in zdravstvenega varstva* (2015). *Nacionalni inštitut za javno zdravje*. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.nijz.si/sl/oecd-slovenija-pri-kazalnikih-zdravja-in-zdravstvenega-varstva-v-povprecju>.

25. Poročilo o državi – Slovenija 2015 (2015). Pridobljeno dne 1. 11. 2015 s svetovnega spleta: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/cr2015_slovenia_sl.pdf.
26. Požun, P. (2011). Pregled razvoja slovenskega zdravstva v zadnjih dvajsetih letih z vidika stroke in državnega sveta. V: Premislimo Slovenijo v dveh desetletjih. Ljubljana: Državni svet. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: www.arhiv.ds-rs.si/sites/default/files/file/.../posveti/...posvet/Pozun.doc.
27. Privatizacija v zdravstvu (2006). Bilten 22, št. 3, str. 72-75. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://temena.famnit.upr.si/files/files/Yazbeck%284%29.pdf>.
28. Prosser, B. and Olson, R. (2013). Changes in professional human care work. *Health Sociology Review*, 22, No. 4, pp. 422–432.
29. Rešetič, J. (2015). Socialni transferji in zdravstvena nega. V: Zdravstvena nega v primežu nesoglasij in omejitev: zbornik prispevkov. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, str. 115–113.
30. Rigolosi, E. (2013). *Management and leadership in nursing and health-care*. New York: Springer Publishing Company.
31. Rus, V. (2001). Podjetizacija in socializacija države. Ljubljana: FDV.
32. Rus, V. (2008). *Novi javni menedžment*. Ljubljana: FDV.
33. Sindikat delavcev v zdravstveni negi (2015). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.sdzns.si/>.
34. Skela Savič, B. (2014). Komu mar celostni pristop? Delo, 17. 4. 2014. Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.delo.si/mnenja/gostujoce-pero/komu-mar-celostni-pristop.html>.
35. Statistični urad. (2011). Pridobljeno 24. 10. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.stat.si/statweb>.
36. Ule M. (2013). Uvodnik. *Zdravstveno varstvo*, 52, št. 2, str. 69–71.
37. Virno, P. (2003). *Slovnica množstva: K analizi oblik sodobnega življenja*. Ljubljana: Krtina.
38. Wajcman, J., Bittman, M. in Brown, J. (2008). Families without borders: mobile phones, connectedness and work–home divisions. *Sociology*, 42, No. 4, pp. 635–652.
39. Warren, C. in Karner, T. (2005). *Discovering qualitative methods*. Los Angeles: Roxbury publishing company.
40. Zakon o zdravstveni dejavnosti (1992). Pridobljeno 10. 11. 2015 s svetovnega spleta: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>.
41. Zavrl Džananović, D. (2010). Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 2, str. 117–125.

OPOMBA

Članek je razširjeno in korenito dopolnjeno besedilo, ki je bilo objavljeno v zborniku Izzivi globalizacije in družbeno-ekonomsko okolje EU (2016) pod naslovom Delo v zdravstveni negi v Sloveniji v obdobju pozne moderne.

Starostniki, njihova avtonomija in družbeni status

Znanstveni članek

UDK 364.65-053.9

KLJUČNE BESEDE: starostniki, avtonomija, družbeni status, potrebe, domovi za starejše

POVZETEK - Ko starostniki z vključitvijo v dom zamenujajo svoje dotedanje bivalno okolje, so soočeni z znižanim družbenim statusom in zato izpostavljeni določenim tveganjem. Ker nastalo ranljivost njihovega položaja lahko spodbuja tudi institucija s svojim delovanjem, se je avtorica osredotočila na specifično obliko institucionalnega varstva starih ljudi, in sicer na domove za starostnike. V moderni družbi so v njih prevladovali medicinski pristopi, ki so z instrumentalnim načinom dela večinoma odločali o življenju oskrbovancev. Izguba avtonomije in upadanje nadzora nad lastnim življenjem, nižanje samopodobe in socialnih stikov, zmanjšana sposobnost samostojnega življenja ter morebiten hitrejši upad intelektualnih sposobnosti so pogosto posledica drugega habitusa. Tudi zato, ker kljub socialni strukturi aktualnih domov opažamo, da nekatere elemente instrumentalizacije ohranjajo, saj način življenja starostnikov, vloge in norme vedenja določajo še vedno togi administrativni pristopi. Socialna opora in celotna struktura mreženja znotraj institucije utegne biti v tem segmentu privedena na minimum, kar ogroža kakovost bivanja starostnikov. Avtorica je v ospredje postavila vprašanje: Ali in če, koliko je bivanje v instituciji resnično naklonjeno posamezniku? Ali so domovi za starejše nemočni pri zadovoljevanju višjih sekundarnih potreb starostnikov? Je resnično v interesu družbe, da starostnike integrira v družbo in kolikšen vpliv imajo na to institucije? Ali lahko te institucije s svojim delovanjem povrnejo starostnikom družben status, ki so ga zasedali v svoji aktivni dobi? Dobljene empirične podatke je avtorica pridobila na neslučajnostnem namenskem vzorcu starostnikov - oskrbovancev v starosti 65 do 90 let.

Scientific article

UDC 364.65-053.9

KEY WORDS: older people, autonomy, social status, needs, nursing home

ABSTRACT - When older people change their current living environment to be included in the institutional care, they are confronted with reduced social status and thus face the risks of modern society. Since the resulting vulnerability of their situation can be also promoted by the institution's operations, the author focused on the specific form of institutional care of older people, the residential care homes, i.e. nursing homes. In the modern society they were dominated by medical approaches and instrumental methods of work, extensively defining the lives of residents. Loss of autonomy and a decline in control over their own lives, lower self-esteem and social contacts, decreased ability to live independently and potentially rapid decline in intellectual abilities are often the result of a different habitat. Despite the social structure of current nursing homes, we note that some elements of instrumentalisation have been maintained, as ways of life of older people, roles and norms of behaviour are still defined by the rigid administrative approaches. Social support and networking within the overall structure of the institution may be reduced to a minimum in this segment, thus threatening the quality of life of older people. The author gave priority to the questions: Whether and, if so, to what extent the stay in an institution is truly favourable to the individual? Are nursing homes helpless in meeting higher secondary needs of older people? Is it really in the interest of society to integrate older people into society, and what impact the institution have on this? Can these institutions with their functioning restore the social status the older people had in their active life period? The empirical data were obtained by a The study was based on a non-random (convenience) sample of older people in nursing homes, aged 65 to 90 years.

1 Uvod

V slovenski družbi se srečujemo z vse bolj sovražnim odnosom do starejših. Družbena vloga starostnikov je pod močnim vplivom prevladujočih stereotipov, med ka-

terimi prevladujejo negativni, kot navaja Pečjak (2007) so to fizična, intelektualna in spolna nemoč, odvisnost od drugih ljudi, slab spomin, duševna odsotnost, konservativnost, rigidnost, prepirljivost, trmoglavost, sitnost, egocentričnost, egoizem, cinizem idr. Redkejši so pozitivni stereotipi, ki prikazujejo starejše ljudi kot modre, izkušene in ljubeče do svojih potomcev (Pečjak, 2007 str. 64–65).

Vse več starih ljudi mora zamenjati svoje dosedanje bivalno okolje in se vključiti v različne oblike institucionalnega varstva. Tako so zaradi nizkega družbenega položaja podvrženi tveganjem agresivne sodobne postmoderne družbe in ranljivosti njihovega družbenega položaja. Starostniki zaznavajo opazno izgubo avtonomije in nadzora nad lastnim življenjem, spremembo svoje samopodobe in upadanje socialnih stikov na eni strani, soočajo pa se tudi z vso krutostjo zmanjšane sposobnosti za samostojno življenje ob upadu svojih intelektualnih sposobnosti. Čeprav je struktura današnjih domov za starejše socialno obarvana, razmišljamo, ali le-ti vseeno ohranjajo nekatere elemente intrumentalizacije in ali vloge in norme vedenja starejših še zmerom določajo administrativni in normativno-birokratski pristopi v njih. Opažamo namreč, da je socialna opora in celotna struktura mreženja znotraj institucije pogosto minimalizirana, kar postavlja pod vprašaj tudi kakovost bivanja starostnikov. Ob tem se nam zastavlja vprašanje: *Koliko starostniki občutijo spremembo svojega družbenega statusa in avtonomijo odločanja o zanje pomembnih področjih življenja?*

2 Streotipno razumevanje staranja, starosti in starostnikov v slovenski postmoderni družbi

Nesporno je, da se delež starejšega prebivalstva intenzivno povečuje in neizbežno spreminja demografsko stanje v Evropi in tudi v Sloveniji. Vendar temu ne sledita ne kulturno in ne socialno razumevanje staranja, ki se spreminjata zelo počasi. Ker staranje predstavlja imanenten in naravni razvojni proces posameznika, ki je lahko individualnega in/ali družbenega značaja, Cijan and Cijan (2003, str. 22–35) izpostavljata, da lahko staranje razumemo kot problem dela populacije, ki že vstopa v kategorijo starejših, pa tudi kot globalni družbeni problem, saj se zaradi naraščanja števila starejših spreminja struktura in delovanje družbe kot celote.

Razumevanje starosti se je v zadnjih letih v slovenski družbi precej spremenilo, ker se je starost deinstitucionalizirala hkrati s procesom individualizacije. V družbi je starostnik obravnavan kot samostojen subjekt v sistemu, v katerem ima (sicer omejene) možnosti pridobivanja identifikacije z izražanjem svojih potreb, vendar pa hkrati izgublja kategorialno opredeljenost po atributu starosti. Starost in staranje postajata vse bolj podvržena procesom družbenega instituiranja (Resman, 2005, str. 7), ki v svoji osnovi predstavljajo produkt socialne konstrukcije in prispevajo k legitimnosti socialne distance med starostnimi skupinami prebivalstva. Nastala heterogenost vodi k naraščajoči kompleksnosti identifikacije starega prebivalstva kot družbene kategorije. Kategorija »starih ljudi« tako postaja znotraj sebe vse bolj heterogena, tako po svojih sposobnostih kot po interesih (Hojnik-Zupanc, 1999, str. 15). Slovenska postmoderna

potrošniško in storilnostno naravnana družba je kreirala podobo starega človeka v skladu z interesom kapitala, saj v ospredje postavlja (zgolj) mlado in aktivno populacijo, ki je produktivna, ustvarja dobiček in dodano vrednost. Ta podoba starostnikov pa je stereotipna in ageistična, saj izpostavlja, da so le-ti manj delovno sposobni in zanesljivi, neprištevní, senilni, pozabljivi, neboljeni itd.

Tako oblikovana družbena paradigma močno vpliva na družbeni status in naraščajočo neavtonomno držo starostnikov. Tudi zato, ker je taka enostranska stigmatizacija starosti in staranja usmerjena v posploševanje in predstavlja grožnjo vsakdanjemu življenju, saj stalno opozarja na *nemoč*, *odvisnost* oz. *nesamostojnost* starejših ljudi. Temu sledijo tudi specifične politike v zatečenih ekonomskih razmerah za starejše in specializirane institucije, ki obravnavajo starost kot posebno negativno življenjsko obdobje. Tak odnos je diskriminatoren, saj intenzivira obravnavo starejših nekritično, včasih celo sovražno, največkrat kot družbeno neželene in kot odvečno breme (za pokojnine, skrb, nego, zdravstveni sistem idr.), a se hkrati pozablja, da bodo stari tudi »avtorji« tovrstnih teorij. Čeprav starejši v nekaterih segmentih sicer postopoma dosegajo samostojnost na sistemski oz. makro ravni, kar se (delno) kaže v izbiri opcij sistemsko reguliranih mehanizmov, se v institucionalnem varstvu to vedno ne odraža.

Starostniki nikakor niso homogena družbena skupina, saj je delitev življenjskih obdobj odvisna od tega, koliko pomoči drugih ljudi potrebujejo, ali živijo neodvisno od drugih ali potrebujejo stalno nego in pomoč. Nekateri avtorji (Ramovš, 2003, str. 74–75; Vertot, 2010, str. 9; Whitbourne, 2008, str. 8) so prepričani, da je z vidika socialnega funkcioniranja ustrezna delitev obdobja starosti na tri podobdobja z iminentnimi značilnostmi, posebnostmi in prioriteta. Sociološko razumevanje obdobja starosti tako zajema:

- *zgodnje starostno obdobje* od 66. do 75. leta, ko se posameznik privaja na upokojsko svobodno življenje, po navadi je dokaj zdrav, trden in živi zelo dejavno;
- *srednje starostno obdobje* od 76. do 85. leta, v katerem se posameznik v svojih dejavnostih prilagaja ter doživlja privaja na upadanje svojih moči in zdravja, naglo izgublja vrstnike in večini že umre partner oz. zakonec; in
- *pozno starostno obdobje* po 86. letu starosti, ko postaja posameznik prejemnik pomoči mlajših dveh generacij in opravlja zadnje naloge v življenju.

Laslett (1989) je v svojo definicijo konceptualizacije starosti ob tretjem navedel še t. i. četrto življenjsko obdobje (obdobje pozne starosti - po 75. letu), ki ga povezuje z odvisnostjo, onemoglostjo, z umiranjem in s smrtjo. Opozarja, da je to obdobje največkrat (pre)kratko.

Zaradi podaljševanja življenjske dobe in vitalnosti starostnikov nekateri drugi strokovnjaki govorijo o četrtem obdobju življenja, pri tem mislijo na zadnje (pozno) starostno obdobje (Baltes, 1997; Blanchard-Fields and Kalinauskas, 2009; Baltes and Mayer, 1999; Neugarten, 1979; Suzman, Willis and Manton, 1992). Ta delitev je smiselna tudi zato, ker imajo ljudje v tretjem in četrtem življenjskem obdobju različne potrebe. Čeprav veliko avtorjev opozarja, da sta za obe obdobji starosti pričakovane fizične in kognitivne spremembe, pa opozarjamo, da so te ocene približne in da le-te

potrjujejo obstoj družbenih stereotipov o doseganju pričakovanih sposobnosti starostnika v posameznem starostnem obdobju.

3 Teoretične refleksije staranja

Značilnosti obravnavanih starostnih kategorij so opazne kot razlike na kognitivni, fizični in emocionalni ravni. Prav teorija vlog tovrstno razlago sprememb kot posledico staranja in prilagajanja staranju potrjuje zato, ker vidi socialno vlogo starostnika kot družbenega bitja in je osnova za njegovo identiteto in samopodobo. Tudi teorija aktivnosti (Havighurst, 1961) v ospredje postavlja aktivnosti in socialno vključenost starostnika. Obe pa izpostavljata, da oboje omogoča zadovoljno staranje (Havighurst, 1961, str. 8; Havighurst, Neugarten and Tobin, 1968), kar je pogojeno z aktivnim vzdrževanjem osebnih odnosov in stalnega prizadevanja starostnika po vključevanju v zanj smiselne dejavnosti (Neugarten, 1982, v Achenbaum, 2009, str. 32).

Ugotavljamo pa, da dostop do socialnih možnosti in dejavnosti zaradi neenakosti v zdravju in ekonomiji ni enako za vse starostnike. Izguba družbenih vlog in pešanje zaradi starosti sta realni posledici upada njihovih sposobnosti. Cumming in Henry (1961, str. 14) pa opozarjata, da prav to starostnike »razreši«¹ njihovih socialnih pričakovanj, produktivnosti in konkurenčnosti. Law (1997, str. 6) dodaja, da socialni umik, to je postopno umikanje iz družbe in odnosov, povzroči prevzemanje pasivnih vlog, čeprav (vsaj še nekaj časa) ohranja socialno ravnotežje in socialno stabilnost. In, ne nazadnje, starostnike (celo!) pripravlja na umiranje in smrt, na kar opozarja Powell (2000, 2001).

To pa v razmerah sodobne družbe ni (več) lahko, saj so meje (pogosto) zabrisane, na kar opozarja teorija gerotranscendence, ki jo kot razvojno fazo staranja razume Tornstam (1989, str. 55), ko starostnik preusmerja svoje poglede na življenje, »... od materialističnega in racionalnega pogleda na svet k bolj kozmičnemu (neskončnemu) in transcendentalnemu (nadnaravnemu, nadčutnemu), do česar pride običajno s povečanjem zadovoljstva z življenjem«. Hooyma and Kiyak (2014, str. 286) izpostavljata, da starostnik v soočanju z umiranjem in smrtjo (partnerja, sovrstnikov) to intenzivno doživlja kot razmišljanje o kozmičnem svetu z imanentnim izražanjem svoje modrosti in duhovnosti v svojem, imanentnem notranjem svetu. Vendar pa se tako vse bolj odmika od aktivnosti, materialističnega in racionalističnega razmišljanja ter delovanja, zavrača (površne) socialne stike in se pretirano ukvarja s fizično podobo svojega telesa ter je bolj naklonjen prejšnjim generacijam. Ob naraščajoči osamljenosti in večji potrebi po smiselnih medsebojnih odnosih se pri starostniku še zmanjša strah pred umiranjem in se zato bolj »naravno«² sooča s smrtjo.

Opozoriti pa želimo, da upad starostnikovih telesnih funkcij in soočanje s smrtjo nista samoumevno povezana z njegovo (kronološko) starostjo, saj je individualno zaznavanje upadanja telesnih, kognitivnih, emocionalnih, psihičnih idr. sposobnosti največkrat odvisno tudi od družbenih pogojev, v katerih starostnik živi, ker družbena konstrukcija starosti močno zaznamuje njegovo doživljanje procesa staranja, kar je

sicer subjektivno pogojeno. Različni strokovnjaki pa ugotavljajo še, da so starostniki neupravičeno potisnjeni iz (aktivnega) družbenega dogajanja. Njihove pravice z vidika participacije so pogosto spregledane, saj jih obravnavamo kot tveganje za sistem socialnega varstva ter kot dejavnik, ki povzroča rast stroškov zdravstvenih in socialnih storitev ter pokojninskega sistema.

Ne pretiravamo, ko opozarjamo, da ima »biti star« v slovenski sodobni družbi (vse bolj) pogosto poniževalen, celo sramotilen pomen, kar pušča hude posledice v čustvenem življenju starostnikov. Bivalni kontekst tudi vpliva na konstrukcijo vrednosti lastne starosti. Sploh tisti starostniki, ki živijo v domovih za upokoјence, so dvojno stigmatizirani: zaradi starosti kot take in zaradi življenja v instituciji, ki v slovenski družbi nima nekega posebnega ugleda. Ageistično vedenje ostalih (nestarih) pa povzroča še večjo socialno izolacijo in vsesplošno pasivizacijo starostnikov. Zato se starostnik nemalokrat začne tudi telesno zanemarjati, kar lahko privede do duševne otopelosti in pasivnosti.

Grebenc (2005, str. 209) navaja raziskovalne podatke, opazamo pa tudi sami, da si stari ljudje, če je le mogoče, želijo čim dlje živeti v domačem okolju. Zato se njihove želje in potrebe navezujejo na skrb in nego v domačem okolju. Želijo si več pomoči doma (za nakup hrane, urejanje administrativnih opravil, pospravljanje hiš, vrtov), obiskov zdravnika na dom, več informacij o skrbi na domu in o dogajanju v okolici. Toda v določenem trenutku starostniki sami, ali pa njihovi svojci, spoznajo, da življenje doma, v zanje intimnem in znanem okolju, ni več mogoče. Stanovanjska izključnost in ranljivost se z leti povečujeta. Zato je odločitev za preselitev v dom samo še vprašanje časa. Starostnik se za vstop v dom odloči iz številnih razlogov. Vzroki segajo »od osebnih in odnosnih do organizacijskih in strukturnih«. Največkrat ga zaradi slabega zdravstvenega stanja napotijo iz bolnišnične oskrbe kar v dom, zopet drugi se preselijo v dom zaradi družinskih razmer. Nekateri pa sami sprevidijo, da življenja v svojem domu ne obvladajo več in se sami odločijo za preselitev. Teh je (naj)manj.

Pred preselitvijo pa je dobro, da si starostnik ogleda novo okolico in se seznani z delovanjem ustanove. Pozitiven odnos do življenja je v domu trikrat večji pri tistih, ki so dom predhodno obiskali in se že pred (formalno) vselitvijo seznanili z življenjem v njem. Ko starostnik prestopi v dom, potrebuje podporo svojcev, saj se lažje sooči z novo situacijo. Največkrat (še vedno) pričakuje, da bo še lahko živel zasebno in avtonomno. Svoje pozornosti ne usmerja v lastno osebnost, temveč v iskanje motenj zunaj sebe, saj želi zaščititi svojo individualnost, pa tudi avtonomijo, navaja Willcocks s sod. (1987). Toda, ker se v domu življenje odvija kot prepletanje javnega in zasebnega prostora, starostnik, ki pride v dom, težko sprejme:

- ☐ nove bivalne prostore,
- ☐ druge, njemu tuje ljudi, in
- ☐ odvisnost od profesionalnega osebja doma.

Slednje se sicer trudi, da poveže ljudi, ki se (morda) poznajo že od prej in tako ohranjajo družbene stike, vendar to vedno ni lahko izvedljivo. Zavedajo se namreč, navaja Ramovš (2003, str. 104–200), da se z vsakim starostnikom »... večja opredmeten zaklad nakopičene zgodovinske in kulturne izkušnje človeštva oz. parificirana

kultura in da je zato kakovosten medčloveški odnos in skrb za dobro mrežo temeljnih človeških skupin njihova poglavitna dolžnost.« Flaker (1988, str. 77) domove celo primerja s *totalnimi ustanovami*, za katere je značilen razcep med dvema skupinama ljudi - med oskrbovanci in zaposlenimi. Tudi Ramovš (1999, str. 54) izpostavlja, da so odnosi v domu hierarhično fiksirani na podrejene in nadrejene, kjer je starostnik vedno v vlogi odvisnega, saj potrebuje pomoč, ker ... »ne zmore, ker ne zna, ker nima ...«.

Tako opazamo, da je svojskost življenja starostnika v domu izhaja iz medsebojno prepletajočih se značilnosti procesov v postmodernej družbi, znotraj katerih igrajo pomembno vlogo individualizacija, samoreflektivnost in lastno ustvarjanje biografske zgodbe, ki pa ne poteka na podlagi popolnoma avtonomne izbire. Starostnik tako svojo svojskost doživlja vpet med številne zahteve institucionalnega bivanja, ker:

- je individualizacija mogoča le v visoko organiziranih institucijah, v katerih živijo starostniki kot individuumi, povezani na osnovi svojih (parcialnih) identitet, za katere pa so odgovorni sami, čeprav njihovo življenje ne temelji več na samoorganizaciji, optimalni avtonomiji in samotematizaciji;
- je življenje starostnika v domu standardizirano, a ne v obliki tradicij, pač pa v obliki izbire za dom;
- je starostnik omejen v svojem življenju in je zato njegova individualnost podprta z družbenimi sistemi, z blaginjo države, s trgom dela aktivne populacije prebivalstva, je institucionalizirana;
- večina (prej izbirnih) biografij starostnikov postane standardnih; redke so biografije tveganja, pogostejše pa »(z)lomljene biografije«;
- zaradi starostnikovih občutenj negotovosti postane zanj ključna njegova aktivnost, saj je odgovornost za vključitev v dom večinsko njegova;
- se, čeprav je starostnikova odgovornost omejena, le-ta širi tudi na področje njegove socialne krize, kar pomeni še, da (širše) družbene okoliščine niso več absolutno pomembne za njegovo (ne)vživetje v dom;
- se zaradi zmanjšanega prostora bivanja njegova biografija (optimalno) ne globalizira več v širšem družbenem in prostorskem smislu in zato širše družbeno dogajanje (npr. v državi, svetu) ni več toliko pomembno za njegovo življenje;
- v domu starostnik v kontekstu globalizacije, detradicionalizacije in individualizacije ne najde več možnosti, oz. so le-te okrnjene, za medgeneracijsko učenje in transfer podedovanega znanja, pač pa je deležen stereotipne vloge in starizma (ageizma);
- starostnik doživlja vpliv globalizacije in detradicionalizacije kot zavračanje tradicije, saj le-ta ni več plod njegove samostojne izbire, izkušenj in avtonomnih odločitev;
- postane v starostnikovem življenju ključna socialna refleksija, ki zajema pogajanja, kompromisne odločitve in rešitve, analiziranje nasprotujočih si informacij, komunikacijo z ..., kar z naraščajočo starostjo postane zanj vse bolj značilno, pa tudi zahtevno;
- življenje starostnika v domu ni več individualizirano, ker izhaja iz splošnih pravil in navodil;
- je življenje enega starostnika v domu (pogosto) skoraj identično življenju drugega

starostnika, (so)stanovalca, saj je možnost za njuno svobodno odločanje in avtonomno izbiro izven njune absolutne svobode, torej omejena, saj »ščiti njuno institucijo«, tj. dom, ki deluje v kulturi skupnega (so)bivanja zanj enako pomembnih, čeprav v marsičem še vedno različnih, starostnikov (npr. v zdravju, znanju idr.);

- pogoji radikaliziranega življenja v domu starostniku ne omogočajo njegove absolutne avtonomnosti in svojskosti, zato le-ta (postopno) doživlja zaton svoje vrednosti in nižanje svojega družbenega statusa, kar pri njem nemalokrat (tudi nehote) povzroči razvoj altruističnega individualizma; ker,
- žal, politika doma v razmerah slovenske družbe, ki sicer temelji na oskrbi starostnika in varovanju njegovega življenja kot institucionalnega projekta, ne pomeni tudi zavračanja agresivnega tržnega sistema kapitalizma, ker vsiljuje homogenost in zaradi narave totalne institucije zavrača individualnost.

Življenje starostnika v domu poteka, kljub teoriji (refleksivne) individualizacije, vse bolj »družbeno predpisano«, kar potrjujejo tudi naši empirični podatki v izvedeni raziskavi. Pa tudi sicer postaja starostnikova avtonomija in njegova osebna identiteta v postmodernem (slovenskem) družbenem življenju, še zlasti v zadnjem obdobju, vse bolj problematična in kontroverzna. Čeprav slovenska družba temelji na »odprtosti« osebne identitete in refleksivnosti telesa, pa je sebstvo za vsakega starostnika »refleksivni projekt, saj doživlja bolj ali manj izpraševanje preteklosti, sedanjosti in prihodnosti« (Giddens, 2003, str. 37), ki se kaže kot »odnosni samoprojekt«, znotraj katerega skrb starostnika za samorealizacijo zahteva tudi upoštevanje pravil in norm institucionalnega bivanja.

Starostnikova intimnost ima v domskem bivanju lastno reflektivnost in lastne oblike referenčnega reda, navaja Giddens (1995, str. 6). Tudi zato, ker doživlja povečano vlogo zunanjih, institucionalnih dejavnikov odnosa, saj odnos med njim in drugimi deležniki bivanja v domu obstaja zaradi nagrajevanja odnosa (npr. plačila, pohvale idr.). Značilnost teh odnosov, individualizacije in drugih spremljajočih procesov, vključno z vplivom negovalnega in terapevtskega odnosa, v razvoju bivanja v domu privedejo do možnosti »srečne in kvalitetne starosti«. Kvalitetno sodelovanje med starostnikom in zaposlenimi v domu se razvije samo toliko, kolikor se razvije do meje, do katere je vsak izmed deležnikov pripravljen bodisi razkrivati skrbi in potrebe bodisi biti pripravljen prestopiti meje delovanja doma kot »totalne institucije«. Navedeno pa pogosto sproži dvom o splošnem zaupanju tudi zaradi omejenih možnosti deležnikov v domu in njihovi homogenosti na osnovi nacionalne politike v zvezi z domskim bivanjem starostnikov. Zaposleni v domu si sicer prizadevajo za dobro počutje starostnikov, vendar kljub temu delujejo po mehaničnih načelih »totalne institucije«.

Dom za starejše lahko izraža nekatere vidike dejanskega doma le v prisposodbi, nikakor pa ne more biti »pravi dom«, ki bi starostniku nudil zatočišče, prostor, zaposlitev in identiteto. Starostnik je le delček velike organizacije, zato zanj življenje v instituciji zahteva kompromise. V takšnem okviru prevladujejo interesi organizacije in potrebe skupine, občutek »pravega, prvotnega« doma je zato nedosegljiv in povsem abstrakten pojem, izpostavlja Mali (2013, str. 35). Princip nadrejenosti pa osebje v domu, posredno in neopazno, potiska v brezčutnost do podrejenih in v popredmeteno

ravnanje z njimi, navaja Kastenbaum (1985, str. 103–104). Osebe ima namreč moč, da poseže po posebnih oblikah intervencije za izboljšanje odnosov, za kar pa mora biti dovolj strokovno usposobljeno, da spremeni svoja pričakovanja do vedenjskih vzorcev starostnika ali njegovih svojcev, opozarja Hojnik-Zupanc (1994, str. 11). Milošević-Arnold (2003, str. 26–27) za prepoznavanje kvalitete delovanja doma in življenjskih razmer starostnikov v njem izpostavlja kriterije:

- *zaprtost oz. odprtost doma kot institucije*: institucija, ki deluje po socialnem modelu (»deinstitucionalizirana«), mora biti odprta tako za same stanovalce (izhodi brez posebnih »dovoljenj« in časovnih omejitev), kakor tudi za različne obiskovalce: svojce stanovalcev (brez omejitev časa za njihove obiske), prostovoljce, izvajalce različnih kulturnih in drugih programov, strokovnjake (predstavnike različnih služb (socialnih, zdravstvenih programov idr.), študente (dom je učna baza za opravljanje prakse in raziskav), strokovnih združenj, šol, upravnih služb in za medije;
- *javnost življenja v institucionalni oskrbi*, ker je dom javni prostor, ki dopušča in spodbuja vplive zunanjega sveta in omogoča pretok ljudi, informacij, dogodkov ipd.;
- *narava odnosov med uporabniki in zaposlenimi*, ker je dom socialna institucija, ki jo odlikuje skrb za vzdušje, v katerem se upošteva dostojanstvo starostnika, kjer naj med stanovalci in delavci vladajo odprti in topli odnosi in je zagotovljena komunikacijska prepustnost na vseh ravneh;
- *ohranjanje avtonomije posameznika*, saj je v domu kot socialni instituciji pozornost usmerjena v ohranjanje identitete posameznika, kjer se spoštuje njegova zasebnost in dosledno upošteva njegova pravica do izbire, tudi do majhnih, vsakodnevnih izbir, ki omogočajo kontrolo nad lastnim življenjem (npr. kdaj bodo vstali, kdaj in kaj bodo jedli, kaj bodo oblekli, s kom in kdaj se bodo družili); in
- *dobro počutje uporabnikov* v skupnosti z drugimi, ker se v domu kot socialni instituciji krepi moč stanovalcev, ohranja in spodbuja se njihovo socialno funkcioniranje, hkrati pa imajo stanovalci glede na svoje potrebe in želje pravico do pomoči. Dom kot celota deluje tako, da stanovalcem daje občutek varnosti.

Sprašujemo pa se, če so razmerja v domu res predmet izbire in če razmerja starostnika z drugimi deležniki temeljijo na predanosti (osebja doma) in zaupanju (starostnika in svojcev), zakaj torej v razmerah sodobne slovenske družbe naletimo na favoriziranje življenja starostnika v njegovi družini in ne v domu? In, ali je res, da starostniki izgubljajo svoj družbeni status? Zakaj je starostnikom kršena avtonomija odločanja? Ali gre za materializacijo eksistenčnega prostora in spiritualnost duševnega zdravja, ki je predpogoj za kvalitetno bivanje v instituciji?

4 Empirični del

Želene odgovore smo pridobili z raziskavo, katere (delne) rezultate predstavljamo. Domovi se soočajo z naraščajočimi zahtevami po kakovostni negi in varstvu ter

socialni in medicinski oskrbi, tako oskrbovancev kot tudi svojcev. Zato težijo k neprestanemu izboljševanju kakovosti svojih storitev. Toda domovi se soočajo: s socialnimi problemi v domu, z neustrezno razporeditvijo zmogljivosti, z neučinkovitim upravljanjem, s pomanjkanjem razvojnih virov, s togimi in z minimaliziranimi kadrovskimi normativi, s problemi financiranja (bodisi samih oskrbovancev, svojcev bodisi lokalnih skupnosti) in z zastarelo infrastrukturo domov, z vedno bolj zahtevno zdravstveno oskrbo starostnikov ter s krčenjem sredstev zdravstvenega zavarovanja.

Omejitve, ki smo jih zaznali pri intervjuvanju, so bile, da je bil vzorec starostnikov naključno nereprezentativen in da empirična analiza ne vključuje tistih, ki jih ni bilo v času intervjuvanja v domu, in tistih, ki niso želeli odgovarjati zaradi zdravstvenih ali osebnih razlogov. Oblikovali smo vprašanja zaprtega tipa, a so imeli intervjuvani (zaradi starosti) na določena vprašanja možnost dodati še svoje mnenje.

Intervjuvanje smo izvedli v okviru predmeta Socialna gerontologija (na FF UM) v študijskem letu 2014/15. Za sodelovanje pri raziskavi se zahvaljujem študentom Oddelka za sociologijo Filozofske fakultete Univerze v Mariboru. Tu predstavljamo zgolj del pridobljenih empiričnih podatkov, ki smo jih obdelali s programom SPSS. V raziskavo je bilo zajetih 424 starostnikov, ki bivajo v domovih. Vprašanja smo predhodno pripravili na posebnem listu, v zvezek pa zapisovali pomembnejše informacije. Tiste stanovalce, ki so se strinjali s snemanjem pogovora, smo posneli z namenom, da pridobimo natančnejši uvid v odgovore ter da je analiza zbranih podatkov natančnejša in bolj pregledna. Zavedali smo se, da se ni moč zanesti zgolj na lastne sposobnosti pomnjenja osebnih podatkov za vsakega posameznika. Največ intervjuvanih starostnikov, 152 (35,84 %), je imelo končano srednjo poklicno šolo; 138 (32,5 %) dokončano osnovno šolo; manjši delež, 60 (14,15 %), splošno srednjo šolo; 52 (12,26 %) nedokončano osnovno šolo; z višjo šolo jih je bilo le 40 (9,43 %) in le 2 (0,47 %) sta imela končano univerzitetno izobrazbo. Pri tem so nas intervjuvani opozorili, da je »v tistem času potekala vojna in samo šolanje ni imelo takšnega pomena, kot ga ima danes, saj ... je bilo bolj pomembno služiti kruh, kot pa hoditi v šolo.«

Tabela 1: Spearmanov koeficient med izobrazbo, občutkom zanemarjenosti in zdravjem

<i>Spearmanov koeficient (rho)</i>	<i>Občutek zanemarjenosti</i>	<i>Zdravje</i>
izobrazba	0,537**	0,893**

Spearmanov koeficient je pokazal, da obstaja med izobrazbo in počutjem zanemarjenosti močna statistična povezanost ($\rho = 0,537$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Smer korelacije je pozitivna. Tudi med izobrazbo in zdravjem anketiranih je Spearmanov koeficient pokazal zelo močno statistično povezanost ($\rho = 0,893$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Smer korelacije je pozitivna.

Zanimalo nas je tudi, kaj intervjuvanim pomeni kakovostna starost. Ugotovili smo, da je zanje pojem *kakovostna starost* preveč strokoven, zato smo jim vsebino pojma bolj podrobno obrazložili. Največ intervjuvanih, 356 (83,96 %), je navedlo *zdravje*, 22 (5,18 %) zdravo prehrano, manj stresa pa 218 (51,41 %) intervjuvanih. Dnevni sprehodi so vsebina kakovostne starosti za 162 (38,20 %) intervjuvanih. Ostali odgovori pa predstavljajo: druženje z družino, 122 (28,77 %), aktivno staranje, 102 (24,05 %),

druženje z vrstniki, 148 (34,90 %). Pri odgovoru drugo jih je 34 (8,01 %) povedalo, da jim kakovostno starost predstavljajo tudi prijatelji, delo na vrtu, druženje in ljubezen. Dodali pa so, da včasih življenje ni bilo tako stresno, da so mladi dandanes preveč pod stresom in da sta se življenjski stil in odnos ljudi zelo spremenila.

Zanimala nas je tudi ocena lastne kakovosti zdravja vprašanih. Največ, 192 (45,28 %), jih je svoje zdravje ocenilo kot *zadovoljivo*; kar *dobro* 118 (27,83 %), *slabo* 88 (20,75 %), *odlično* se zdravstveno počuti 20 (4,71 %) intervjuvanih, *zelo slabo* pa 6 (1,41 %). Ugotavljamo, da so intervjuvani starostniki kar zadovoljni s svojim zdravjem, saj jih je 77,8 % odgovorilo z *zadovoljivo ali več*.

Tabela 2: Spearmanov koeficient med zdravjem in bivanjem v domu

<i>Spearmanov koeficient (rho)</i>	<i>Bivanje v domu</i>
Kakšno je vaše zdravje?	0,852**

Spearmanov koeficient je pokazal, da obstaja med zdravjem in bivanjem v domu intervjuvanih zelo močna statistična povezanost ($\rho = 0,852$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Ugotavljamo, da je druženje intervjuvanih z drugimi prebivalci doma zelo pomembno, saj vpliva na njihov družbeni status, na posameznikovo osebnost, samopodobo, avtonomnost izbire in odločanja, vedenje, pa tudi na zdravje. Zato je treba starostnike spodbujati k druženju.

Tabela 3: Število (f) in strukturni odstotki (f %) starostnikov glede na to, ali se kdaj počutijo osamljeno

<i>Občutek osamljenosti:</i>	<i>f</i>	<i>f%</i>
Se ne počutim osamljeno	288	67,92 %
Enkrat na teden	14	3,30 %
Večkrat na teden	8	1,88 %
Enkrat na mesec	22	5,18%
Večkrat na mesec	22	5,18 %
Na pol leta	52	12,26 %
Enkrat na leto	18	4,24 %
Skupaj:	424	100,0 %

Glede na zastavljena vprašanja nas je zanimalo, ali se intervjuvani kdaj počutijo osamljeno. Kar 144 (33,96 %) intervjuvanih je odgovorilo, da se ne počuti osamljeno. Tudi Kruskal–Wallisov test je pokazal, da obstaja statistično značilna razlika za osamljenost, in sicer glede na primerjavo, s kom intervjuvani v domu živijo. Ugotovili smo, da so bolj osamljeni tisti intervjuvani, ki živijo sami v sobi, kot tisti, ki živijo z zakoncem, prijateljem, naključnim sostanovalcem. Razlike med skupinami so statistično značilne na ravni $p = 0,05$.

Spearmanov koeficient je pokazal, da obstaja med občutkom osamljenosti in tem, s kom intervjuvani živijo, zelo močna statistična povezanost ($\rho = 0,727$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Tudi med občutkom osamljenosti in izobrazbo je Spearmanov koeficient pokazal, da obstaja zelo močna statistična povezanost ($\rho = 0,769$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$.

Tabela 4: Število (f) in strukturni odstotki (f %) starostnikov glede na to, ali so se kdaj v domu počutili zanemarjeno/diskriminirano zaradi starosti

<i>Občutek zanemarjenosti zaradi starosti:</i>	<i>f</i>	<i>f %</i>
Nikoli se nisem počutil zanemarjeno.	378	89,2 %
Enkrat na teden	4	0,9 %
Enkrat na mesec	2	0,5 %
Večkrat na mesec	6	1,4 %
Na pol leta	28	6,6 %
Enkrat na leto	6	1,4 %
Skupaj:	424	100,0 %

Želeli smo ugotoviti tudi, ali so se intervjuvani v domu kdaj počutili zanemarjeno ali diskriminirano (samo) zaradi starosti. Presenetljivo se 378 (89, 15 %) intervjuvanih nikoli ni počutilo zanemarjeno ali diskriminirano (samo) zaradi starosti. Da se počutijo zanemarjeno na pol leta, je odgovorilo 28 (6,60 %) intervjuvanih, vsi ostali odgovori intervjuvanih pa so v zelo majhnih deležih: enkrat na mesec 1 (0,23 %), večkrat na mesec 6 (1,41 %) in enkrat na leto 6 (1,41 %).

Med spremenljivkama kraj bivanja (dom) in občutkom zanemarjenosti/diskriminiranosti zaradi starosti pa obstaja šibka statistična povezanost, in sicer na ravni statistične značilnosti $p = 0,05$.

Tabela 5: Število (f) in strukturni odstotki (f %) intervjuvanih glede na to, ali so občutili spremembo v svojem družbenem statusu

<i>Ali ste občutili spremembo v družbenem statusu</i>	<i>f</i>	<i>f %</i>
Ne	70	16,50 %
Da	354	83,49 %
Skupaj:	424	100,0 %

Glede na zadani raziskovalni problem nas je zanimalo, ali so intervjuvani občutili spremembo v svojem družbenem statusu, potem ko so se preselili v dom. Toda presenetljivo, drugače kot smo predvidevali, je to zaznala in občutila manj kot polovica intervjuvanih, 177 (41,74 %). Tistih, ki spremembe v družbenem statusu niso občutili, je bilo 35 (8,25 %).

Tabela 6: Spearmanov koeficient povezanosti med spolom in občutenjem spremembe v družbenem statusu

<i>Spearmanov koeficient (ρ)</i>	<i>Zaznavanje spremenjenega družbenega statusa</i>
Označite svoj spol.	0,228**

Spearmanov koeficient je pokazal, da obstaja med spolom in zaznavanjem spremenjenega družbenega statusa šibka statistična povezanost ($\rho = 0,228$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Smer korelacije je pozitivna. Intervjuvanke bolj zaznavajo spremenjeni družbeni status kot moški.

Tabela 7: Kontingenčna tabela odvisnosti med starostjo in občutenjem osebne avtonomije

Kontingenčna tabela	Osebna avtonomija		Skupaj
Starost	Da	Ne	
66 let ali manj	50,0 %	50,0 %	100,0 %
Od 66 do 76 let	41,6 %	58,4 %	100,0 %
Od 77 do 86 let	21,4 %	78,6 %	100,0 %
Več kot 87 let	18,8 %	81,3 %	100,0 %
Skupaj:	30,7 %	69,3 %	100,0 %
Izid preizkusa = 12,357; g = 3; $\alpha = 0,01$			

Izid χ^2 preizkusa kaže, da obstaja statistično značilna povezava ($\chi^2 = 12,357$; g = 3; $\alpha = 0,01$) med starostjo in občutenjem osebne avtonomije intervjuvanih. Med intervjuvanimi, starimi 66 let ali manj, jo še vedno zaznava 50 % intervjuvanih; med starimi od 66 do 76 let pa 41,6 %; nižjo percepcijo avtonomije smo zaznali pri intervjuvanih, starih od 77 do 86 let (21,4 %), najmanj pa pri starih več kot 87 let (18,8 %). Pričakovali smo, da bodo intervjuvani, stari 66 let ali manj, bolj pozorno zaznali spremembo v avtonomiji, saj so, po pričakovanju, bolj zdravi in bolj pozorni na meje svojega avtonomnega odločanja.

Tabela 8: Spearmanov koeficient povezave med zaznavanjem avtonomije in vključevanjem v življenje doma

Spearmanov koeficient (ρ)	Vključevanje v življenje doma
Ali ste vključeni v društvo?	0,376**

Spearmanov koeficient je pokazal, da obstaja med zaznavanjem avtonomije in vključenostjo v življenje doma intervjuvanih močna statistična povezanost ($\rho = 0,376$) na ravni statistične značilnosti $p = 0,01$. Smer korelacije je pozitivna. Bolj kot so vključeni v življenje doma, bolj narašča občutenje osebne avtonomije starostnika.

Pri racionalizaciji starostnikovega zaznavanja avtonomije in (spremenjenega) družbenega statusa ter komodifikacije odnosov se vzpostavljanje odnosov z drugimi (sprememba) pojavlja kot posledica njegovih zavestnih racionalnih zaznav in odločitev ter tehtanja, kateri odnos bolj prispeva k njegovi samorealizaciji in kaj »mora« sam prispevati, da bodo odnosi zanj zadovoljujoči.

Tabela 9: Število (f) in strukturni odstotki (f %) mnenj starostnikov glede cen bivanja v domu

Cene bivanja v domu	f	f %
zmerne	74	17,45 %
malo previsoke	238	56,13 %
občutno previsoke	112	26,41 %
Skupaj:	424	100,0 %

Pričakovano je večina intervjuvanih, 82,5 %, cene bivanja v domu ocenila kot previsoke; te so le za 17,5 % vprašanih zmerne. Vprašani so sami še dodali, da brez sofinanciranja sorodnikov (največkrat otrok) v domu ne bi mogli bivati, ker so njihove pokojnine premajhne za pokritje vseh stroškov.

5 Zaključek

Živeti v domu za starostnike predstavlja soočanje s kompleksnim sistemom, ki ga sicer (so)oblikujejo sami starostniki, ki v njem bivajo, in v njem zaposleni. Slednji močno vplivajo na zadovoljevanje specifičnih ekonomskih, socialnih in čustvenih interesov in potreb starostnikov. Na kakovost življenja le-teh vpliva še primarna skrb in soodgovornost zaposlenih za zdravo in aktivno, predvsem pa zadovoljno starost prebivalcev doma, ki je odvisna tudi od percepcije avtonomije starostnika in njegovega zaznavanja (spremenjenega) družbenega statusa. Gre torej za soobstoj (vsaj dveh) generacij in, ob tem za soobstoj potrebnega sodelovanja in hkrati za neenakost. Oboje pa močno zaznamuje osebne odnose, pri čemer smo, na osnovi pridobljeni empiričnih podatkov, spoznali, da je kreativna energija obeh skupin še vedno bolj usmerjena v vzdrževanje utečenih neenakosti kot v njihovo preobrazbo, čeprav smo (delno) tudi to že zaznali. Partnerski odnos med zaposlenimi in oskrbovanci doma lahko vidimo v kontekstu enakih deležnikov. Za njun partnerski odnos sta značilni krhkost zaveze »očiščenosti« vsega, razen funkcije »vzajemnega zadovoljstva«, kar pa povzroča tudi spreminjanje identitete, avtonomije in družbenega statusa starostnikov, ki prebivajo v domu.

Možnost avtonomije in izbire smo prepoznali znotraj tistega dela starostnikov, ki imajo visok družbeni in, predvsem, ekonomski status in ugled, saj le-ti lahko, bolj kot drugi, izbirajo med možnostmi in so (celo zato) odvezani prevzemanja odgovornosti. Navedeno se odvija v kontekstu rezanja nekaterih vezi in izničenja nekaterih povezav in procesov, kar pa poteka pogojno. Starostniki, ki morajo omenjene spremembe sprejeti, o njih ne odločajo. Kaj šele, da bi imeli možnost uresničiti svobodnejšo izbiro. Avtonomija (*de iure*) in svoboda odločanja sta tako omejeni na tiste, ki še to zmorejo, in tiste, ki si to lahko privoščijo; tako v smislu možnosti kot v smislu prenašanja posledic izbire. Oboje pa se posledično odraža na intenziteti zaznavanja oz. percepcije družbenega statusa starostnika.

Glavno protislovje, ki smo ga zaznali, tako poteka v vse večjem neskladju med (*de facto*) samorealizacijo in zmožnostjo starostnika nadzorovati svoj družbeni status v razmerah komodifikacije življenja. Bauman (2003, str. 113) zato navaja, da to sproža negativne učinke na »prisilne starostnike«, tako na tiste, ki izbire dejansko nimajo, kot tudi na tiste, ki jim je domnevno namenjena.

Druga sprememba, ki smo jo zaznali, poteka znotraj individualizacije; je preobrazba identitete starostnika, ki zaživi v domu, saj le-ta ni sama po sebi umevna, temveč je njegova »nalog«. Iz ostalih raziskovalnih podatkov pa smo razbrali še, da tudi spremenjena racionalizacija starostnika v odnosih (do zaposlenih v domu) poteka po konceptu (slovenskega) emocionalnega kapitalizma kot »spremenjena kultura«, ko v spremenjeni praksi emocionalnih in kulturnih diskurzov vzajemno oblikujejo drug drugega. To pa proizvaja široko in zahtevno sodelovanje, v katerem emocija postane bistveni del ekonomskega obnašanja in v kateri emocionalno življenje sledi logiki odnosov med starostniki in osebjem v domu.

Sklenemo lahko, da mora biti raven retorike starostnikovih potreb presežena, tako Katz (1995, str. 95), s potrebnim sistematičnim in zavestnim naporom, ki vključuje tudi njihovo avtonomijo pri načrtovanju potreb in izdelavi negovalnih načrtov. Dejstvo je, da se je treba pri obravnavi starostnikov osredotočiti nanje in na njihove potrebe; tudi zato, ker:

»... je dom arena, kjer se dogaja dolgoleten etični izziv med življenjem in smrtjo, kaj je prav in kaj narobe, med pravico in dolžnostjo ...« .

(Garrett, 1983).

Jana Goriup, PhD

Older People: Autonomy and Social Status

The meanings of age are not unchangeable. They respond to the pressures of each new cohort through the everyday interactions of cohort members, the millions of apparently unrelated individual decisions, the gradually emerging cohort definitions which then merge into new or altered norms, contracts, laws, social institutions. The meaning of age and aging is under constant social pressure; it is the subject of constant redefinition in which each individual plays an active part. In the past, people had a favourable attitude towards age. Older people were valued due to their experience, and, only in rare cases, unwanted because of their impaired physical functions. Older people with a high social status were especially valued since they had social power and, as the owners of material assets, also the power of decision-making. Therefore, they enjoyed great respect, and aging represented a popular and fully extended symbol of the fate of human life. In the 1960s, the perception of age completely changed, since both, age and aging, became the subject of social institutionalising. Intensive demographic changes in the developed postmodern societies, and the increase of the heterogeneity of the older population pushed older people to the margins of society, as well as defined their status of a dependent social category by implementing the institutionalisation act. Based on his theory of a risk society, Beck established that the transition into the industrial society caused the formation of a productivity-oriented society, which in accordance with its own interests, creates an image of older people as dependent, unproductive, and inactive members of society. The prevalent stereotypes about age in society create the general negative attitude towards age and affect the experience of age in older people, which consequently results in their low self-esteem. Their expectations and demands become low as well.

The purpose of this paper is to clarify the prevalence and characteristics of social isolation in older individuals living alone or with others in a nursing home, and to examine the characteristics of non-responders to questions concerning their changed situation towards their needs, social status, autonomy and social isolation.

The life of older people in the nursing home, despite the theory of (reflexive) individualisation, is getting more and more “socially prescribed”, which is also confirmed by the empirical data obtained by our research. Also the autonomy of older people and their personal identity are getting more problematic and controversial in postmodern (Slovenian) social life, especially in the last period.

Although the grounds of highly reflexive society are based on “openness” of personal identity and reflexivity of the body, in the contemporary Slovenian society, the self-esteem of each older person is a “reflexive project” because he or she experiences more or less questioning of the past, present and future (Giddens, 2000, p. 37), which is seen and manifested as a “relationship self-project”, within which the concern of older people for their self-fulfilment also refers to care for the compliance with the rules and norms of the institutional residency, since different rules are valued in the nursing home. The older person is experiencing his or her peculiarity among the many requirements and demands of nursing home because:

- a highly organised individualisation is only possible in institutions within which older people live as individuals, connected on the basis of their (partial) identities, for which they are responsible by themselves, even though their life is no more based on self-organisation, optimal autonomy and self-thematisation;*
- life in the nursing home is limited and standardised, but not in the form of traditions, only in the form of choice for nursing home;*
- the individuality of older people is institutionalised, even if supported by social systems, by the state welfare, labour market with active population;*
- most of their (previously selected optionally) biographies become standard; rare are biographies of the risk, more frequent are broken biographies;*
- because of older people’s perceivance of their uncertainty, their activity becomes crucial, as it is the responsibility of socialisation in the nursing home;*
- although older people’s liability is limited, it is also expanding the scope of their social crisis, so the (broader) social circumstances are no longer relevant for their (in) living in the nursing home;*
- older people are limited in their (reduced) social space in the nursing home, their biography (optimal) in the wider society is no more globalising in spatial sense, therefore, the wider social events and developments (e.g. in the country, in the world) do not acquire on the events in their lives;*
- older people in nursing home cannot find more new living options in the context of globalisation and detraditionalisation, as they are truncated, for inter-generational learning and transfer of inherited knowledge, but they get stereotyped.*

Older people are experiencing the influences of globalisation on detraditionalisation as a rejection of tradition because they do not produce more based and independent choices and experienced and autonomous decision making. In older age, life becomes a crucial social reflection, which includes negotiation, compromise decisions and solutions, analysing the conflicting information, etc. The life of older people in nursing home is no longer individualised, because it is derived and dependent on the general rules and instructions. At a certain point, the life of older people in the nur-

sing home is (too) often identical with living a life of a room-mate, as the chance for their free and autonomous decisions lies outside their absolute freedom and is limited by "shields of their institution", i.e. nursing home, which operates in a culture of common. The radicalised conditions of life in the nursing home do not allow older people their absolute autonomy and peculiarity. Therefore, older people are (progressively) experiencing a decline of their value and lowering of their social status, which often (unintentionally) causes the development of altruistic individualism of older people. Because, unfortunately, the policy of the nursing home in the context of Slovenian society, which is based on the care and protection of older people's lives as an institutional project, does not at the same time mean the rejection of the capitalist aggressive market system; because it enforces the homogeneity and, due to the nature of the nursing home as total institution, it rejects the individuality of older people.

Initially, a systematic literature review including a variety of scientific and professional articles, monographs and websites was performed for the qualitative study, which was performed in the study year 2014/2015. The research was conducted with 424 interviewees, who lived in nursing home.

The study was based on a non-random (convenience) sample of older people in the northeastern Slovenian region. At the level of inferential statistics, the sample is defined as a simple random sample of a hypothetical population. The sample included 34.1% males and 65.9% females. The sample included more females than males which is not surprising since in 2012, the average female life expectancy in Slovenia was 80 years and 71.8 years for males (Statistical Office RS, 2013). This is an indication that on average, women live 8.2 years longer than men and as a result, outnumber them. The information about premature mortality shows that in 2012, almost every third male and every eighth female died younger than 65 years old. This is also proof that on average, men die younger than women.

Spearman's rank correlation coefficient showed that between education and the notion of neglect a strong statistical relationship exists ($\rho = 0.537$) at the level of the statistical characteristics of the $p = 0.01$. The direction of the correlation is positive. Between education and health surveyed, the Spearman's rank correlation coefficient showed a very strong statistical relationship ($\rho = 0.893$) at the level of the statistical characteristics of the $p = 0.01$. The direction of the correlation is positive.

Social theories of aging establish that the relation between a person and its social environment is especially important. Well-being in one's old age thus depends mostly on the expectations in the environment in which he or she lives. Spearman's rank correlation coefficient showed that between health and staying in the nursing home exists a very strong statistical relationship ($\rho = 0.852$) at the level of the statistical characteristics of the $p = 0.01$. Socialising with other residents of the nursing home is very important for the older people, because socialising has an effect on their personality, self-esteem, social status, the autonomy of choice and decision-making, behaviour and health. Therefore, older people should be encouraged to spend some time in sharing social activities.

Loneliness is an emotional state in which older people feel strong feelings of emptiness and isolation; it is more than just a need for the company of a fellow. It is a feeling of being estranged and isolated from people. The causes of loneliness in old age can be various: the death of a spouse, relative, illness, children moving away, etc. But, a person living alone does not necessarily feel lonely. He or she can feel good and has no problems making new contacts with people. Kruskal-Wallis Test showed that there is a statistically significant difference for privacy, namely in relation to the comparison, with whom they live in the nursing home. Lonelier are respondents living alone in a room (154.41) as those living with a spouse, a friend, a room-mate (72.50). The differences between groups are statistically characteristic at the level of $p = 0.05$; the set null hypothesis was rejected with a maximum of 5% risk.

378 (89.15%) of the respondents had never felt neglected or discriminated (only because of the age; once in the half-year period 28 (6.60%), once a month 1 (0.23%), 6 (1.41%) several times a month and once a year 6 (1.41%). Among the variables place of residence (nursing home) and a feeling of neglect/discrimination due to age, there is a statistical relationship (0.383), namely at the level of statistical characteristics $p = 0.05$.

The outcome of the χ^2 test shows that there is a statistically significant difference ($\chi^2 = 12.357$; $g = 3$; $\alpha = 0.01$) between age and a feeling of personal autonomy. Among the respondents aged 66 years or less, we still recognise 50% of respondents; between aged 66 and 76 41.6% and among aged 77 and 86 21.4% and of those over 87 years 18.8%.

We expected that the respondents, aged 66 years or fewer, more closely detect the change in the autonomy, since they are expected to be healthier and more aware of the limits of their autonomous decision-making. Spearman's rank correlation showed that between the perceptions of autonomy and involvement in life at nursing home a strong relationship exists ($\rho = 0.376$) at the level of the statistical characteristics of $p = 0.0.1$. The direction of the correlation is positive. More than they are included in the nursing home's life, the more the feeling of personal autonomy of older people is rising.

In the rationalisation of older people's perception of autonomy and (revised) social status and commodification relationships built with others, the change, as a result of their conscious rational perception and decision-making, which contributes more to their self-realisation and what "must" they contribute for satisfactory relations, appears. These findings suggest that social support for the socially isolated older people should be adequately planned considering differences in the characteristics of isolation between those living alone and living together. It is also suggested that the non-responders in some questions relating to social status and autonomy should be considered as likely to belong to the isolation groups when screening for the isolated older people.

Nevertheless, the identified problems indicate a real problem in the field of care for older people, especially in nursing homes. Consequently, the paper might be appropriate for managers and workers in nursing care of older people, as well as for their family members. However, the findings of this study are difficult to generalise for the entire population of older people in Slovenia, living in nursing homes.

LITERATURA

1. Achenbaum, W. A. (2009). A metahistorical perspective on theories of aging. In: Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M. and Gans, D. (ed.). *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer.
2. Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 4, pp. 366–380.
3. Baltes, P. B. and Baltes, M. M. (1997). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. V: Hojnik - Zupanc, I. (1999). *Samostojnost starega človeka v družbeno - prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
4. Baltes, P. B. and Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
5. Bauman, Z. (2003). *On the frailty of human bonds*. Cambridge: Polity Press; Malden: Backwell.
6. Blanchard-Fields, F. and Kalinauskas, A. S. (2009). Challenges for the current status of adult development theories: a century of progress. In: Smith, M. C. and DeFrates-Densch, N. (ed.). *Handbook of Reserch on Adult learning and Development*. New York: Routledge, pp. 3–33.
7. Cijan, V. in Cijan, R. (2003). *Zdravstveni, socialni in pravni vidik starostnikov*. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
8. Cumming, E. and Henry, W. E. (1961). *Growing old*. New York: Basic Books.
9. Erlach-Stickler, G. (2009). *Wie erleben alte Menschen den Eintritt in ein Pflegeheim?* VDM Dr. Müller.
10. Flaker, V. (1998). *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba/cf*.
11. Garrett, G. (1983). *Health needs of the elderly*. London: Macmillan Education.
12. Gašparovič, M. (1999). *Kakovost življenja starostnikov v domskem varstvu*. *Obzornik zdravstvene nege*, 33, str. 187–192.
13. Giddens, A. (1995). *Modernity and self-identity, self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
14. Giddens, A. (2003). *Preobrazba intimnosti: spolnost, ljubezen in erotika v sodobnih družbah*. Ljubljana: Založba /cf*.
15. Grebenc, V. (2005). *Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.
16. Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, No. 1, pp 8–13.
17. Havighurst, R. J., Neugarten, B. and Tobin, S. S. (1968). Disengagement and patterns of aging. In: Neugarten, B. (ed.). *Middle Age and Aging*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
18. Hojnik - Zupanc, I. (1994). *Institucionalno bivanje starih ljudi*. Ljubljana: Gerontološko društvo Slovenije.
19. Hojnik - Zupanc, I. (1999). *Samostojnost starega človeka v družbeno-prostorskem kontekstu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
20. Hooyman, N. R. and Kiyak, H. A. (2014). *Social gerontology: a multidisciplinary perspective*. Harlow, Essex: Pearson.
21. Kastenbaum, R. (1985). *Staranje*. Murska Sobota: Pomurska založba.
22. Katz, P., Kane, R. and Meze, Y. (1995). *Quality care in geriatric setting*. New York: Springer.
23. Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: the emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicholson.
24. Law, K. W. (1997). Positive effects of modernization on later life. Hong Kong. Pridobljeno dne 31. 4. 2015 s svetovnega spleta: http://www.library.ln.edu.hk/eresources/etext/caws/cpps_0059.pdf.
25. Neugarten, B. (1982). *Age or need? Public policies for older people*. Beverly Hills: Sage.
26. Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politics and Social Sciences*, 1, pp. 187–198.
27. Neugarten, B. L. (1979). Time, age, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 136, No. 7, pp. 887–894.

28. Pečjak, V. (2007). Psihologija staranja. Bled: Samozaložba Bled.
29. Pečjak, V. (1998). Psihologija tretjega življenjskega obdobja. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
30. Powell, J. L. (2000). The importance of a critical sociology of old age. *Reviewing Sociology: Journal of Reviews*, 11, No. 2, pp. 3–12.
31. Powell, J. L. (2001). Aging and social theory: a sociological review. *Social Science Paper Publisher*, 4, No. 2, pp. 15–31.
32. Ramovš, J. (1999). Mreža medgeneracijskih skupin za kakovostno starost v domu za stare ljudi. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
33. Ramovš, J. (2003). Kakovostna starost. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
34. Resman, S. (2005). Zagotavljanje samostojnosti in povezanosti starostnikov v bivalnem okolju. Pridobljeno dne 28. 9. 2015 s svetovnega spleta http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_resman-sonja.pdf.
35. Stuart-Hamilton, I. (2006). *Psychology of aging*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
36. Suzman, R. M., Willis, D. P. and Manton, K. G. (1992). The oldest old. In: Suzman, R. M., Willis, D. P. and Manton, K. G. (ed.). New York: Oxford University Press.
37. Tornstam, L. (1989). "Gero-transcendence: a reformulation of the disengagement theory". *Aging*, 1, pp. 55–63.
38. Vertot, N. (2010). Starejše prebivalstvo v Sloveniji. Zbirka Brošure: Statistični urad Republike Slovenije.
39. Whitbourne, S. K. (2008). *Adult Development and Aging: Biopsychological Perspectives*. Danvers, MA: John Wiley & Sons.
40. Willcocks, D. et al. (1987). *Private lives in public places*. London: Tavistock.

Types of Threats against Nursing Care Workers in Psychiatric Facilities

Scientific article

UDC 616.89+364.632

KEY WORDS: safety, quality, violence, psychiatric patient, nursing care

ABSTRACT - The purpose of this research was to define the type and frequency of violence towards the psychiatric nursing care workers across as wide sample as possible. For this research we decided to include workers that are most exposed to violence, i. e. the nursing staff, who work in secure and/or intensive care psychiatric units. The research was conducted in 5 psychiatric hospitals. For the purpose of this study, a non-experimental sampling method was employed using a structured questionnaire as the data collection instrument ($n = 203$). The prevalence of violence towards the psychiatric nursing care workers is high, particularly for those at intensive psychiatric care units and secure psychiatric units. Psychiatric nursing care workers must ensure safe and high-quality care even during aggressive behaviour of their patients; however, this is sometimes difficult, because they lack the functional knowledge. Representative results can serve as a basis for the development of a comprehensive aggression prevention and employee education programme.

Znanstveni članek

UDK 616.89+364.632

KLJUČNE BESEDE: varnost, kakovost, nasilje, pacienti z duševno motnjo, zdravstvena nega

POVZETEK - Namen te raziskave je bil na čim večjem vzorcu ugotoviti vrsto in pogostost nasilja, usmerjenega proti zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije. V to raziskavo smo vključili najbolj izpostavljene zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije, tj. zaposlene na intenzivnih oddelkih. Raziskava je bila opravljena v petih psihiatričnih bolnišnicah. Uporabili smo neeksperimentalno metodo raziskovanja s strukturiranim anketnim vprašalnikom ($n = 203$). Nasilje, usmerjeno proti zaposlenim v zdravstveni negi, je pogosto, posebno proti zaposlenim na intenzivnih oddelkih in oddelkih pod posebnim nadzorom. Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije morajo tudi ob agresiji zagotoviti varno in kakovostno obravnavo, kar pa je velikokrat težko, saj jim primanjkuje funkcionalnega znanja. Dobljeni reprezentativni rezultati lahko služijo za razvoj obsežnega programa preventive in usposabljanja zaposlenih.

1 Introduction

Patient security and high-quality psychiatric treatment are a priority on all levels of health care. With the development of the modern society and present trends, the incidence of psychiatric diseases is on the rise. Despite the progress made by psychiatry specialists, the violence and aggressive outbursts are a key component when dealing with a psychiatric patient. In the future, more frequent cases of acute psychosis and various conditions involving aggression can be expected (Gabrovec, 2015a; Gabrovec and Lobnikar 2015; Gabrovec, Eržen and Lobnikar, 2014).

Despite its human role, psychiatry, when in contact with the surroundings, cannot avoid occasional violent behaviour by their patients. Sometimes psychiatrists try to look away from potential and actual violent outbursts; however, it is always proven that no psychiatric aspect can be found, which, at some point would not involve vi-

olence. Violence expressed by individual patients is the link between the psychiatry specialists, and security and criminal law (Kobal, 2009; Gabrovec and Lobnikar, 2014). Because psychiatric healthcare workers perceive violence as a key component of their profession, they show a higher level of tolerance to violence compared to other professions (Kores Plesničar and Kodrič Lasič, 2004). At the same time, however, an increased level of concern has been detected across psychiatric health care facilities. Milčinski defined aggression as a behavioural characteristic, which is expressed through dominant, violent or assertive words or acts against other people; however, aggression can be concealed to the point that it expresses only through a psychosomatic disorder; in the form of (auto)aggression, the violence can be targeted to the subject himself (self-injury, suicidal tendencies) (Milčinski, 1993).

Long before aggressive behaviour began to be studied within the course of studying violence and aggressive behaviour at workplace, it had already been addressed by psychologists (e. g. Freud and Lorenz) and social psychologists (e. g. Berkowitz, Zvonarevič, Mummendey et al.); whereas in the last decades, the researchers of organisational behaviour summarised these findings and adjusted them to organisational processes (Lobnikar, 2003).

Violence is divided into passive, physical and psychological violence (Živič, 2000). A passive-aggressive patient refuses to cooperate and shows signs of alienation. Verbal violence includes the use of aggressive and assertive words accompanied by gesticulations and facial expressions (Živič, 2000). A physically aggressive patient may attack others and harm them by beating, spitting, pushing, kicking, strangling, twisting hands, etc. This kind of behaviour can also be directed towards things (Klemenc and Pahor, 2000). Degradation, threatening and mocking are defined as psychological violence (Božič et al., 1999).

For the epidemiology of violent behaviour, Groleger (in: Pregelj and Kobentar, 2009) states that individuals suffering from a mental illness are 3 to 4 times more prone to aggressive behaviour than individuals from the control group. Schizophrenia is observed among 1% of the general population, among 3.6% of criminal offenders, among 7–15% of murderers, and among 57–80% of murderers who were acquitted by reason of insanity (Groleger, 2009).

The risk for a violent act increases with the number of diagnosed psychiatric conditions; whereas, associated diagnosis of a psychiatric illness and substance abuse is considered as a major risk factor (Groleger, 2009).

1.1 Violent behaviour of psychiatric patients and empirical data

Violent behaviour by psychiatric patients is most often directed towards healthcare workers (particularly the nursing staff), and towards other staff, such as police officers, security personnel, paramedics, and personnel in residential homes for older people, who deal with these types of patients. However, the psychiatric nursing staff is most often the target of violence due to the increased exposure at workplace. Dealing with patients suffering from acute illnesses represents a major risk for employees'

health. The fact remains, however, that dangerous behaviour cannot be avoided, even though preventive measures are being implemented (Možgan, 2009).

Violent behaviour by hospitalised psychiatric patients, particularly in secure psychiatric units, was reported to range from 3.9% to 37% in different parts of the world (and in Slovenia between 6% and 7%). These data must not be overlooked. During violent outbursts by psychiatric patients, the personnel suffers most injuries, which shows that knowledge used by the psychiatric personnel to timely identify and prevent violent behaviour among psychiatric patients is very important (Groleger, 2009). Čebašek Travnik agrees that healthcare workers are not sufficiently protected against frequent violent behaviour (Čebašek Travnik, 2009).

Workplace violence includes (Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 1999):

- threatening behaviour – such as pointing accusing fingers, arguing, destroying property, arsons, throwing objects on the floor or at people, and similar;
- verbal or written threats – all threats expressing intent to cause injury or damage;
- harassment – any behaviour used to degrade, embarrass, humiliate or upset a person, or any known undesired behaviour; this includes the use of words, gestures, intimidation, oppression, gossiping and other unwanted acts; harassment also includes sexual harassment, particularly visual sexual harassment;
- verbal abuse – such as swearing, insulting, use of downgrading language, as well verbal sexual harassment;
- physical assaults – such as punching, pushing, kicking, use of weapons, rape, physical sexual harassment and murders.

Violence is a common component of the psychiatric profession. 42% of the nursing staff was exposed to physical violence and 73% of employees believe that additional measures should be taken to increase safety (Kolman, 2009).

As stated above, violent behaviour by psychiatric patients is most often directed to healthcare workers (particularly the nursing staff). Research shows that nurses more often experience violence at workplace compared to other healthcare professionals. The urgent care personnel, particularly in secure and intensive psychiatric care units, are most exposed to violence (Clerk, 1989; Kiran, 2003). Van Leeuwen and Harte also agree that the correlation between serious incidents and aggression is high (Van Leeuwen and Harte, 2011).

35–80% healthcare workers were subjected to physical violence at workplace at least once during their employment. Nurses are most exposed to this type of behaviour (Clements et al., 2005). In USA, up to 1.7 million employees suffered from workplace related injuries and 60% of these employees were employed in health care. The percentage of injuries among the healthcare workers is 6.1/10,000; whereas, the percentage in other professions is 2.1/10,000 (Janocha and Smith, 2010).

Despite the already high statistical percentage of injured health workers, the actual percentage is even higher, particularly because incidents frequently remain unreported

(Gates et al., 2011). Up to 70% of incidents or abuse against nurses is never reported (Stokowski, 2010).

1.2 Aim of the research

The study sought to establish the type and frequency of violence towards the psychiatric healthcare workers across as wide sample as possible. We were interested in types and frequency of violence directed at employees in psychiatric nursing care and correlation between different types of violence.

2 Methods and Sample

For this research, we decided to include workers that are most exposed to violence, i.e. the nursing staff, who work in secure and/or intensive care units. The research was conducted in 5 psychiatric hospitals.

The study involved a non-experimental quantitative research coupled with a structured questionnaire which was designed by using literature sources on aggression and violence in healthcare setting (Astrom et al., 2002; Clements et al., 2005; Gates et al., 2011; Hahn et al., 2010).

The questionnaire consisted of 80 questions, which were divided into 5 sets: work and violence at workplace, work organisation, influence of various factors on the safety and quality of patient care, education and demographic data. In our research we used data compiled from questions about work and violence at workplace and demographic data. A descriptive Likert scale was used (1 – strongly disagree; 2 – disagree; 3 – partly agree; 4 – agree; 5 – strongly agree). While developing the questionnaire, a focus group of postgraduate nursing students (2nd cycle) was formed, whose remarks and suggestions were added into the questionnaire.

We have supplied 249 questionnaires to employees. 203 (81.52%) employees completed and returned the questionnaire and 46 failed to return them. The questionnaire survey took place in March and April 2013.

2.1 Statistical analysis

The data were analysed with descriptive statistics, correlation, the Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test and linear regression. The data were processed with the statistics program IBM SPSS v. 21.0 and IBM AMOS v. 21 with a $p < 0.05$ level of significance. The compiled data were processed by means of descriptive statistics, correlation analysis, Kolmogorov-Smirnov test and Mann-Whitney U test and regression analysis. Non parametric tests were used as we have had a non-normal distribution of data. The contents of the questionnaire proved valid and reliable, with a high enough degree (Cencič, 2009) of internal consistency (Cronbach Alpha minimum 0.77). The external validity of the questionnaire was evaluated through a focus group, prior to the data acquisition.

3 Results

203 respondents included 95 (46.8%) men and 108 (53.2%) women. The ratio between men and women was high, which can be contributed to the fact that more male employees work in secure and intensive psychiatric care facilities compared to other departments for somatic disorders. The oldest respondent was 58 years old, and the youngest was 20 years old. Educational structure was as follows: high-school: 136 (67%), post-secondary school: 5 (2.5%), higher education: 54 (26.6%), university or higher: 8 (3.9%).

Table 1 shows the types of violence and prevalence of violence directed towards the staff working in psychiatric hospitals in Slovenia.

Table 1: Types of violence and prevalence of violence directed towards the staff working in psychiatric hospitals in Slovenia

Verbally abused by a patient	92.6%
Verbally abused by the patient's family members	40.9%
Verbally abused by colleagues	13.3%
Verbally abused by superiors	13.8%
Sexually harassed by a patient	24.6%
Sexually harassed by the patient's family members	0.5%
Sexually harassed by colleagues	0.5%
Sexually harassed by superiors	0.5%
Physically abused by a patient	84.2%
Physically abused by the patient's family member	2.0%
Physically abused by colleagues	1.0%
Physically abused by superiors	0.5%
Physically harmed by a patient	63.5%

In the last year, verbal violence has been the most frequently reported form of violence. It has been reported by up to 92.6% of respondents. 84.2% of respondents reported being physically abused by their patients in the last year. 63.5% of all employees have suffered injuries inflicted by their patients. Up to 40.9% of employees have also frequently experienced verbal violence by the patient's family members. Verbal violence by colleagues (13.3%) and superiors (13.8%) was also significant. Employees have also been a target of sexual violence by their patients (24.6%) (Table 1).

On a Likert scale (1 – strongly disagree; 2 – disagree; 3 – partly agree; 4 – agree; 5 – strongly agree), employees feel vulnerable at their work place (2.52 ± 0.62) frequently experiencing fear and (2.49 ± 0.60) and insecurity (2.36 ± 0.69). Colleagues show a high level of understanding (1.34 ± 0.57), whereas the level of understanding among superiors is somewhat lower (1.74 ± 0.73).

A statistically significant correlation was established between the patients' verbal and physical violence in the last year ($r = 0.446$; $p < 0.01$); between the patients' verbal violence and employees' physical injuries in the last year ($r = 0.216$; $p < 0.01$); between the patients' sexual harassment at workplace and the patients' physical violence

at the workplace ($r = 0.216$; $p < 0.01$); between the patients' physical violence and injuries inflicted by the patients ($r = 0.290$; $p < 0.01$); and between the patients' verbal violence and sexual harassment ($r = 0.161$; $p < 0.01$).

A significant correlation was also established between workers' emotions and feelings during patients' aggressive behaviour: fear and insecurity ($r = 0.646$; $p < 0.01$), devastation and ignorance ($r = 0.612$; $p < 0.01$), powerlessness and insecurity ($r = 0.598$; $p < 0.01$), vulnerability and fear ($r = 0.519$; $p < 0.01$), vulnerability and devastation ($r = 0.510$; $p < 0.01$), powerlessness and fear ($r = 0.503$; $p < 0.01$), vulnerability and insecurity ($r = 0.490$; $p < 0.01$), devastation and vulnerability ($r = 0.485$; $p < 0.01$), lack of understanding by superiors and colleagues ($r = 0.478$; $p < 0.01$), ignorance and powerlessness ($r = 0.356$; $p < 0.01$), ignorance and fear ($r = 0.325$; $p < 0.01$), ignorance and anger ($r = 0.267$; $p < 0.01$), devastation and anger ($r = 0.271$; $p < 0.01$).

Table 2: Regression analysis of variables, such as fear and powerlessness

<i>Model</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>Std. err.</i>
1	.059a	.269	.266	.534

a. Predictors: (Constant), Fear, 1 for Analysis 1

It was established that the "fear" variable can be used to explain the 26.6% variance of the "powerlessness" variable (Table 2).

We also checked if the lack of differences in experiencing violence between the two genders is statistically significant. The research shows that the correlation between the two variables is not statistically significant. The same was carried out for "age", "education level" and "work experience" variables.

We concluded that no statistically significant correlation can be established between variables, such as "gender", "education", "length of service", and "work and violence at the workplace", which means that all employees are exposed to all types of violence regardless of gender, age and length of service.

Compared to other countries, our results (84.2%) can be compared only to a Swedish research (Soares, 2000) with 85% level of physical violence by the patients and a Turkish research (Picakciefe, 2012) with 71.4% level of violence. Compared to other researches, our research shows a higher frequency of physical violence by the patients (Kolman, 2009 – 42%, Clements et al., 2005 – 35–80%, Privitera, 2005 – 25%, Han et al., 2010 – 42%). The research findings are supported by theory (Gabrovec and Eržen, 2016; Gabrovec, 2015b; Kobal, 2009; Davison, 2005; Klemenc and Pahor, 2004; Božič et al., 1999), as well as theories about violence within the organisation (Bowie, 2002; Pagon et al., 2001).

Below we have identified some of the safety issues, which have arisen in connection with the work organisation. The respondents from the sample most agreed with the following statement: "Safety of our employees and patients is our organisation's top priority" (2.36). A high level of agreement was also observed with the following statement: "The lack of experienced staff has a negative effect on my ability to provide high quality care to my patients" (2.26). The following statements were most critici-

sed: "Work organisation supervises the management of patient aggression" (1.79), and "The management of the work organisation has a clear vision about the risks related to patient care and staff safety" (1.87).

We have also analysed some factors that do not affect the safety of the patients and patient care quality. The respondents from the sample most agreed with the following statements: "Relationship with other team members affect the quality of my work" (2.73); "Only a sufficient number of employees can ensure a 24-hour monitoring and detection of potential risks" (2.68); and "Personal characteristics of team members affect the quality of my work" (2.67). The following two statements were most disagreed with: "We receive sufficient motivation and incentives to perform our work in a quality and safe manner" (1.53); and "The number of employees working in a shift is sufficient" (1.76).

Within the work organisation and within the scope of other factors employees mainly perceive their own role as positive, and the role of the work organisation as negative.

Under the education section, the respondents from the sample evaluated the listed statements as follows: "Practical workshops on safe patient management should be available" (2.88), "Training with multiple revision workshops on safe patient management should be available" (2.88), "Written action guidelines on safe patient management should be available" (2.79), "Theoretical workshops on safe patient management should be available" (2.52), "The staff receives sufficient training for safe patient management" (2.14), and "We feel confident about our level of knowledge on managing patients exhibiting aggressive behaviour" (2.01).

A high need for continuous practical workshops has been observed, because the staff's knowledge on dealing with aggressive psychiatric patients is insufficient and mostly limited to theoretical workshops. The respondents are very critical about their own knowledge and wish for a more comprehensive education.

4 Discussion

The prevalence of patient violence towards the medical staff, particularly employees working in nursing, is high.

Research shows a varied, but still high prevalence of all types of violence towards psychiatric nursing staff. Our research focused on establishing the actual prevalence of different types of violence towards psychiatric nursing staff in Slovenia. The focus was placed on different types of violence: verbal violence, sexual violence and physical violence. We divided the source of violence by patients, patient's family members, colleagues and superiors.

Based on the representative sample, the research established that a high level of violence is directed towards the nursing staff. In the last year, the verbal violence level has increased to 92.6%. 84.2% of respondents reported to have been physically

abused by their patients in the last year. 63.5% of all employees have suffered injuries inflicted by their patients. Up to 40.9% of employees have also frequently experienced verbal violence by the patient's family members. Verbal violence by colleagues (13.3%) and superiors (13.8%) was also significant. Employees are also a target of sexual violence by their patients (24.6%).

Compared to other research conducted in psychiatric nursing care, the percentage was higher than in research from Kolman (2009), but similar to Stokowski (2010) and Clements et al., (2005). There is less violence in residential homes for older people – verbal violence: 71,7%, physical violence – 63,8% (Gabrovec and Eržen, 2016), in paramedic services at homes – verbal violence: 78%, physical violence – 56,1% (Gabrovec, 2015a).

We have established an important positive correlation between verbal and physical violence, between verbal violence and injuries inflicted by patients, between verbal violence and sexual harassment, and physical violence and sexual harassment.

We have also tried to identify emotions and other feelings experienced by the staff when dealing with aggressive psychiatric patients. We have established that employees most often feel vulnerability, fear, insecurity and powerlessness. Employees least often face lack of understanding by their colleagues and superiors, which shows a high level of trust among the colleagues, and the relationship between the employee and the work organisation. Important correlations have also been established between almost all of these variables.

We have also established that no statistically significant correlation was found between variables, such as "gender", "age" and "length of service", and any type of aggression towards psychiatric nursing staff. Aggressive behaviour at workplace is not in any case related to employees' gender, age or work experience.

With this research we have discovered one of the highest levels of aggression, which is directed towards psychiatric nursing staff. The research results can serve as a basis for a systematic approach to handle violence towards employees in health care.

Dr. Gabrovec Branko

Vrste groženj zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije

Zagotavljanje varnosti in kakovosti obravnave pacienta s psihiatrično motnjo je prednostna naloga vseh ravni zdravstvenega varstva. Incidenca psihiatričnih bolezni z razvojem sodobne družbe in pričujočih trendov narašča. Navkljub napredku psihiatrične stroke je nasilje oz. izbruh agresije sestavni del obravnave pacienta s psihiatrično motnjo. Tudi v prihodnje lahko pričakujemo pogoste pojave akutne psihoze in različnih stanj, kjer lahko pričakujemo agresijo (Gabrovec in Lobnikar, 2014). Kljub svoji humanistični vlogi se psihiatrija ne more izogniti občasnemu nasilnemu ravnanju svojih bolnikov v stiku z okoljem. Včasih si skušajo psihiatri zatisniti oči pred

možnim in dejanskim nasiljem, vendar se je vselej izkazalo, da psihiatrije, ki se ne bi srečevala z nasiljem, ni. Zaradi nasilja posameznih bolnikov povezujemo to stroko z varnostnim in kazenskopравnim področjem (Kobal, 2009). Nasilje zdravstveni delavci v psihiatriji sprejemajo kot sestavni del poklica in so do njega bolj tolerantni kot zaposleni v drugih poklicih (Kores Pleseničar and Kodrič Lasič, 2004). Hkrati pa zaznavamo naraščujočo skrb zaradi nasilja v psihiatričnih zdravstvenih ustanovah. Milčinski (1993) meni, da je agresivnost vedenjska značilnost, ki se kaže v gospodovalnih, nasilnih ali napadalnih besedah ali dejanjih proti drugim ljudem; je pa lahko prikrita, izrinjena tako daleč, da se razodeva le v kaki psihosomatski motnji; kot avtoagresivnost se lahko obrne proti subjektu samemu (samopoškodbe, samomorilne tendence).

Agresivno vedenje so že veliko pred preučevanjem nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu začeli preučevati psihologi (npr. Freud in Lorenz) in socialni psihologi (npr. Berkowitz, Zvonarevič, Mummendey et al.), v zadnjih desetletjih pa so raziskovalci s področja organizacijskega vedenja njihove ugotovitve povzeli in jih prilagodili organizacijskim procesom (Lobnikar, 2003).

Najpogostejše se z nasiljem bolnikov s psihiatrično motnjo soočajo zdravstveni delavci (predvsem zaposleni v zdravstveni negi), pa tudi drugi deležniki v procesu obravnave: policija, varnostne službe, reševalci, zaposleni v domovih za starejše občane. Najbolj izpostavljeni pa so kljub vsemu zaposleni v psihiatrični negi, ki so ves največ časa v stiku z bolniki. Delo z akutno bolnimi ljudmi predstavlja precejšnjo nevarnost za zdravje zaposlenih. Dejstvo je namreč, da tudi če so preventivni ukrepi implementirani, se nevarnemu vedenju vedno ne da izogniti (Možgan, 2009).

Pomembni so podatki o nasilnem vedenju v psihiatričnih bolnišnicah, zlasti na oddelkih pod posebnim nadzorom, ki se gibljejo od 3,9 % pa vse do 37 % v različnih delih sveta (v Sloveniji med 6 in 7 %). Ob nasilnem vedenju na psihiatričnih oddelkih je največ poškodovanih med osebjem, kar opozarja na potrebo po ustreznem znanju o delu z bolniki, ki imajo duševno motnjo, o pravočasnem prepoznavanju in preprečevanju njihovega nasilnega vedenja (Groleger v Pregelj and Kobentar, 2009). Da je malo narejeno za varnost zdravstvenih delavcev pred pogostim nasiljem bolnikov nad osebjem, meni tudi Čebašek Travnik (2009).

Pojav nasilja je sestavni del psihiatrične stroke. Kar 42 % zaposlenih v zdravstveni negi je bilo izpostavljenih fizičnemu nasilju in kar 73 % jih meni, da je na področju zagotavljanja varnosti treba narediti več (Kolman, 2009). Kljub velikemu statističnemu odstotku poškodovanih v zdravstveni dejavnosti je dejanski odstotek še večji, predvsem zaradi pogostega neporočanja o incidentih (Gates et al., 2011). Kar 70 % incidentov ali zlorab proti medicinskim sestram ostaja neprijavljenih (Stokowski, 2010).

Za sodelovanje v tej raziskavi smo si izbrali najbolj izpostavljene osebe, in sicer zaposlene v zdravstveni negi na oddelkih pod posebnim nadzorom in/ali intenzivnih oddelkih. V raziskavi je sodelovalo 5 psihiatričnih bolnišnic.

249 anketnih vprašalnikov smo razdelili med zaposlene. 203 (81,52 %) so vprašalnik vrnili, 46 jih ga ni vrnilo. Anketaanje je potekalo v marcu in aprilu 2013. Notranja konsistentnost vprašalnika je bila visoka. Zanesljivost merjenja je znašala 0.77 Cronbach-ovega koeficienta Alpha.

Ob oblikovanju anketnega vprašalnika smo s študenti magistrskega študija zdravstvene nege pripravili fokusno skupino, katere pripombe in posebnosti smo vnesli v vprašalnik. Ta je vseboval 80 vprašanj, ki so bila razdeljena v 5 sklopov: delo in nasilje na delovnem mestu, delovna organizacija, vpliv različnih dejavnikov na varnost in kakovost obravnave bolnika, izobraževanje in demografski podatki. Za to raziskavo smo uporabili podatke z vprašanji o delu in nasilju na delovnem mestu in demografske podatke. Podatki, ki so bili zbrani s pomočjo anketiranja, predstavljajo bazo, ki smo jo statistično obdelali s pomočjo statističnega programa SPSS v. 20. (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Tako zbrane podatke smo obdelali z uporabo opisne statistike, korelacijske analize, testa Hi-kvadrat, analize variance in regresijske analize.

Od vseh 203 anketiranih jih je bilo 95 (46,8 %) moških in 108 (53,2 %) žensk. Razmerje moški/ženske je visoko, kar lahko pripišemo razlogu, da je na zaprtih in intenzivnih psihiatričnih oddelkih zaposlenih več moških kot na ostalih somatskih oddelkih. Najstarejši anketirani je bil star 58, najmlajši 20 let. Izobrazbena struktura je bila naslednja: srednja: 136 (67 %), višja: 5 (2,5 %), visoka: 54 (26,6 %), univerzitetna in več: 8 (3,9 %).

Verbalno nasilje v zadnjem letu je najbolj pogosta oblika nasilja. Pojavlja se pri 92,6 % anketiranih. Fizično nasilje je s strani bolnikov v zadnjem letu doživelo 84,2 % anketiranih. 63,5 % zaposlenih je bilo v preteklosti poškodovanih s strani bolnika. Zelo pogosto je tudi verbalno nasilje svojcev, kar 40,9 %. Omembe vredno je tudi verbalno nasilje sodelavcev (13,3 %) in nadrejenih (13,8 %). Zaposleni se soočajo tudi s spolnim nasiljem s strani bolnikov (24,6 %).

Zaposleni se pri svojem delu počutijo ogrožene ($2,52 \pm 0,62$), največkrat sta prisotna strah ($2,49 \pm 0,60$) in negotovost ($2,36 \pm 0,69$). Razumevanje sodelavcev je veliko ($1,34 \pm 0,57$), nekoliko manjše je razumevanje nadrejenih ($1,74 \pm 0,73$). Ugotovili smo pomembno statistično korelacijo med verbalnim nasiljem in fizičnim nasiljem bolnika v zadnjem letu ($r = 0,446$; $p < 0,01$), med verbalnim nasiljem s strani bolnika v zadnjem letu in poškodbo na delovnem mestu ($r = 0,216$; $p < 0,01$), med spolnim nadlegovanjem bolnika na delovnem mestu in fizičnim nasiljem bolnika na delovnem mestu ($r = 0,216$; $p < 0,01$), med fizičnim nasiljem s strani bolnika in poškodbami, povzročenimi s strani bolnikov ($r = 0,290$; $p < 0,01$) ter med verbalnim nasiljem bolnika in spolnim nadlegovanjem s strani bolnika ($r = 0,161$; $p < 0,01$). Ugotovimo tudi, da lahko s spremenljivko »strah« pojasnimo 26,6 % variance spremenljivke »ogroženost«.

Pomembne korelacije najdemo tudi med čustvi in čutenjem zaposlenih ob agresivnosti bolnika: strah in negotovost ($r = 0,646$; $p < 0,01$), obupanost in neznanje ($r = 0,612$; $p < 0,01$), nemoč in negotovost ($r = 0,598$; $p < 0,01$), ogroženost in strah ($r = 0,519$; $p < 0,01$), ogroženost in obupanost ($r = 0,510$; $p < 0,01$), nemoč in strah ($r = 0,503$; $p < 0,01$), ogroženost in negotovost ($r = 0,490$; $p < 0,01$), obupanost in ogroženost ($r = 0,485$; $p < 0,01$), nerazumevanje nadrejenih in nerazumevanje sodelavcev ($r = 0,478$; $p < 0,01$), neznanje in nemoč ($r = 0,356$; $p < 0,01$), neznanje in strah ($r = 0,325$; $p < 0,01$), neznanje in jeza ($r = 0,267$; $p < 0,01$), obupanost in jeza ($r = 0,271$; $p < 0,01$). Na področju izobraževanja so anketirani iz celotnega vzorca ocenili naslednje trditve: »Za varno oskrbo bolnikov so potrebne praktične delavnice« (2,88), »Za varno

oskrbo bolnikov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami« (2,88), »Za varno oskrbo bolnikov so potrebne pisne smernice ukrepanja« (2,79), »Za varno oskrbo bolnikov so potrebne teoretične delavnice« (2,52), »Za varno oskrbo bolnikov so osebju na voljo ustrezna usposabljanja« (2,14) in »Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje agresivnega psihiatričnega bolnika« (2,01).

Ugotovili smo, da med spremenljivkami: »spol«, »izobrazba«, »delovna doba« in spremenljivkami dela in nasilja na delovnem mestu ne najdemo statistično pomembnih korelacij, kar pomeni, da so kateri koli obliki nasilja izpostavljeni vsi zaposleni, ne glede na spol, starost ali delovno dobo.

Izražena je večja potreba po kontinuiranih praktičnih delavnicah, saj njihovo znanje obvladovanja agresivnega psihiatričnega bolnika ni zadostno in se večinoma srečujejo le s teoretičnimi delavnicami. Anketirani so do svojega znanja kritični, želijo pa si celostne ureditve izobraževanja.

V nadaljevanju smo identificirali nekatere varnostne probleme, ki se pojavljajo v zvezi z delovno organizacijo. Anketirani v celotnem vzorcu so najbolje ocenili naslednjo trditev: »Varnost zaposlenih in pacientov je največjega pomena v naši organizaciji« (2,36). Visoko so ocenili tudi naslednjo trditev: »Pomanjkanje izkušenega osebja negativno vpliva na mojo zmožnost zagotavljanja kvalitetne oskrbe bolnikov« (2,26). Najbolj kritični so bili do naslednjih trditev: »Delovna organizacija poskrbi za supervizijo obvladovanja agresivnosti psihiatričnega bolnika« (1,79), in »Vodstvo delovne organizacije ima jasno predstavo o tveganjih glede oskrbe bolnikov in varnosti osebja« (1,87).

V primerjavi s tujino so naši rezultati primerljivi le z raziskavo, opravljeno na Švedskem (Soares, 2000), kjer je odstotek fizičnega nasilja s strani bolnika 85 %, pri nas 84,2 %, in s turško raziskavo (Picakciefe, 2012), kjer je odstotek 71,4 %. V primerjavi z drugimi raziskavami pa je pogostost fizičnega nasilja bolnika v naši raziskavi večja (Kolman, 2009 - 42 %, Clements, 2005 - 35 do 80 %, Privitera, 2005 - 25 %, Han, 2010 - 42 %). Ugotovitve iz raziskave so v skladu s teorijo (Kobal, 2009; Davison, 2005; Klemenc in Pahor, 2004; Božič, Uršič, Strojan, Ziherl in Bučar, 1999), in tudi s teorijami nasilja v organizaciji (Bowie, 2002; Pagon in sodelavci, 2001).

Raziskava, ki smo jo opravili, kaže na eno največjih stopenj agresije, usmerjene proti zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Rezultati raziskave so lahko podlaga za sistematičen pristop k obvladovanju agresije, usmerjene proti zdravstvenim delavcem.

LITERATURE

1. Astrom, S., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. and Saveman, B. (2002). Incidence of violence towards staff caring for the elderly. *Scand J Caring Sci*, 16, pp. 66–72.
2. Bowie, V. (2002). Defining violence at work: a new typology. In: Gill, M., Fisher, B. and Bowie, V. (Ed.). *Violence at work. Causes, patterns and prevention*. Portland: Willan Publishing.
3. Božič, S., Uršič, J., Strojan, T., Ziherl, A. and Bučar, A. B. (1999). *Poti iz nasilja*. Ljubljana: Pravno-informacijski center nevladnih organizacij.

4. Canadian Centre for Occupational Health and Safety (1999). Violence in the workplace. Retrieved on 12/12/2010 from the Internet: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>.
5. Cencič, M. (2009). Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
6. Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S. and Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nurse Econ*, 23, pp. 119–124.
7. Clark, J. M. (1989). Introduction to working conditions and environment. 2nd ed. Geneva: International Labour Office.
8. Čebašek-Travnik, Z. (2009). Zdravniki kot žrtve nasilja. *Družinska medicina*, 7(6). Retrieved on 12/12/2010 from the Internet: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/774-II.cZdrav%8Devic2009.pdf.
9. Davison, S. E. (2010). The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11. Retrieved on 15/3/2010 from the Internet: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/11/5/362.pdf>.
10. Gabrovec, B. (2015a). The prevalence of violence directed at paramedic services personnel. *Obzornik zdravstvene nege*, 49, No. 4, pp. 284–294.
11. Gabrovec, B. (2015b). The prevalence of methamphetamine, MDMA and new drugs among opiate addicts on agonist opioid treatment. *Heroin Addict Relat Clin Probl*, 17, pp. 69–76.
12. Gabrovec, B. and Eržen, I. (2016) Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Zdrav Var*, 55, No. 3., pp. 212
13. Gabrovec, B., Eržen, I. and Lobnikar, B. (2014). The prevalence and the nature of violence directed at the medical staff in psychiatric health care in Slovenia. *HealthMED*, 8, pp. 228–234.
14. Gabrovec, B. and Lobnikar, B. (2015). The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 16, pp. 420–425.
15. Gabrovec, B. and Lobnikar, B. (2014). Organizational model of ensuring safety and quality of treatment of aggressive psychiatric patients in mental health nursing in Slovenia. *Obzor zdrav neg*, 48, pp. 286–293.
16. Gates, D. M., Gillespie, G. L. and Succop, P. (2011) Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nurse Econ*, 29, pp. 59–67.
17. Groleger, U. (2009). Agresivnost. In: Pregelj, P. and Kobentar, R. (ed.). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana, pp. 288–294.
18. Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. and Halfens, R. J. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 19, pp. 23–24.
19. Janocha, J. A. and Smith, R. T. (2010). Workplace Safety and Health in the Health Care and Social Assistance Industry, 2003–07. US Bureau of labor statistic.
20. Kiran, S. (2003). The evaluation of occupational factors levels and relation with expose disease in health workers. Izmir: Dokuz Eylul Univ.
21. Klemenc, D. and Pahor M. (2000). Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. In: Klemenc, D. and Pahor, M. (ed.). *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 12–35.
22. Kopal, M. (2009). Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
23. Kolman, K. (2009). Ogroženost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatrični bolnišnici. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
24. Kores Plesničar, B. and Kodrič Lasič, J. (2004). Nasilje bolnikov in njihovih svojcev v zdravstvenih ustanovah. *Zdrav varst*, 43, No. 3., pp. 179–183.
25. Lobnikar, B. (2003). Model upravljanja nasilja in agresivnega vedenja na delovnem mestu. Doktorska disertacija. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.
26. Milčinski, L. (1993). Psihiatrično izrazje. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Psihiatrična klinika Ljubljana.

27. Možgan, B. (2009). Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj, P. and Kobentar, R. (ed). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana, pp. 439–443.
28. Privitera, M., Weisman, R., Cerulli, C., Tu, X. and Groman, A. (2005). Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occup med-Oxford*, 55, No. 6.
29. Stokowski, L. A. (2010). Violence: not in my job description. *Workplace Violence in Healthcare Settings*.
30. Van Leeuwen, M. E. and Harte, J. M. (2011). Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified? *Int J Law Psychiat*, 30.
31. Živič, Z. (2000). Zdravstvena nega bolnika z nasilnim vedenjem. In: Kogovšek, B. and Kobentar, R. (ed.). *Priročnik zdravstvene nege in psihiatrije*.

Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo vplivajo na kakovost življenja

Znanstveni članek

UDK 616.61+613.2

KLJUČNE BESEDE: prehranjevalne navade, kakovost življenja, kronična ledvična bolezen, zdravstvenovzgojno delo, medicinske sestre

POVZETEK - Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšne so prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo. Uporabili smo kvalitativno metodo, utemeljeno teorijo. Instrument raziskave je bil strukturiran intervju, v katerem je sodelovalo šest pacientov s kroničnim ledvičnim obolenjem, ki se zdravijo s hemodializo. Iz izkušenj pacientov izhaja, da prehranjevalne navade pomembno vplivajo na potek kronične ledvične bolezni. Vsi pacienti se strinjajo, da lahko z upoštevanjem dietnih priporočil odložijo zdravljenje s hemodializo, kar vpliva na kakovost njihovega življenja. Štirje od šestih pacientov so imeli zaradi neupoštevanja dietnih priporočil zdravstvene težave zaradi povišanega kalija v krvi, dva od šestih pacientov pa sta navedla zdravstvene težave zaradi zvišane vrednosti fosforja v krvi. Prehranjevalne navade in upoštevanje dietnih priporočil pomembno vplivajo na potek kronične ledvične bolezni ter na manj zdravstvenih težav in zapletov pri pacientu. Medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom pomembno prispeva k informiranosti in motiviranosti pacientov o dietnem načinu prehranjevanja.

Scientific article

UDC 616.61+613.2

KEY WORDS: eating habits, quality of life, chronic kidney disease, health education, nurse

ABSTRACT - Conducting this research, we tried to discover how the patients with chronic kidney disease take care of their nutrition. We used the qualitative research method. The instrument we used in our research was a structured interview. In the sample we included six patients with chronic kidney disease, who had been conducting treatments like haemodialysis. From their experiences, we can determine that their eating habits have an important impact on the development of their disease. All patients have agreed that by following the specific dietary regime, the haemodialysis treatment can be postponed, which improves the patients' life quality. Four in six patients reported health problems because of the raised amounts of potassium in their blood, also, two in six patients reported health problems because of the raised amounts of phosphorus in their blood, all due to non-acceptable dietary regimes. Certain eating habits and following specific dietary requirements have a great impact on the development of the chronic kidney disease and, consequently, less health problems and complications. Nurses significantly contribute to better understanding of specific dietary regimes and greater motivation of the patients by combining health and educational practices.

1 Uvod

Odpoved delovanja ledvic ni enostavno stanje, s katerim se mora soočiti pacient (Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). Pomembno je, da je pacient dovolj zgodaj in dovolj natančno seznanjen s svojo boleznijo, njenim potekom in tudi z vsemi možnimi oblikami nadomestnega zdravljenja (Parapot, 2010). Poznavanje in spremljanje kronične ledvične bolezni je pomembno za uspešen potek zdravljenja (Simunič, 2014), zato je pomembno, da pacient sprejme svojo bolezen, se o njej pouči in se nauči z njo živeti (Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010).

Ko se funkcija ledvic pacienta spremeni, ima pri zdravljenju patologije izredno pomembno vlogo prehrana. S prilagoditvijo prehrane se lahko ohrani stabilen me-

tabolizem in okvara ledvic se upočasni (Fouque, 2012). Glede na stopnjo slabšanja ledvične funkcije, se spreminja tudi vrsta diete. Začne se z varovalno dieto oz. z dieto z manj soli, sledi ji hipoproteinska dieta, dieta z omejitvijo holesterola, kasneje dieta z manj oz. več fosfatov, dieta z manj oz. več kalija in nazadnje omejitev tekočine. Velikokrat pride do prepletanja med posameznimi vrstami diete, kar je odvisno od vsakega posameznika (Podlesnik in Obrovnik, 2005). Pri omejitvi soli naj pridejo v ospredje začimbe, ki dajo jedem bolj poln okus (Lavrinec, 2011). Pri prehranskem svetovanju pacientu s kronično ledvično odpovedjo je zelo pomembna individualna obravnava. Naloga medicinske sestre je, da posameznika motivira in spodbuja ter pridobi njegovo zaupanje in sodelovanje. Velik pomen v procesu zdravljenja ima tudi vključevanje in psihična podpora pacientove družine (Putnik, 2015).

Prehrana je močno povezana z zdravstvenimi izidi pri kronični ledvični bolezni (Gutiérrez, Muntner, Rizk, McClellan, Warnock, Newby and Judd, 2014). Ob upoštevanju prehranskega načrta se število zapletov med dializo in po njej zmanjšuje, hkrati se podaljšuje čas preživetja z dializo. Omogočen je boljši prehod med metodami nadomestnega zdravljenja, s tem pa se povečuje kakovost pacientovega življenja na nadomestnem zdravljenju. Prehrana, ki jo uživa pacient na nadomestnem zdravljenju, mora biti kakovostna, uravnotežena, sestavljena iz ustreznega razmerja med ogljikovimi hidrati, maščobami in beljakovinami ter enakomerno razporejena v pet dnevnih obrokov. Priporočen je zdrav način življenja – odsvetujejo se kajenje, pitje alkohola in kave (Rabuzza in Mesojedec, 2014). Pri pacientih, ki se zdravijo s hemodializo, obstaja povečano tveganje za izgubo mišične mase, zato je nadzor nad njihovo prehranjenostjo izredno pomembna. Z vnašanjem ustreznih živil v telo le-temu olajšamo nadzor nad kopičenjem škodljivih produktov metabolizma, ledvicam pa s tem olajšamo delovanje (Halovanić, 2014). Cilj zdravljenja in predializnega prehranskega svetovanja je predvsem upočasnitev slabšanja ledvične funkcije ter s tem povezanih presnovnih motenj in zmanjšanje možnosti okvar na drugih organih (Simunič, 2014). Pacient s kronično ledvično boleznijo je postavljen v drugačne življenjske okoliščine. Mnoge navade in prejšnje oblike vedenja lahko postanejo moteče in škodljive. Prav tako je pacientom treba predstaviti nujnost sprememb vedenja in utečenih navad. V ta namen se že v nefroloških ambulantah izvajajo skupinske in tudi individualne izobraževalne delavnice, ki jih vodijo za to usposobljene medicinske sestre (Rabuzza, 2011). Zavedati se je treba, da so omejitve pri dieti za pacienta s kronično ledvično boleznijo zelo restriktivne. Bolje je prilagoditi vnos hranil, kot pa pri pacientu povzročiti podhranjenost. Pri pacientih s kronično ledvično boleznijo se zaradi povečanja uremičnih toksinov in kronične presnovne acidoze poveča razgradnja beljakovin in izguba vodotopnih vitaminov in mineralov. Zmanjša se tvorba vitamina D, poleg tega pa se zmanjša tudi absorpcija kalcija v črevesju. Ob omejitvi vnosa fosfatov pride sočasno tudi do omejitve vnosa kalcija (Paljić, 2015). Ledvične diete so različne in odvisne od ledvičnega delovanja oziroma od stopnje kronične ledvične bolezni, zato se tudi ustreznna prehrana med potekom bolezni nenehno spreminja. Na potek kronične ledvične bolezni pomembno vpliva pravilna prehrana, ki lahko upočasni njeno napredovanje in tako dalj časa ohranja dobro počutje. Vsaka stopnja kronične ledvične bolezni zahteva različno vrsto prehrane, ki se s potekom bolezni nenehno spreminja. Prav tako morajo pacienti upoštevati režim

prehranjevanja, ki mora predstavljati uravnoteženo razmerje med ogljikovimi hidrati, beljakovinami in maščobami. Posebnega pomena pri njih je potreben vnos kalorij, vitaminov, mineralov in dovoljena količina tekočine (Obrovnik, 2010).

Dnevne potrebe po energiji pacienta s kronično ledvično boleznijo naj bodo zagotovljene z ogljikovimi hidrati in maščobami. Pri beljakovinah je treba biti bolj previden in izbrati kakovostne in tiste z visoko biološko vrednostjo. Vir beljakovin so tudi jajca ter mleko in mlečni izdelki, a vsebujejo veliko fosforja in jih je treba uživati zmerno (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). V telesu pacienta je porušeno tekočinsko, elektrolitsko in acidobazno ravnovesje, kar skupaj z visokimi metabolnimi vrednostmi povzroča podhranjenost, katero je treba zaznati, preprečiti in odpraviti. Nezdosten vnos energije in proteinov lahko privede do podhranjenosti in kaheksije, kar vodi k večji obolevnosti in umrljivosti (Paljič, 2015). Zavedati se moramo, da je prehranjevanje med boleznijo del terapije (Gašperič, 2005).

Pacienti, ki se zdravijo s hemodializo, svojega življenja ne morejo spremeniti, ampak ga morajo sprejeti in živeti, z veliko poguma, optimizma ter z zavestjo, da v tem niso sami (Hajdinjak, 2011). Pri pacientu, ki se zdravi s hemodializo, je prehrana ključnega pomena. Posebej je pomembna uporaba najpomembnejših sestavin, njihova energijska vrednost in zastopanost v vsakodnevni prehrani. Dializni pacienti imajo povečano tveganje za pojav podhranjenosti, kar pomembno vpliva na njihovo življenje in zdravje (Halovanić, 2014). Med dializo so prehranski cilji zastavljeni tako, da se s prehrano zmanjša vnos fosfatov, kar pomeni, da se s tem zmanjša tudi vnos beljakovin. Zaradi zmanjšane vnosa beljakovin pride pri pacientih, ki se zdravijo s hemodializo, do upada mišične mase, zato bi morale biti skrbno načrtovane telesne dejavnosti del rutinskega zdravljenja (Fouque, Pelletier, Mafra in Chauveau, 2011).

Pomembno vlogo pri tem ima medicinska sestra, ki pacienta pouči o omejitvah, s katerimi se bo srečeval in soočal v vsakdanjem življenju, pojasni vzroke za omejitve in pravila ter ga spodbuja in motivira na njegovi novi poti. Pacientu se nekatere omejitve zdijo nesprejemljive, zato je vloga medicinske sestre – svetovalke ključna (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010). Pri pacientu s kronično boleznijo se poleg težav na telesni ravni, pojavljajo tudi težave pri sprejemanju samega sebe zaradi spremenjene telesne podobe. Posledica spremenjene samopodobe vpliva na pacientovo umikanje iz socialnega življenja. Za pacienta je v času prilagajanja na spremenjeno življenjsko situacijo s strani medicinske sestre pomembno medsebojno spoznavanje, saj vzpostavljata odnos zaupanja. Ključna pa je v tem odnosu komunikacija, upoštevati je treba tako čustveno obremenjenost pacienta kot tudi učinkovito posredovanje informacij v pravem trenutku (Štemberger Kolnik, 2011).

Poleg sodelovanja zdravstvenega tima in pacienta je nujno potrebno sodelovanje njegovih svojcev, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu. Vloga družine je izredno pomembna v procesu sprejemanja bolezni, v procesu spreminjanja načina življenja in ob odločanju o metodi nadomestnega zdravljenja, ki je za določenega pacienta najbolj primerna (Pirnat, 2011).

Namen raziskave je ugotoviti prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo.

Na podlagi izbranega raziskovalnega problema smo oblikovali raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo?
- Kako prehrana vpliva na kakovost življenja pacientov s kronično ledvično boleznijo?
- Koliko pacienti s kronično ledvično boleznijo upoštevajo smernice pravilnega prehranjevanja?

2 Metoda

Raziskovalna metoda in tehnika zbiranja podatkov: Uporabili smo kvalitativni raziskovalni pristop, metodo utemeljene teorije. Instrument raziskave je bil strukturiran intervju s pacienti, ki se zdravijo s hemodializo. Za iskanje literature smo uporabili bibliografski bazi COBISS in MEDLINE.

Opis instrumenta: Intervju smo oblikovali na podlagi pregleda literature (Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010; Lindič, 2014; Paljić, 2015; Putnik, 2015; Simunič, 2014; Obrovnik, 2011; Rabuza, 2011) in je obsegal 14 odprtih vprašanj.

Opis vzorca: V neslučajnostni, namenski vzorec smo vključili 6 pacientov s kronično ledvično boleznijo, ki so izpolnjevali vnaprej postavljene kriterije:

- vključeni so bili trije moški in tri ženske, od tega:
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo do 1 leta,
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 5 do 10 let,
 - 1 moški in 1 ženska, ki se zdravita s hemodializo od 15 do 20 let,
- nobeden od njih ni imel sladkorne bolezni,
- nobeden od njih ne živi v domu starejših občanov,
- vsi pacienti so bili starejši od 30 let.

Povprečna starost anketiranih je bila 61 let. V povprečju se pacienti, ki so bili vključeni v raziskavo, zdravijo s hemodializo 7 let in 11 mesecev.

Opis zbiranja in obdelave podatkov: za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuje smo izvedli po predhodnem dogovoru s pacienti na njihovem domu, ob vnaprej dogovorjenem času. Sodelujoče v intervjuju smo nagovorili s kratkim uvodnim nagovorom na začetku intervjuja, kjer so bila predstavljena tudi natančna navodila in namen ter potek obdelave prejetih informacij. Intervjuji so se snemali, na kar so bili intervjuvani opozorjeni pred začetkom intervjuja. Za snemanje intervjuja so dali informirani pristanek. Izvedba posameznih intervjujev je trajala različno dolgo, v povprečju 25 minut. Zaradi majhnega vzorca smo posebno pozornost namenili predstavitvi demografskih podatkov, iz katerih ni možno ugotoviti identitete intervjuvane osebe.

Po zaključku intervjujev je sledila njihova analiza, ki se je začela s transkripcijo. Intervjuje smo prepisali dobesedno, saj smo s tem zagotovili večjo sledljivost. Nato smo jih ponovno prepisali v čistopis, brez mašil in odvečnih, nepomembnih besed,

ki niso bistveni del intervjuja. Intervjuvani so prebrali svoje odgovore in potrdili, da so odgovori na vprašanja ustrezni. Nihče od njih ni nič pripomnil ali česa dodal. Na ta način smo lahko med obdelavo podatkov v vsakem trenutku preverili dobesečne odgovore intervjuvanega. Prepisani intervjuji so se za nadaljnjo analizo označili z zaporednimi števkami od 1 do 6 (brez osebnih podatkov). Sledil je proces kodiranja (*določevanje ključnih besed, pojmov, kod*). Besedila je bilo treba v ta namen večkrat prebrati. Analiza besedila je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja - izjave, kodiranje, izbor in definiranje pomembnih pojmov in oblikovanje podkategorij, definiranje kategorij in oblikovanje končne teoretične formulacije (utemeljene teorije).

Sodba, ki jo prikazujemo v članku, je bila narejena v programu Microsoft Visio. V članku smo rezultate analize besedila predstavili slikovno in opisno.

Etični vidik raziskovanja: intervjuvanim osebam smo zagotovili pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločanja, pravico do anonimnosti, zasebnosti in zaupnosti. Upoštevali smo načela in standarde Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), Oviedske konvencije in Helsinške deklaracije.

3 Rezultati

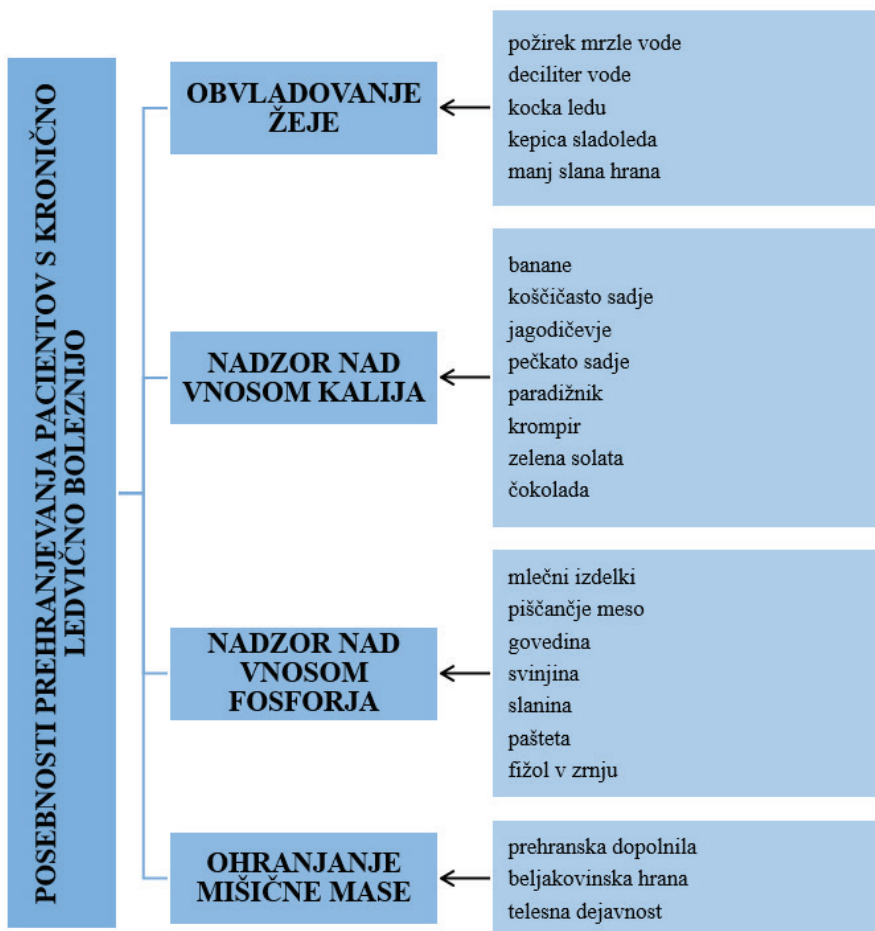
Izraze (kode) smo smiselno povezali v podkategorije. Posamezne podkategorije smo oblikovali v *osem glavnih kategorij*, in sicer:

- ☐ Prehranjevanje pred boleznijo
- ☐ Prve informacije o potrebi dieti
- ☐ Privajanje na dieto
- ☐ Kakovost življenja pacienta na začetku bolezni
- ☐ Posebnosti diete pacientov s kronično ledvično boleznijo
- ☐ Kontinuirano učenje in informiranje pacientov
- ☐ Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja
- ☐ Vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja

Iz slike 1 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v štiri podkategorije, in sicer »Obvladovanje žeje«, »Nadzor nad vnosom kalija«, »Nadzor nad vnosom fosforja« in »Ohranjanje mišične mase«, te pa povezali v glavno kategorijo »Posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov – intervjujev je razvidno, da si pacienti na različne načine lajšajo žejo. Pri prevelikem vnosu kalija v organizem jim največ preglavic povzročata sadje in zelenjava, predvsem pri tistih pacientih, ki imajo sezonsko sadje in zelenjavo doma na vrtu na dosegu rok. Problemi se pojavijo predvsem, ko je sezona regrata, paradižnika in sadja, predvsem koščičastega. Pacienti se težko uprejo tudi čokoladi. Vzrok za zvišano vrednost fosforja v krvi lahko pripišemo predvsem uživanju mlečnih izdelkov, mesa in mesnih izdelkov, konzerviranih živil in zrnatega fižola. Kljub temu je potrebno zmerno uživanje beljakovin za ohranjanje pacientove mišične mase, k čemur pripomore tudi vsakodnevna zmerna telesna dejavnost,

najbolj priporočljiva je hoja. Ob zaznanem upadu mišične mase na podlagi trenutno aktualnega in uporabnega obrazca za preverjanje morebitne podhranjenosti pacienta Malnutrition inflammation score (MIS) zdravnik posamezniku predpiše potrebna in zanj primerna prehranska dopolnila, da se prepreči nastanek kaheksije, ki lahko celo ogroža pacientovo življenje.

Slika 1: Prikaz kategorije Posebnosti diete pacientov s kronično ledvično boleznijo



Slika 2: Prikaz kategorije Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja



Iz slike 2 je razvidno, da smo kode iz intervjujev pacientov razvrstili v šest pod-kategorij, in sicer »Izbira živil«, »Priporočene tehnike priprave hrane«, »Odsvetovane tehnike priprave hrane«, »Prednosti prehranjevanja doma«, »Slabosti prehranjevanja drugje« in »Odnos do sebe«, te pa povezali v glavno kategorijo »Vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja«. Iz izbranih kod, izpostavljenih na podlagi izjav pacientov – intervjujev, je razvidno, da je izbira živil pri kronični ledvični bolezni izredno pomembna. Zelo pomembna jim je kakovostna izbira priporočenih živil in upoštevanje priporočenih tehnik priprave hrane, predvsem z namakanjem zelenjave, kuhanjem v večji količini vode, česar se vsi intervjuvani pacienti zavedajo in to tudi upoštevajo. Zavedajo se tudi, da sta dušenje in cvrtje odsvetovana. Kot pomembno so navedli, da je skoraj pomembnejše uživanje raznovrstne hrane v zmernih, manjših

količinah, kot pa namakanje živil, ki s tem tudi izgubijo na okusu. Navajali so, da je za polnejši okus jedi namesto soli bolje uporabljati začimbe. Vsem tem pogojem je zadoščeno, kadar gre za prehranjevanje doma, ko pa govorijo o prehrani drugje, na primer v restavracijah, navajajo, da je tam hrana preslana, velikokrat premastna, nimajo zagotovljene kakovosti živil in po navadi so tudi porcije prevelike, kar vpliva na njihovo slabo počutje in takrat komaj čakajo, da pridejo na dializo, kjer se rešijo teh tegob. S pripravo hrane doma in z upoštevanjem dietnih navodil ter z zmerno telesno dejavnostjo se dobro počutijo, kar pozitivno vpliva na kakovost njihovega življenja.

Jurhart (2016) ugotavlja, da je prehranjevanje pred boleznijo vezano na izbiro vrste hrane in tehnike priprave hrane, pri čemer imajo neposreden vpliv tudi svojci, saj imajo pacienti, skupaj z njimi, že utečen način prehranjevanja. Svojci lahko imajo na način prehranjevanja tako negativen kot pozitiven vpliv.

Ko nastopi kronična ledvična bolezen, je medicinska sestra tista, ki ima neposreden vpliv pri podajanju prvih informacij o potrebni dieti, vseh potrebnih omejitvah in prilagajanjih, pacientu in posredno njegovim svojcem. Prav je, da so o dieti posredno informirani tudi pacientovi svojci, ki so prav tako lahko vir informacij. Kako bo pacient sprejel prve informacije o dieti, je odvisno od neposrednega vpliva načina prehranjevanja pred boleznijo, saj bodo tisti, ki so se že pred boleznijo nezdravo prehranjevali, imeli s privajanjem na dieto veliko večje težave kot tisti, ki so se že prej zdravo prehranjevali in jih potrebne omejitve v prehrani ne bodo preveč prizadele.

Na privajanje na dieto imajo posreden vpliv tudi njihovi svojci, saj pomagajo pri pripravi hrane in večinoma tudi sami upoštevajo priporočene tehnike priprave hrane in omejitev soli. Prav zaradi tega imajo posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo posreden vpliv tudi na njihove svojce. Privajanje na dieto je posredno odvisno tudi od medicinske sestre, kako se uspe pacientu približati, si pridobiti njegovo zaupanje in pripravljenost na sodelovanje potem pa mu neposredno predstavi posebnosti dietnega prehranjevanja.

Privajanje na dieto je neposredno odvisno tudi od pacientove zmožnosti upoštevanja posebnosti prehranjevanja, od kontinuiranega učenja in informiranja, kar posredno vpliva na kakovost njegovega življenja na začetku bolezni.

Na kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni ima neposreden vpliv prehranjevanje pred boleznijo, od prejetih prvih informacij o dieti in od zmožnosti privajanja na dieto, predvsem zaradi nujnosti upoštevanja določenih omejitev. Kakovost pacientovega življenja je prav tako neposredno odvisna od upoštevanja in sprejemanja informacij o posebnostih prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo, ki so vezane na obvladovanje žeje, nadzor nad vnosom kalija in fosforja, predvsem preko sadja, zelenjave, mlečnih izdelkov in mesa. Poleg tega je treba skrbeti za ohranjanje mišične mase. Na pacientovo kakovost življenja na začetku bolezni posredno vplivajo tudi njegovi svojci pri privajanju na dieto pri pripravi hrane ter medicinska sestra z zdravstvenovzgojnim delom in svetovanjem.

Na posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo ima neposreden vpliv kontinuirano učenje in informiranje, saj upoštevanje navodil izboljša

kakovost njegovega življenja. Pomembna je tudi kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni. Medicinska sestra pa posredno vpliva na pacienta pri upoštevanju dietnih priporočil s tem, da ga pohvali in spodbudi, da še naprej vztraja ter skrbi za njegovo kontinuirano informiranje in učenje.

Ugotavljamo, da se kategorije med seboj prepletajo, vplivajo ena na drugo in so medsebojno odvisne. Pomembno je poznati »pacientove prehranjevalne navade pred boleznijo«; kdo, kje, kdaj in kakšen način jim posreduje »prve informacije o dieti«; kako je potekalo »privajanje na dieto«; kakšna je bila »kakovost pacientovega življenja na začetku bolezni«; kdo je bil tisti, ki je poskrbel za »kontinuirano učenje, informiranje«; poznavanje »posebnosti prehranjevanja pacientov s kronično ledvično boleznijo, »vpliv upoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja« in tudi »vpliv neupoštevanja dietnih priporočil na kakovost življenja« pacientov. Pri vsem tem gre za pomembno prepletanje sodelovanja med medicinskimi sestrami, pacienti in njihovimi svojci v skrbi za čim bolj kakovostno življenje pacienta s kronično ledvično boleznijo.

4 Razprava

Namen raziskave je bil predstaviti pomen prehranjevalnih navad pri pacientih s kronično ledvično boleznijo, saj le-te močno vplivajo na kakovost njihovega življenja. Izbrali smo 6 pacientov z vnaprej določenimi karakteristikami, ki se zdravijo s hemodializo.

Sestavni del zdravljenja pacientov s kronično ledvično boleznijo predstavljajo njihove prehranjevalne navade, saj se (Fouque, 2012) s prilagoditvijo prehrane lahko ohrani stabilen metabolizem in se okvara ledvic upočasni.

Da bi lažje razumeli, kakšne spremembe oz. kakšna stopnja prilagoditve bo potrebna v pacientovem življenju na področju prehranjevanja, smo želeli ugotoviti, kakšen je bil njihov način prehranjevanja pred boleznijo. Z raziskavo smo ugotovili, da so pacienti večinoma uživali raznoliko, mešano prehrano, uporabljali različne tehnike priprave hrane, nekateri izmed njih so že pred boleznijo omejevali uporabo soli v prehrani. Glede na stopnjo slabšanja ledvične funkcije se spreminja tudi vrsta diete. Velikokrat pride do prepletanja med posameznimi vrstami diete, kar je odvisno od vsakega posameznika (Podlesnik in Obrovnik, 2005). Pacienti so ob nastopu ledvične bolezni za vzpostavitev spremenjenih, tj. dietnih prehranjevalnih navad, potrebovali informacije. Le-te so večinoma pridobili od zdravstvenega osebja, v splošni in nefrološki ambulantni ter na internetu. V ta namen se že v nefroloških ambulantah izvajajo skupinske in tudi individualne izobraževalne delavnice, ki jih vodijo za to usposobljene medicinske sestre (Rabuz, 2011). Z raziskavo smo ugotovili, da so bile informacije, ki so jih pacienti pridobili, informacije o omejenem vnosu določenih živil, o vsebnosti fosforja in kalija v živilih ter o omejitvi soli v prehrani.

Raziskava je pokazala tudi, da so se na dieto morali privaditi tako pacienti kot tudi njihovi svojci. Pacienti so zelo različno sprejeli prehranjevalne spremembe. Večina s privajanjem na dieto ni imela nobenih težav, posamezniki pa so se privadili zelo tež-

ko, predvsem na zmanjšano uživanje zelenjave, nekaterim je predstavljala težavo tudi omejitev tekočine. Buturovič-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič (2010) ugotavljajo, da je pomembno, da pacient svojo bolezen sprejme, se o njej čim bolj pouči in se z njo nauči živeti. Medicinska sestra ga pouči o omejitvah, s katerimi se bo srečeval in soočal v vsakdanjem življenju, mu pojasni vzroke za omejitve in pravila ter ga spodbuja in motivira na njegovi novi poti. Pacientom se nekatere omejitve zdijo nesprijemljive, zato je vloga medicinske sestre –svetovalke tu ključnega pomena. Obrovnik (2010) poudarja, da mora ustrezno prehrano glede na stopnjo ledvične bolezni načrtovati zdravnik ali dietetik, Rabuza (2011) pa opozarja na pomen dobrega sodelovanja med pacientom in prehranskim svetovalcem pri skupinskem ali individualnem izobraževanju, ki se začne že takoj ob postavitvi diagnoze kronična ledvična bolezen. Rezultati raziskave potrjujejo, da so se svojci večinoma brez težav privadili na pacientov spremenjen način prehranjevanja, ki je postal tudi njihov način prehranjevanja. Pirnat in Zavolovšek (2011) ugotavljata, da je poleg sodelovanja zdravstvenega tima in pacienta nujno potrebno sodelovanje njegovih svojcev, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu. Vloga družine je izredno pomembna pri sprejemanju njegove bolezni, spreminjanju načina življenja in ob odločanju o metodi nadomestnega zdravljenja, ki je za določenega pacienta najbolj primerna.

Z raziskavo ugotavljamo, da se pacienti zavedajo, da prehrana, v smislu omejitev in prilagajanj, pomembno vpliva na njihovo počutje že na samem začetku kronične ledvične bolezni. Prekrške v prehrani večinoma povezujejo s slabim počutjem, napihnjenostjo in povečanim občutkom žeje. Opažajo tudi ostale simptome, ki so povezani s slabšim delovanjem ledvic. Prekomerno zadrževanje vode v telesu, zaradi česar imajo pogosto otečene predvsem spodnje okončine, kar navaja tudi Kveder (2014), in k temu dodaja, da so otekline večinoma simetrične in neboleče in nastanejo kot posledica nefrotskega sindroma. Pacienti z ledvično boleznijo se morajo redno tehtati, da nadzorujejo morebiten prehiter porast telesne teže. Rabuza in Mesojedec (2014) navajata, da lahko dializni pacienti zaužijejo toliko tekočine, kolikor dnevno izločijo urina, anurični pacienti pa od 0,5 do 1 litra tekočine, pri čemer se ne sme pozabiti, da tudi hrana vsebuje tekočino. Izsledki raziskave kažejo, da se pacienti zavedajo, da je upoštevanje dietnih navodil zelo pomembno za odlaganje začetka dializnega zdravljenja, pomembna je izbira živil in način priprave hrane. Prepoznajo prednost priprave hrane doma, kjer imajo nadzor nad uporabo in kakovostjo živil, količino soli in načinom priprave.

Za paciente je pomembna tudi omejitev tekočine, ki pa tistim, ki upoštevajo načela dietnega prehranjevanja (predvsem omejitev soli), ne predstavlja prevelikih težav. Nekateri pacienti večinoma upoštevajo dietna priporočila, pri njih se zdravstvene težave redkeje pojavljajo. Izogibajo se prehranjevanju v restavracijah, ne hodijo na praznovanja, kadar gredo na daljšo pot, si hrano pripravijo že doma ali si naročijo takšno hrano, ki jim ne škodi. Pacienti se zavedajo, da upoštevanje dietnih priporočil pozitivno vpliva na njihovo zdravje in počutje, kar vpliva tudi na boljšo kakovost njihovega življenja. Neupoštevanje dietnih priporočil lahko privede do blagih ali hudih težav, ki resno vplivajo na zdravstveno stanje pacienta. Špalir Kujavec (2015) ugot-

vlja, da pacienti s kronično ledvično boleznijo potrebujejo posebno psihično podporo, saj kronična odpoved ledvic močno vpliva na njihov način življenja. Lahko privede do občutka nekoristnosti, pesimizma, žalosti, nespečnosti in samomorilnih misli, tj. v depresivno stanje. Rezultati raziskave kažejo, da pacienti neupoštevanje dietnih priporočil v večini povezujejo s slabim počutjem, napihnenostjo in povečanim občutkom žeje. Pri nekaterih so se zaradi neupoštevanja dietnih priporočil pojavile hude težave: visok nivo kalija v krvi in posledična hospitalizacija, bolečine in mravljinčenje v nogah, prav tako zaradi visokega nivoja kalija v krvi in srbeča koža kot posledica visokega nivoja fosforja v krvi. Rabuza in Mesojedec (2014) navajata, da je kalij pomemben za mišično aktivnost in krčenje srca, zato lahko hitre spremembe kalija, kot so hiper- in hipokaliemija, povzročijo motnje srčnega ritma. Po mnenju Obrovnik (2011) vsebujejo beljakovine veliko fosfatov in soli, zato naj bi bilo meso na jedilniku enkrat dnevno kot sveže pripravljeno pusto meso. Mesni izdelki, kot so salame, paštete, klobase, hrenovke in drugo, vsebujejo veliko soli in niso primerne za vsakodnevno uporabo. Hude težave zahtevajo zdravstveno oskrbo in celo hospitalizacijo, kar slabo vpliva na kakovost pacientovega življenja.

Z raziskavo smo ugotovili, da se pacienti zavedajo, da je upoštevanje posebnosti prehranjevanja, kot so: omejitev soli, omejitev tekočine, pazljivost pri uživanju sadja in zelenjave, predvsem zaradi visoke vsebnosti kalija, ter nadzor nad uživanjem živil, ki vsebujejo večje količine fosforja, pri kronični ledvični bolezni izredno pomembno pri nadzoru bolezni, saj lahko neupoštevanje privede do resnih zdravstvenih zapletov, kar potrjujeta Krel in Smolinger (2015). Posamezni pacienti se tega zavedajo in se priporočil držijo, drugi žal ne. Nekateri pacienti menijo, da mora biti učenje in informiranje kontinuirano in ju prepoznajo kot dejavnika za njihovo lastno opolnomočenje pri obvladovanju bolezni in ob tem poročajo tudi o večjem zadovoljstvu v življenju. Krel in Smolinger (2015) menita, da je izobraževanje pacientov pomemben segment njihove obravnave in mora biti osredotočeno predvsem na živila, ki vsebujejo veliko natrija, kalija, fosforja in beljakovin, na spremljanje morebitne izgube telesne teže, nastanek edemov in na količino zaužite tekočine. Rezultati raziskave so pokazali, da je za paciente zelo pomembno, kdaj, kje, kdo in na kakšen način jim daje potrebne informacije glede diete in bolezni nasploh. Raje imajo ustno prejete informacije, ki jih želijo večkrat slišati, veliko dajo tudi na lastne izkušnje in na mnenje ter nasvete sopacientov in članov društva. Pacienti dobijo vse potrebne informacije od zdravstvenega osebja, večinoma od medicinskih sester. Dobijo tudi odgovore na vsa morebitna vprašanja, ki se jim med zdravljenjem porajajo.

5 Zaključek

Kronične bolezni so zaradi nezdravega načina življenja (nepravilno prehranjevanje, telesna nedejavnost), hitrega tempa življenja, preobremenjenosti, izgorelosti in stresa v svetu močno porasle, zato jim je treba nameniti posebno pozornost. Vsaka

kronična bolezen, še posebej kronična ledvična bolezen, zahteva poglobljeno in kontinuirano spremljanje, saj močno vpliva na kakovost pacientovega življenja.

Na podlagi raziskave smo ugotovili, kako pomembno je kontinuirano delo s pacienti s kronično ledvično boleznijo, konkretno s tistimi, ki se zdravijo s hemodializo, in kako zelo to vpliva na kakovost njihovega življenja oz. zadovoljstvo z njim. Nenehno se morajo izobraževati, nečemu odpovedovati, prilagajati in upoštevati navodila, ki jih dobijo predvsem od medicinskih sester, pa tudi od zdravnikov. Če je pacient pravilno in pravočasno informiran, lahko začne upoštevati dietna priporočila že ob pojavu ledvične bolezni, o tem pa je pomembno informirati in izobraževati tudi njegove svojce, ki mu lahko pri tem veliko pomagajo. Ugotavljamo, da upoštevanje dietnih priporočil pozitivno vpliva na zdravje pacientov in njihovo počutje.

Učenje in informiranje pacientov mora biti kontinuirano, saj ju tudi pacienti sami prepoznajo kot dejavnika za njihovo lastno opolnomočenje pri obvladovanju bolezni. Pacienti, ki so opolnomočeni, bodo svojo kronično bolezen lažje obvladovali, s tem pa se bo zagotovo izboljšala tudi kakovost njihovega življenja in zvišala zdravstvena pismenost, pri čemer ima pomembno vlogo diplomirana medicinska sestra. Ona je tista, ki jih spremlja dneve, tedne, mesece in celo leta ter ob tem zazna njihove potrebe, skrbi, težave, morda tudi strah. Z longitudinalno raziskavo bi obenem spremljala še vnaprej določene parametre kakovosti njihovega življenja ob pojavu kronične ledvične bolezni, na začetku zdravljenja s hemodializo ter v dogovorjenih intervalih med zdravljenjem s hemodializo. Takšna raziskava bi zagotovo veliko prispevala na področju preučevanja kakovosti življenja pacientov, ki se zdravijo s hemodializo, in vplivala na razvoj zdravstvene nege. Za poglobljeno raziskovanje v tej smeri predlagamo izvedbo kvantitativne raziskave na večjem vzorcu pacientov.

Nataša Juhart, mag. Boris Miha Kaučič, Nataša Leskovšek

Impact of Eating Habits of Patients with Chronic Kidney Disease on the Quality of Life

The diet is strongly associated with the health outcomes in chronic kidney disease (Gutiérrez, Muntner, Rizk, McClellan, Warnock, Newby and Judd, 2014). In the case of a substitution therapy, the patient's diet must be high-quality, balanced, consisting of an appropriate relationship between carbohydrates, fats and proteins, and evenly distributed into five daily meals. Recommended is a healthy way of life - without smoking, alcohol and coffee (Rabuzá and Mesojedec, 2014).

For data collection, we used a qualitative research approach. To search the literature, bibliographic database COBISS and MEDLINE were used. As a measuring instrument, we used the structured interview with 14 open questions prepared in advance. Questions were formed on the basis of a literature review (Buturović-Ponikvar, Ponikvar in Chwatal Lakič, 2010; Lindič, 2014; Paljić, 2015; Putnik, 2015; Simunić,

2014; Obrovnik, 2011; Rabuza, 2011). The non-random sample included six patients with chronic kidney disease, who had been undergoing hemodialysis and who met the pre-set criteria. The average age of the respondents was 61 years. On average, patients, who were included in the study, had been undergoing hemodialysis for 7 years and 11 months.

The text analysis was performed in six stages: material editing, determining the coding units - coding statements, selection and definition of important concepts and design of sub-categories, defining and designing (grounded theory) final theoretical formulations. Only the causal links between the main categories, and their impact in terms of adjustments and restrictions, show that eating habits before the disease are linked to the choice of food and food preparation techniques, whereby relatives have a direct impact, because patients already have a routine method of eating with them. Relatives may have negative and positive impact on a diet. When chronic kidney disease occurs, the nurse is the one who has a direct impact on delivering primary information about the required diet, as well as necessary limitations and adaptation of the patient and, indirectly, their relatives. It is useful that the patient's relatives are indirectly informed about the patient's diet. How the patient receives the first information about the diet, depends on the direct effect of a diet against the disease, since patients who have already had an unhealthy diet, are going to have much greater problems than those who previously used to have a healthy diet, whom the necessary restrictions in the diet will not affect as much. Patients' relatives have an indirect influence on getting used to the diet, as they help in the preparation of food. Mostly, patients themselves follow the recommended techniques of food preparation and restriction of salt. That is why peculiarities of nutrition of the patients with chronic kidney disease also have an indirect impact on their families. Getting used to a diet also indirectly depends on nurses; how close relationships they establish with patients to gain their trust and willingness to cooperate, so they can directly present the specifics of nutrition. Getting used to the diet directly depends on the patient's ability to take into account the particularities of nutrition, continuous education and information, which indirectly affects the quality of life at the beginning of the disease. The quality of the patient's life at the beginning of the disease is directly influenced by the eating habits before the disease, by the first received information about the diet, and the ability of adaptation to the diet, mainly because of the certain restrictions. The quality of life of patients with chronic kidney disease directly depends on the respect and acceptance of the specific diet, control of thirst, control of the potassium and phosphorus intake mainly through fruits, vegetables, dairy products and meat. In addition, patients need to worry about maintaining muscle mass. Quality of life also depends on the continuous education through a variety of sources, locations and methods of information, and compliance and non-compliance with their dietary recommendations. At the beginning of the disease, the patient's quality of life is indirectly affected by their families and how they are getting used to the diet and food preparation, as well as by their nurses offering health education and counseling work. Patients with chronic kidney disease have to be informed about peculiarities of nutrition which directly affect their quality of life. Therefore, they have to learn continually. Nurses, with their professional knowledge, have a direct impact on

continuous learning and providing necessary information especially when the patients are ignoring the peculiarities of eating which badly affects their quality of life. Non-compliance with dietary recommendations is directly affected by continuous learning and information acquisition, which directly influence a better quality of life. Consideration of the nutrition particularities of patients with chronic kidney disease is a direct reflection of how well they were educated and informed at the beginning of the disease, having a positive influence on their quality of life. We must not forget that nurses also have an indirect impact regarding dietary recommendations; they should praise and encourage patients to continue following the specificities of nutrition in chronic kidney disease, and continuously learn to achieve a better quality of life. We found out that the categories are interrelated; affecting each other and all of them are also in a dependent relationship with the research questions. It is important to know “the patients’ eating habits before the disease”; from who, where, when and how they received the “first information about diet”; how they were “getting used to the diet”, what was the “quality of life of patients at the onset of the disease”; who was the one who took care of “continuous learning, information acquiring”; knowledge about “the particularities of nutrition of patients with chronic kidney disease”; “the impact of compliance with dietary recommendations on the quality of life”, and “the impact of non-compliance with dietary recommendations on the quality of life” of the patients. Considering all this, cooperation between nurses, patients and their relatives is of great importance to maximize the quality of life of the patients with chronic kidney disease (Juhart, 2016).

Research shows that patients generally enjoy a varied mixed diet against the disease, using various techniques of food preparation; some of them had already restricted the use of salt in the diet. Depending on the degree of deterioration of renal function, the type of diet is changed. It starts with a protective diet, i.e. diet with less salt, followed by hypoproteic diets, diet limiting cholesterol, later diets with more or less phosphate, more or less potassium and lastly, liquid restriction. Often there is an interference between the various types of diets, depending on each individual (Podlesnik and Obrovnik, 2005).

Patients diagnosed with kidney disease needed information to set up the modified diet, i.e. dietary habits. In general, they mostly obtained information from the medical staff in the outpatients clinic, nephrology clinic or on the Internet. For this purpose, nephrology clinics carry out group and individual educational workshops conducted by specially trained nurses, states Rabuza (2011). Our research proved that the information provided to the patients was on a limited intake of certain foods, the content of phosphorus and potassium in foods and the dietary salt restriction.

The survey also showed that both patients and their relatives had to get used to the diet. Patients adopted dietary changes very differently. Most of them did not have any problems getting used to the diet, some individuals had difficulties, especially regarding reduced intake of vegetables, and some of them had a problem with restriction of liquids. Buturović-Ponikvar, Ponikvar and Chwatal Lakic (2010) note that it is important that the patient accepts the disease, learn about it as much as possible, and get used to living with it. The nurse instructs the patient about restrictions they

will encounter and deal with in everyday life. The nurse explains the reasons for the restrictions and rules, encouraging and motivating them on their new path.

Some restrictions appear to be unacceptable to the patients, so the role of the nurse as an educator is of the outmost importance. Obrovnik (2010) points out that it is necessary to design an appropriate diet according to the degree of renal disease by the doctor or dietitian. Rabuza (2011) recalls the importance of good cooperation between the patient and nutritional advisor regarding education, which begins as soon as the diagnosis of chronic kidney disease is established. The survey results confirm that relatives had no difficulties with adopting the patient's diet, which has also become their way of eating.

Pirnat and Zavolovšek (2011) note that, in addition to cooperation between the healthcare team and the patient, the cooperation of the patient's relatives, with whom they live in a common household, is indispensable.

Teaching and informing patients must be continuous, as they also identify that learning is a factor of their own empowerment in disease management. The patient, who is empowered, will cope with a chronic disease easier. Increased health literacy will definitely improve their quality of life and, in this segment of treatment, the nurse plays a very important role.

LITERATURA

1. Buturović – Ponikvar, J., Ponikvar, R. in Chwatal Lakič, N. (2010). To je le del mojega življenja. Ljubljana: Janssen AB skupina, d. o. o.
2. Fouque, D. (2012). Nutrition and kidney disease. V: Chauveau, P. and Fouque, D. (ur.). Renal disease: A practical Nutrition guide. Shire AG, str. 5–19.
3. Fouque, D., Pelletier, S., Mafra, D. and Chauveau, P. (2011). Nutrition and chronic kidney disease. Kidney International, 80, št. 4, str. 348–357.
4. Gašperič, T. (2005). Jem, torej sem. V: Lavrinec, J. (ur.). Načrtovanje prehrane za ledvične bolnike. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih bolnikov.
5. Gutiérrez, O. M., Muntner, P., Rizk, D. V., McClellan, W. M., Warnock, D. G., Newby, P. K. and Judd, S. E. (2014). Dietary patterns of risk of death and progression to ESRD in individuals with CKD: a cohort study. Am J Kidney Dis, 64, št. 2, str. 204–213.
6. Hajdinjak, L. (2011). Spoštovani. V: Lavrinec, J. (ur.) Zbirka receptov primernih za ledvične in dializne bolnike. Ljubljana: Društvo ledvičnih bolnikov.
7. Halovanič, G. (2014). Prehrana bolnika na lječenju dializom. Sestrinski glasnik, 19, št. 2, str. 127–130.
8. Juhart, N. (2016). Prehranjevalne navade pacientov s kronično ledvično boleznijo. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
9. Krel, C. in Smolinger, M. (2015). Vloga medicinske sestre v obravnavi bolnika s kronično ledvično boleznijo (KLB). V: Rep, M. (ur.). Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 5–11.
10. Kveder, R. (2014). Pristop k bolniku z ledvično boleznijo. V: Lindič, J. (ur.) in Kovač, D. (ur.). Bolezni ledvic. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, str. 21–27.

11. Lavrinec, J. (2011). Zbirka receptov primernih za ledvične in dializne. Ljubljana: Društvo ledvičnih bolnikov.
12. Lindič, J. (2014). Ocena ledvičnega delovanja. V: Lindič, J. et al. (ur.). Bolezni ledvic. 3. izdaja. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Slovensko nefrološko društvo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični oddelek za nefrologijo, Interna klinika, str. 31–43.
13. Obrovnik, M. (2010). Prehrana pacienta s kronično ledvično boleznijo. V: Lindič, J. in Kovač, D. (ur.). Za dobro ledvic. Ljubljana: Zveza društev ledvičnih pacientov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo.
14. Obrovnik, M. (2011). Prehrana in življenjski slog ledvičnega pacienta. Vita, 76, št. 18, str. 9–11.
15. Paljič, M. (2015). Prehransko stanje pacientov v DC SBG in izvajanje prehranskega svetovanja. V: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije. Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije, str. 58–61.
16. Parapot, M. (2010). Predstavitev preddializne edukacije v centru za dializo v splošni bolnišnici Novo mesto. V: Kramar, Z. in Kraigher, A. (ur.). 3. Dnevi Angele Boškin – Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks. Zbornik predavanj. Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, str. 36–45.
17. Pirnat, P. (2011). Rezultati raziskave o poteku preddializne edukacije bolnikov s kronično ledvično boleznijo v dializnih centrih Slovenije. V: Rep, M. in Rabuza, B. (ur.). Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 59–62.
18. Pirnat, P. in Zavolovšek, M. (2011). Evropska prehranska priporočila bolnikov na peritonealni dializi. V: Rep, M. (ur.) in Rabuza, B. (ur.). Prehransko rizični pacienti na dializi. Zbornik, Rogaška Slatina, 24. november, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 53–57.
19. Podlesnik, A. in Obrovnik, M. (2005). Prehransko svetovanje v preddializnem obdobju. V: Parapot, M. (ur.). Strokovno srečanje ob 25. obletnici hemodialize in 10. obletnici zdravljenja s peritonealno dializo v dializnem centru v Novem mestu. Novo mesto, 4.–5. november 2005. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 39–43.
20. Putnik, H. (2015). Prehransko osveščen pacient na hemodializi. V: Slovensko nefrološko društvo, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije. Strokovni simpozij ob 40. obletnici zdravljenja s hemodializo v Splošni bolnišnici »dr. Franca Derganca« Nova Gorica, Dobrovo v Goriških brdih, 9. in 10. 10. 2015. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za področje nefrologije, dialize in transplantacije, str. 68–75.
21. Rabuza, B. (2011). Zdravstvena nega pacienta s kronično boleznijo v ambulantni sekundarni obravnavi. V: Rep, M. in Rabuza, B. (ur.). Zdravstvena nega v nefrologiji, dializi in transplantaciji. Rogaška Slatina, 1. in 2. april, 2011. Celje: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov nefrologije, dialize in transplantacije ledvic, str. 49–57.
22. Rabuza, B. in Mesojedec, M. (2014). Prehrana pri dializnih bolnikih. V: Rep, M. (ur.). Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 15–30.
23. Simunič, N. (2014). Pomen prehranskega svetovanja v preddializnem obdobju. V: Rep, M. (ur.). Prehranska obravnava pacienta z boleznijo ledvic: zbornik prispevkov. Ljubljana, 15. 6. 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 6–15.

24. Špalir Kujavec, B. (2015). Vloga medicinske sestre v preddializni edukaciji. V: Rep, M. (ur.). Varovanje ožilja pri bolniku s kronično ledvično boleznijo z učnimi delavnicami. Maribor, 23. april, 2015. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v nefrologiji, dializi in transplantaciji, str. 58–66.
25. Štemberger Kolnik, T. (2011). Opolnomočenje pacienta s kronično boleznijo. V: Kvas, A. (ur.). Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, str. 119–127.

Nataša Juhart, diplomirana medicinska sestra v Splošni bolnišnici Celje.

E-naslov: natasa.juhart@gmail.com

Mag. Boris Miha Kaučič višji predavatelj za zdravstveno nego na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: miha.kaucic@vzsce.si

Nataša Leskovšek, mag. zdr. nege, zaposlena v Thermana Laško d. d. in strokovna sodelavka za zdravstveno nego na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

E-naslov: natasa.leskovsek@thermana.si

Odziv na stres in prehranjevalne navade mladostnikov, primerjava med spoloma

Znanstveni članek

UDK 613.2-053.6

KLJUČNE BESEDE: zdrav življenjski slog, mladostništvo, delovna terapija, stres, prehrana

POVZETEK - V mladosti pridobljeno vedenje vpliva na zdravje in kakovost življenja v odrasli dobi, pri promociji zdravega življenjskega sloga pa se med drugim poudarjata zdrava prehrana in obvladovanje stresa. Namen raziskave je bil ugotoviti razlike med prehranjevalnimi navadami mladih in njihovim odzivom na stres glede na spol. V vzorec statistične obdelave je bilo vključenih 446 srednješolcev obeh spolov, njihova povprečna starost je bila 17,2 leti. Za raziskavo je bil uporabljen standardiziran vprašalnik Adolescence Lifestyle Profile (ALP), ki smo ga prevedli v slovenščino. Na podlagi izsledkov te raziskave smo ugotovili, da se mladi še vedno ne zavedajo pomembnosti zdravega prehranjevanja, poleg tega pa smo opazili tudi pomanjkljivosti na področju spoprijemanja s stresom. Na omenjenih področjih lahko veliko storijo tudi delovni terapevti in s promocijo zdravega življenjskega sloga ljudem pomagajo izboljšati kakovost njihovega življenja.

Scientific article

UDC 613.2-053.6

KEY WORDS: healthy lifestyle, adolescence, occupational therapy, stress and diet

ABSTRACT - Behaviours acquired in adolescence affect health and the quality of life in adulthood. The promotion of a healthy lifestyle also emphasises the healthy diet and stress management. The purpose of this study was to determine the behaviour of adolescents regarding eating habits and stress management. The sample for statistical analysis included 446 secondary school students of both genders. Their average age was 17.2 years. In our study, we used a standardised questionnaire Adolescence Lifestyle Profile (ALP), which we translated into Slovene language. The findings of our study showed that young people are still not aware of the importance of eating healthy. We also noticed deficiency in the field of stress management in young people. Occupational therapists can fill diverse roles in those fields and can help to improve people's life quality through the promotion of a healthy lifestyle.

1 Uvod

Mladostništvo (adolescenca) je obdobje v človekovem razvoju med otroštvom in odraslostjo, ki traja od približno 11. do 24. leta starosti. Izraz adolescenca izhaja iz latinščine in pomeni dozorevati (Marjanovič Umek in Zupančič, 2009). Obdobje mladostništva predstavlja enega izmed ključnih življenjskih prehodov, ko prihaja do največjih sprememb (WHO, 2015). V tem času se povečajo zahteve iz zunanjega okolja (Khan, 2000), ki so pogojene z družbenimi, s kulturnimi in z ekonomskimi dejavniki, od katerih je odvisno tudi oblikovanje življenjskega sloga posameznika (Starc in Kovač, 2007).

Življenjski slog je značilen način življenja, določen z nizom izstopajočih vedenjskih vzorcev, ki se pri posameznikih v določenem časovnem obdobju konsistentno pojavljajo (Škof in Stergar, 2010).

Dokazano je, da v adolescenci pridobljeno vedenje vpliva na zdravje in kakovost življenja v odrasli dobi (Khan, 2000). Tako bi se lahko izognili številnim dejavnikom tveganja, če bi destruktivno vedenje prepoznali in spremenili že v adolescenci (Wang et al., 2009). Pomembno je razumeti in spodbujati zdrav življenjski slog, ki je skupek zdravje spodbujajočega (pozitiven pristop do življenja, dobro počutje in samouresničevanje) in preventivnega vedenja (ukrepi za preprečevanje razvoja bolezni) (Pender et al., 2010). Največkrat v sklopu promocije zdravega življenjskega sloga poudarjamo redno vadbo, zdravo prehrano, obvladovanje stresa, duhovno življenje in dobre medsebojne odnose (Hsiao et al., 2013; Martin et al., 2014).

V današnjem svetu je stres postal del življenja. Čeprav se izpostavljenost nekaterim negativnim stresnim dogodkom zdi normalna, stresorji predstavljajo potencialno grožnjo za dobro počutje in zdrav razvoj mladostnikov (Grant et al., 2003). Na prehodu v mladostništvo se zaradi sprememb v odnosu do odraslih avtoritet, od katerih mladostnik postaja vse bolj neodvisen, poveča tudi število stresnih dogodkov, s katerimi se mora soočiti. Obenem v tem obdobju narašča tudi uporaba manj prilagojenih strategij spoprijemanja s stresom, kot so zloraba drog (kajenje, pitje alkohola), prekomerno prehranjevanje ali hujšanje itd. (Bryne et al., 2007). Po Truden in Dobrin (2009) sta dva izmed najpogostejših vzrokov za prvi obisk specialistične ambulante mladih med petnajstim in devetnajstim letom odziv na hud stres pri obeh spolih in motnje hranjenja, predvsem pri dekletih (Truden - Dobrin, 2009), kar nas je vodilo pri odločitvi, da se v tem članku osredotočimo na predstavitev rezultatov raziskave samo za ti dve področji.

Raziskavi, ki sta bili narejeni v Sloveniji leta 2010 in 2013, sta pokazali, da je skoraj polovica slovenske mladine doživljala stres tedensko. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da mladi zaradi trenutno dobrega zdravstvenega stanja pogosto podcenjujejo pomen uravnotežene prehrane. Nezdavno prehranjevanje je ena od ključnih značilnosti nezdravega življenjskega sloga, njegove posledice pa vodijo v številna obolenja moderne dobe (Modic et al., 2011). Vidrih (2007) v svoji raziskavi ugotavlja, da četrtna dijakov dnevno ne spije zadostne količine vode, tukaj so se dekleta pokazala kot bolj problematična, saj jih večina spije premalo vode. V raziskavi Štrajhar (2013) raziskavi glede prehranskega vedenja dijakov se je pokazalo, da le slabih dvajset odstotkov dijakinj in petnajst odstotkov dijakov dnevno zaužije zadostno količino zelenjave in da vsak dan zajtrkuje tretjina dijakinj in slaba polovica dijakov. Slabe prehranjevalne navade med ljubljanskimi srednješolci sta zaznali tudi Habajec in Hoyer (2002), ki sta ugotovili, da večina neredno uživa dnevne obroke in zaužije premalo sadja, zelenjave, žit in žitnih izdelkov. Posledice takih nezdravih prehranjevalnih navad v kombinaciji z gibalno neaktivnostjo so lahko bolezni srca in ožilja, nekatere vrste raka, diabetes tipa II ter druge kronične bolezni (WHO, 2003).

Da bi med mladimi preprečili zdravju škodljivo vedenje, je pomembna promocija zdravega življenjskega sloga. Na to področje posega tudi delovna terapija, ki v ta namen najpogosteje uporablja »model človekovega delovanja«, angl. - Model of Human Occupation (v nadaljevanju MOHO). Ta model definira življenjski slog kot človekov vzorec in način delovanja (Clark, 2000). Koncept tega modela je prepletanje notranjih

značilnosti posameznika (motivacija za njemu smiselne aktivnosti, oblikovanje smiselnih aktivnosti v vloge in rutine oz. življenjski slog ter zmožnost izvajanja aktivnosti) z okoljem (Kielhofner, 2008).

Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2004) je življenjski slog najpomembnejša komponenta, ki pripomore h kakovosti posameznikovega življenja. To je tudi eden od najpomembnejših ciljev delovne terapije. AOTA (American Occupational Therapy Association) (2008) ga definira kot dinamiko štirih komponent: zadovoljstvo z življenjem (dojemanje napredka proti posameznikovim ciljem), upanje (prepričanje, da lahko dosežemo cilj po izbrani poti), samopodoba (prepričanja in občutki o sebi), zdravje in delovanje (zdravstveno stanje, skrb zase in socialno-ekonomski dejavniki).

2 Namen raziskave in hipoteze

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je vedenje mladostnikov v skrbi za zdravje na področju ravnanja s stresom in prehranjevalnih navad. Zanimalo nas je tudi, ali obstajajo razlike med spoloma.

H1: Odziv na stres mladostnikov se statistično pomembno razlikuje glede na spol.

H2: Prehranjevalne navade mladostnikov se statistično pomembno razlikujejo glede na spol.

3 Metode

Za preučitev teoretičnega koncepta in razvoj hipotez je bila uporabljena metoda pregleda literature. Literatura je bila pridobljena iz naslednjih podatkovnih baz: COBISS, Google Učenjak, PubMed in MEDLINE. Iskanje literature je potekalo s pomočjo ključnih besed in njihovih kombinacij: zdrav življenjski slog (angl. healthy lifestyle), mladostniki (angl. adolescents), mladostništvo (angl. adolescence), delovna terapija (angl. occupational therapy), stres (angl. stress), prehrana (angl. nutrition). Pregledana literatura je iz časovnega obdobja od leta 1990 do 2015.

Izvedena je bila empirična raziskava, in sicer v obliki ankete. Uporabljen je vprašalnik Adolescence Lifestyle Profile.

3.1 Opis instrumenta

Z dovoljenjem avtorjev smo uporabili standardizirani vprašalnik Adolescence Lifestyle Profile (ALP) (Hendricks in Pender, 2001), ki smo ga prevedli v slovenščino. Predhodno je bil ALP preveden v nekaj svetovnih jezikov, uporabljali pa so ga tako med zdravo populacijo kot tudi med ljudmi z različnimi obolenji, kot so rak, nevrološke bolezni, presnovne bolezni (Pinar et al., 2009). ALP je bil zasnovan za merjenje zdravje spodbujajočega vedenja pri mladostnikih. Trenutna različica (ALP-R2 ©) vsebuje 44 trditev, ki jih anketiranci ocenjujejo s štiritočkovno Likertovo lestvico, in sicer

1 = nikoli, 2 = včasih, 3 = pogosto in 4 = zmeraj. Instrument vsebuje sedem področij: odgovornost za zdravje, gibalna aktivnost, prehrana, pozitiven pogled na življenje, medosebni odnosi, obvladovanje stresa in duhovnost (Hendricks in Pender, 2001). Prevedeni vprašalnik smo najprej preverili na skupini desetih mladostnikov. Zanesljivost vprašalnika za celotni vzorec 446 dijakov pa smo preverili s koeficientom Cronbach alfa, ki je znašal 0,86. Po DeVellis (2012) to kaže na ustrezno zanesljivost instrumenta.

Poleg zgoraj omenjenih podatkov je anketa vsebovala še vprašanja o socialno-demografskih podatkih.

3.2 Opis vzorca

V raziskavo je bilo zajetih 446 dijakov iz 8 srednjih šol v Sloveniji. Končni vzorec raziskave predstavlja 417 mladostnikov, ki so vprašalnike izpolnili v celoti. Realizacija vzorca je bila tako 93,5 %. Povprečna starost sodelujočih je bila 17,2 leti, od tega je bilo anketiranih 232 deklet in 186 fantov. Dijaki so bili seznanjeni z namenom raziskave. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

3.3 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo od 5. 11. 2015 do 6. 12. 2015. Pripravljena je bila elektronska anketa s pomočjo spletne aplikacije 1ka, na katero so sodelujoči odgovarjali na svojih šolah (računalniška učilnica). Vsako šolo je obiskal en anketar, ki je anketiranim najprej predstavil anketo in jim bil na razpolago za morebitna vprašanja. Povprečni čas izpolnjevanja ankete je bil 7 minut in 35 sekund. Za obdelavo podatkov smo uporabili program IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 22. Za preverjanje razlik med dvema spremenljivkama smo uporabili t-test za neodvisne vzorce. Vrednost $p \leq 0,050$ je določala območje statistične pomembnosti.

4 Rezultati

Hipoteza 1: Odziv mladostnikov na stres se razlikuje glede na spol.

Iz Tabele 1 je razvidno, da je t-test za neodvisne vzorce pokazal statistično pomembne razlike med dekleti in fanti pri času za sprostitev, razmišljanju o lepih stvareh ter pri pogovoru o svojih problemih in rešitvah zanje ($p < 0,05$). Aritmetična sredina (M) kaže, da si čas za sprostitev pogosteje vzamejo fantje ($M = 3,18$). Iz Tabele 2 lahko vidimo, da si čas za sprostitev zmeraj vzame 43,55 % fantov in le 30,74 % deklet. Nasprotno se pri izračunih aritmetične sredine pokaže pri razmišljanju o lepih stvareh, saj to bolj pogosto počnejo dekleta ($M = 2,96$). Zmeraj o lepih stvareh razmišlja 30,74 % deklet in le 18,82 % fantov. Prav tako se dekleta ($M = 3,34$) bolj pogosto pogovorijo o svojih problemih in rešitvah zanje kot fantje. 51,08 % deklet se zmeraj pogovarja o svojih problemih in rešitvah zanje, medtem ko to stori le 19,89 % fantov. Samo 15,58 % deklet in 12,37 % fantov zmeraj sprejema stvari, ki se jih ne da spremeniti.

Tabela 1: Ocena postavk odziva na stres z ozirom na spol, primerjava med spoloma (t – test za neodvisne vzorce)

Postavka	Aritmetična sredina (M)		t	p
	Ž	M		
Redno spanje	3,11	3,04	0,766	0,444
Čas za sprostitev	2,98	3,18	-2,448	0,015
Sprejemanje stvari, ki se jih ne da spremeniti	2,69	2,65	0,564	0,573
Ukvarjanje z aktivnostmi, ki so mi všeč	3,28	3,38	-1,553	0,121
Razmišljanje o lepih stvareh	2,96	2,65	3,630	<0,001
Pogovor o problemih in rešitvah zanje	3,34	2,72	7,773	<0,001

Pri ostalih postavkah: rednem spanju, sprejemanju stvari, ki se jih ne da spremeniti, in ukvarjanju z aktivnostmi, ki so jim všeč, razlike med spoloma niso statistično pomembne ($p > 0,050$). V skupini odziva mladostnikov na stres se od šestih postavk pokažejo kot statistično pomembne tri, zato je hipoteza delno sprejeta.

Tabela 2: Razporeditev odgovorov za področje odziva na stres, primerjava med spoloma

Postavka	% odgovorov				%
	Nikoli	Včasih	Pogosto	Zmeraj	
Redno spanje					
Ž; n = 232	3,9	20,35	36,8	38,95	100
M; n = 186	5,38	19,35	40,86	34,41	100
Čas za sprostitev					
Ž; n = 232	1,3	29,87	38,1	30,73	100
M; n = 186	3,23	18,82	34,41	43,54	100
Sprejemanje stvari, ki se jih ne da spremeniti					
Ž; n = 232	4,76	37,23	42,42	15,59	100
M; n = 186	4,84	38,17	44,62	12,37	100
Ukvarjanje z aktivnostmi, ki so mi všeč					
Ž; n = 232	0	13,42	45,45	41,13	100
M; n = 186	1,61	6,45	44,09	47,85	100
Razmišljanje o lepih stvareh					
Ž; n = 232	3,46	27,71	38,1	30,73	100
M; n = 186	9,14	35,48	36,56	18,82	100
Pogovor o problemih in rešitvah zanje					
Ž; n = 232	1,73	13,42	33,77	51,08	100
M; n = 186	6,45	34,95	38,71	19,89	100

n = velikost vzorca

Hipoteza 2: Prehranjevalne navade mladostnikov se razlikujejo glede na spol.

Kot je razvidno iz Tabele 3, je neodvisni t-test pokazal statistično pomembno razliko med dekleti in fanti pri uživanju sadja in rednem pitju vode ($p < 0,05$). Aritmetič-

na sredina (M) kaže, da dekleta pogosteje zaužijejo večjo količino sadja ($M = 2,60$). Iz Tabele 4 lahko vidimo, da zmeraj zaužije 2–4 obroke sadja na dan 16,45 % deklet in le 6,99 % fantov. Ravno nasprotno pa se pokaže pri rednem pitju vode, pri čemer so fantje bolj dosledni ($M = 3,16$). Vsak dan popije 6 kozarcev ali več vode 44,62 % fantov in le 35,06 % deklet. Pri ostalih postavkah pa je $p > 0,050$, kar pomeni, da razlika med spoloma ni statistično pomembna pri izogibanju sladkarijam, izbiri izdelkov z nižjo vsebnostjo maščob, uživanju zelenjave in uživanju raznovrstnega mesa. Prav tako se statistično pomembna razlika ne pokaže pri vsakodnevem zajtrkovanju.

V tabeli 3 predstavljeni rezultati glede prehranjevalnih navad mladostnikov so zaskrbljujoči, saj se sladkarijam in drugi sladki hrani zmeraj izogiba samo 2,16 % deklet in 3,76 % fantov; samo 7,36 % deklet in 4,30 % fantov zmeraj izbira izdelke z nižjo vsebnostjo maščob; zmeraj zajtrkuje samo 32,46 % deklet in 37,10 % fantov; zmeraj uživa 3–5 obrokov zelenjave na dan samo 8,23 % deklet in 6,99 % fantov.

Tabela 3: Ocena postavk prehranjevalnih navad z ozirom na spol, primerjava med spoloma (t–test za neodvisne vzorce)

Postavka	Aritmetična sredina (M)		t	p
	Ž	M		
Izogibanje sladkarijam	2,02	1,99	0,455	0,649
Izbira izdelkov z nižjo vsebnostjo maščob	1,99	1,84	1,685	0,093
Zajtrkovanje	2,66	2,67	-0,039	0,969
Uživanje sadja	2,60	2,37	2,899	0,004
Uživanje zelenjave	2,21	2,10	1,433	0,152
Uživanje različnih vrst mesa	3,39	3,42	-0,416	0,677
Redno pitje vode	2,91	3,16	-2,583	0,010

Od sedmih postavk iz skupine prehranjevalnih navad se pokažeta statistično pomembni razliki med spoloma samo pri dveh postavkah, zato hipotezo kot celoto ovržemo.

Tabela 4: Razporeditev odgovorov glede prehranjevalnih navad, primerjava med spoloma

Postavka	% odgovorov				% skupaj
	Nikoli	Včasih	Pogosto	Zmeraj	
Izogibanje sladkarijam					
Ž; n = 232	20,35	59,31	18,18	2,16	100
M; n = 186	25,81	53,23	17,20	3,76	100
Izbira izdelkov z nižjo vsebnostjo maščob					
Ž; n = 232	35,06	38,1	19,48	7,36	100
M; n = 186	40,00	38,17	16,13	5,70	100
Zajtrkovanje					
Ž; n = 232	16,02	34,2	17,32	32,46	100
M; n = 186	19,89	30,65	12,36	37,10	100
Uživanje sadja					

Ž; n = 232	5,63	45,45	32,47	16,45	100
M; n = 186	9,14	51,61	32,26	6,99	100
Uživanje zelenjave					
Ž; n = 232	16,02	54,98	20,77	8,23	100
M; n = 186	22,58	52,15	18,28	6,99	100
Uživanje različnih vrst mesa					
Ž; n = 232	5,19	11,69	22,08	61,04	100
M; n = 186	3,76	9,68	26,88	59,68	100
Redno pitje vode					
Ž; n = 232	10,39	22,94	31,6	35,07	100
M; n = 186	4,3	20,43	30,65	44,62	100

n = velikost vzorca

5 Razprava

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšno je vedenje mladostnikov v zvezi s skrbjo za zdravje, in sicer na področju prehranjevalnih navad in na področju odziva na stres. Zanimalo nas je, ali na teh področjih obstajajo pomembne razlike med spoloma.

Delno smo lahko potrdili prvo hipotezo, da se odziv na stres razlikuje glede na spol. Statistično pomembna razlika se je pokazala pri dnevni sprostitvi, razmišljanju o lepih stvareh in pri pogovoru o svojih problemih in rešitvah zanje. Vsak dan si vzame čas za sprostitev le slaba polovica fantov in manj kot tretjina deklet. Obratno pa lahko trdimo, da dekleta večkrat razmišljajo o prijetnih stvareh, medtem ko to počne slaba petina fantov. Avtorica Pušnik (2002) v svoji raziskavi navaja, da so dekleta bolj odprta za pogovor o svojih težavah in rešitvah le-teh s svojimi bližnjimi. Do podobnih ugotovitev smo prišli tudi mi. Več kot polovica deklet se vedno pogovarja o problemih in rešitvah zanje s prijatelji, medtem ko to stori le slaba petina fantov. O tem je pisal že Long (1990), ki je trdil, da je odziv na stres odvisen od spola, saj naj bi se ženske v težavah obrnile na svojo družbo, medtem ko naj bi moški »utapljali« svoje težave v alkoholu. Tri četrtine vseh anketiranih zmeraj ali pogosto spi 6-8 ur na noč. Skoraj 90 % mladostnikov pa zmeraj ali pogosto počne stvari, ki so jim všeč in v njih uživajo. Raziskava je pokazala, da mladostniki težko sprejemajo stvari, ki jih ne morejo spremeniti.

Zadovoljstvo, smisel in življenjski optimizem prinaša kakovostna poraba prostega časa. Pri uspešnem prilagajanju mladih na težave in spremembe igra prosti čas veliko vlogo in je pomemben blažilec stresa (Caldwell, 2005). Kakovostna izbira prostega časa zmanjšuje stres, pomaga k boljšemu obvladovanju različnih spretnosti, kakovostnejši izbiri prijateljev, užitku in sprostitvi. Vse to pozitivno vpliva na zdravje, dobro počutje in kakovost življenja (Specht et al., 2002). Pri načrtovanju učinkovite porabe prostega časa pa ima delovni terapevt posebno vlogo, saj je domena delovne terapije pomoč ljudem pri vključevanju v dnevne življenjske aktivnosti, kamor spada tudi poraba prostega časa. Tako lahko mladostnikom pomaga izbrati zanje pomembne aktivnosti in s tem preprečevati ali zmanjšati stres.

Ugotovili smo, da se prehranjevalne navade večinoma ne razlikujejo glede na spol. Statistično pomembna razlika se je pokazala samo pri zaužiti količini sadja in vode. Izkazalo se je, da dekleta dnevno pojedjo več sadja kot fantje. Tudi raziskava Prehransko vedenje in odnos dijakov do prehranjevanja (Štrajhar, 2013) je pokazala, da dekleta pogosteje uživajo sadje kot fantje. Nasprotno se je pokazalo pri dnevnem vnosu količine vode, saj to stori statistično pomembno več fantov kot deklet. Pri ostalih postavkah sicer ni statistično pomembnih razlik med spoloma, vendar so rezultati raziskave zaskrbljujoči. V naši raziskavi o uživanju zelenjave smo ugotovili, da samo 7 % dijakov in 8,2 % dijakinj dnevno zaužije 3–5 obrokov zelenjave. Sadje in zelenjava sta odlični viri vitaminov, mikroelementov in prehranskih vlaknin, zato sta za naše zdravje tako zelo pomembna.

Čeprav se priporoča vsakodnevno uživanje sadja in zelenjave, tudi rezultati druge raziskave (Jeriček et al., 2007) kažejo, da samo malo manj kot petina mladostnikov uživa sadje in zelenjavo vsaj enkrat na dan. Raziskava HBSC kaže, da 60 % mladostnikov sadja ne uživa redno, 75 % pa redno ne uživa zelenjave (Koprivnikar et al., 2012). Kljub pogostemu vsesplošnemu opozarjanju na pomen zajtrkovanja se je v naši raziskavi pokazalo, da zajtrk redno uživa le 34,5 % vseh anketiranih. Tudi Štrajhar (2013) je v svoji raziskavi ugotovil, da vsak dan zajtrkuje le 39,7 % vseh anketiranih. Rezultati kažejo tudi, da je v primerjavi z dijakinjami več dijakov, ki redno zajtrkujejo (Štrajhar, 2013). V mednarodnem merilu se slovenski mladostniki uvrščajo v sam vrh tistih, ki najpogosteje izpuščajo zajtrk. Izpuščeni zajtrki pa lahko zmanjšajo telesne in duševne zmognosti za kar 20 % (Gregorič, 2007). V raziskavi Prehransko vedenje in odnos dijakov do prehranjevanja (Štrajhar, 2013) so ugotovili, da različne vrste mesa enkrat tedensko in dva- do trikrat tedensko uživa več dijakov kot dijakinj. V članku Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanim vedenjem slovenskih mladostnikov (Artnik, 2011) navajajo rezultate svoje raziskave, ki kažejo, da meso prav tako vsakodnevno uživa več dijakov kot dijakinj. Mi pa smo z raziskavo ugotovili, da večina (60 %) mladostnikov zmeraj uživa različne vrste mesa, od tega več dijakinj kot dijakov. Skrb vzbujajoče je dejstvo, da vsak dan ali celo večkrat na dan sladkarije uživa kar 25 % mladostnikov (Artnik et al., 2011). V naši raziskavi se sladkarijam in drugi sladki hrani nikoli ne izogiba 3 % anketiranih, pogosto pa 18 %. Posledice takih nezdravih prehranjevalnih navad v kombinaciji z gibalno neaktivnostjo so lahko bolezni srca in ožilja, nekatere vrste raka, diabetes tipa II in druge kronične bolezni (WHO, 2003).

6 Zaključek

Mladostništvo predstavlja enega izmed ključnih prehodov, ko pride do največjih življenjskih sprememb (WHO, 2015). V tem obdobju pridobljeno vedenje vpliva na zdravje in kvaliteto življenja v odrasli dobi (Khan, 2000). Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je vedenje mladostnikov glede skrbi za zdravje na področju prehranjevalnih navad in na področju obvladovanja stresa.

Glede na izsledke iz naše raziskave in po pregledu literature lahko trdimo, da se mladi kljub množičnemu ozaveščanju in promociji zdravega načina življenja še vedno ne zavedajo pomena zdravega prehranjevanja. Ugotovili smo, da dekleta pojedjo več sadja, medtem ko fantje popijejo več vode. V splošnem pa se prehranjevalne navade med spoloma ne razlikujejo. Delno se pokažejo razlike med spoloma na področju ravnanja s stresom. Dekleta več razmišljajo o lepih stvareh in se več pogovarjajo o svojih problemih in rešitvah zanje. Fantje pa si vzamejo več časa za sprostitve. Dosedanja spoznanja kažejo, da stresna situacija in nezdrav način prehranjevanja lahko prispevata k debelosti in raznim kroničnim obolenjem.

Zaradi vzorčenja, ki je potekalo glede na poznanstva s srednjimi šolami (bivše srednje šole raziskovalcev) in ne slučajno, bi izsledke naše raziskave težko posplošili na celotno slovensko populacijo mladostnikov. Standardiziran vprašalnik ALP-R2 je z 0,86 koeficientom Cronbach alfa precej zanesljiv, zato bi ga lahko uporabili tudi v prihodnje. Ob zaključku naše raziskave so se nam porajala vprašanja, kaj vse je vzrok za tak življenjski slog, na kakšen način lahko k dobremu počutju in zdravju še prispevamo delovni terapevti in kako bi lahko delovni terapevti z delovanjem na področju življenjskega sloga mladih dolgoročno doprinesli k blaginji v skupnosti.

Glede na to, da pridobljeno vedenje mladostnikov vpliva na zdravje v kasnejših življenjskih obdobjih, je zanje zelo pomembna promocija zdravega življenjskega sloga. Prav na tem področju lahko veliko storijo delovni terapevti, tako da mladostnikom približajo primeren način prehranjevanja in jih naučijo, kako se morajo organizirati, da bodo imeli čas za vse obroke v dnevu in da bodo ti obroki količinsko in vsebinsko primerni. Prav tako je treba mlade naučiti strategij za obvladovanje stresnih situacij, jih spodbuditi k pogovoru in sprotne reševanju težav. Mlade moramo torej spodbujati k vključevanju v aktivnosti, ki krepijo njihovo zdravje in dobro počutje, odvrčajo pa jih od rizičnih situacij, ki bi lahko vodile v nezdrav življenjski slog.

Kristina Batič, Tamara Car, Natalija Job, Tomaž Stradar, Cecilija Lebar, MSc

The Response to Stress and Eating Habits among Adolescents

Adolescence is a period in human development between childhood and adulthood, which lasts from about 11 to 24 years of age (Marjanovič Umek in Zupančič, 2009). During this time, demands from the external environment (Khan, 2000), which are conditioned by social, cultural and economic factors influencing the creation of a lifestyle of the individual (Starc and Kovač, 2007), increase. If the destructive behaviour is recognized and amended in adolescence, we could avoid many risk behaviour, which leads to unhealthy lifestyle (Wang et al., 2009). This is why it is important to understand and promote a healthy lifestyle. We can define a healthy lifestyle as a set of health-promoting behaviour such as positive life approach, well-being, self-fulfilment and prevention behaviour (Pender et al. 2010). The promotion of a healthy lifestyle emphasises regular exercise, healthy diet, stress management, spiritual life and good

relationships (Hsiao et al., 2013; Martin et al., 2014). In today's world, stress has become a part of life. Although the exposure to some stressful events is considered as a normal part of development, stressors pose a potential threat to the well-being and healthy development of adolescents (Grant et al., 2003). Due to changes in relation to adult authority, from which the youngsters are becoming more independent at the transition to adolescence, the number of events that require coping with stress also increases. In this period, at the same time, increases the use of less tailored strategies to deal with stress, such as drug abuse, excessive eating or weight loss, etc. (Bryne et al., 2007). It is also concerning that young people, due to the current good health, often underestimate the importance of a balanced diet and active lifestyle. Unhealthy eating is one of the key characteristics of an unhealthy lifestyle, that could result in numerous diseases of the modern era (Modic et al. 2011). In the study of Habajec and Hoyer (2002), they found out that the eating habits of high school students are poor, since most of them enjoying meals irregularly. Also, students devote too little attention to fruits, vegetable, cereals and cereal products when choosing their meals (Habajec and Hoyer, 2002). To avoid health damaging behaviour among young people, it is important to promote a healthy lifestyle. Occupational therapy is one of the leading health professions in this field and it uses the Model of Human Occupation (MOHO) for this cause. The concept of MOHO model is the interaction between an individual's characteristics and the environment (Kielhofner, 2008). According to the World Health Organization (WHO, 2004), lifestyle is the most important component that contributes to the quality of one's life. It is also one of the most important objectives of occupational therapy.

To examine the theoretical concept and the development of hypothesis, we used the method of literature review. We also conducted an empirical research in the form of survey by using the standardised questionnaire Adolescence Lifestyle Profile (ALP), which we translated into Slovene.

ALP was designed for the evaluation of healthy lifestyle behaviours in adolescents. The current version (ALP-R2[®]) consists of 44 items in 7 subscales: health responsibility, physical activity, nutrition, positive life perspective, interpersonal relations, stress management and spiritual health. In addition, the survey included the questions of the social demographic data.

The sample for statistical analysis included 446 secondary school students of both genders (232 women and 186 men). Their average age was 17.2 years. Participation in the survey was voluntary and anonymous.

The purpose of this study was to determine the behaviour of adolescents in correlation to healthy lifestyle, response to stress (stress management) and eating habits. We aimed to establish how stress management and eating habits differ by gender.

Adolescents' response to stress according to gender differs in 3 areas, so the hypothesis was partially confirmed. A statistically significant difference was found in daily relaxing, in thinking about pleasant things and in discussing about their problems ($p < 0.050$). The mean value showed that boys spend more time on relaxing ($M = 3.18$), while girls spend more time discussing their problems ($M = 3.34$) and thin-

king about pleasant things ($M = 2.96$). 51.08% of girls always discuss their problems with their friends, in contrast to 19.89% of boys. No statistically significant differences between genders were found in regular sleeping, accepting things that cannot be changed and doing things they like to do ($p > 0.050$).

A quality of spending free time brings people satisfaction and positive optimism in life. In adolescence, free time plays a huge role in the successful adaptation of youth to problems and changes, and it is an important buffer against stress (Caldwell, 2005). A quality range of free time reduces stress, helps with better management of various skills, higher-quality choice of friends, pleasure and relaxation. When planning quality leisure-time within the domain of occupational therapy, the occupational therapist has a special role in helping people engage in activities of daily living, including free time. The occupational therapist can help young people to choose the important activities and thereby prevent or even reduce stress.

The survey showed that eating habits do not differ according to gender. A statistically significant difference was found only in the intake of fruit and water ($p < 0.050$). The mean value showed that women ($M = 2.60$) eat more fruit per day than men do, however, the daily intake of water was higher in boys ($M = 3.16$) than in girls.

Our study also showed that only around the third of all respondents regularly consume breakfast, only 3% of respondents often avoid candy and other sugary foods and only 18% of respondents often choose food with lower fat content. There were no statistically significant differences in the intake of sugar, greasy food, vegetables and in consumption of various types of meat as well as in everyday breakfast.

Despite the large advertising about the importance of eating breakfast, the Koprivnikar's (2012) study showed that only 34.5% of all respondents regularly consume breakfast. In the international context, the Slovenian adolescents fall at the very top of those who frequently skip breakfasts. Skipping breakfast may result in reduced physical and mental capacity to as much as 20% (Gregorič, 2007). The study Dietary behaviour and attitude of students towards nutrition (Štrajhar, 2013) has found that different types of meat are eaten once a week and boys eat meat two to three times a week, which is more than girls. With our survey, we found out that the majority (60%) of young people still enjoy a variety of meat, of which more boys than girls. However, it is an alarming fact that every day or even several times a day, candy is consumed by as much as 25% of adolescents (Artnik, 2011). In our study, candy is always consumed by 3% of respondents, and often by 18% of respondents.

On the basis of our findings and the literature review, we have established that adolescents still do not realise the importance of healthy eating, in spite of a strong emphasis on raising awareness and promoting a healthy lifestyle. We found out that in general, eating habits between both genders do not differ significantly. Partially gender differences in dealing with stress are recorded. Girls are thinking more about beautiful things and talking more about their problems and their solutions, but boys take more time for relaxation.

Furthermore, the research showed a link between stress and eating habits in certain areas; however, we could not establish whether stress management affects eating habits or the other way around. But we do know that stress and unhealthy diet can consequently lead to obesity and various chronic diseases. The results of our study significantly differ from the results of similar studies because of the small sample of interviewees. In addition, the number of girls included in our research was higher than the number of boys, therefore, the result may not be representative for the young population in general. Both fields, eating habits and stress management, could be further explored in details and the data could be compared to other social demographic data, not only to the gender and academic success.

Given the fact that the behaviour acquired in adolescence affects health in the later stages of life, it is very important to promote a healthy lifestyle in adolescence. At the primary level of the preservation and strengthening of health, the therapists can do a lot to promote a healthy lifestyle. Therapists can draw the attention of young people to the appropriate diet and teach them how to organise the day, so that they would have time for all meals of the day. It is also important to teach young people strategies of coping with stress, to encourage them to an ongoing conversation and problem solving. In general, young people must be encouraged to the integration of activities that enhance their health and well-being, and at the same time discouraged from various risky situations that could lead to an unhealthy lifestyle.

LITERATURA

1. American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, No. 6, pp. 625–683.
2. Artnik, B., Drev, A., Drglin, Z., Fajdiga Turk, V., Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M. in Zupanič, T. (2011). Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanim vedenjem slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
3. Byrne, D. G., Davenport, S. C. and Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). Journal of Adolescence, 30, pp. 393–416.
4. Caldwell, L. L. (2005). Leisure and health: why is leisure therapeutic. Br J Guid Counc, 33, No. 1, pp. 7–26.
5. Clark, F. A. (2000). The concepts of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis. The occupational therapy journal of research: Occupation, Participation and Health, 20, No. 1, pp. 123–137.
6. DeVellis, R. F. (2012). Scale development: Theory and applications. Los Angeles: Sage. pp. 109–110.
7. Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. and Halpert, J. A. (2003). Stressors and Child and Adolescent Psychopathology: Moving From Markers to Mechanisms of Risk. Psychological Bulletin, 129, No. 3, pp. 447–466.
8. Gregorič, M. (2007). Ocena kakovosti zajtrka v celodnevni prehrani srednješolcev. Ljubljana: Biotehnična fakulteta.
9. Habajec, T. in Hoyer, S. (2002). Prehranjevalne navade ljubljanskih srednješolcev. Obzornik zdravstvene nege, 36, št. 1, str. 45–49.

10. Hendricks, C. and Pender, N. (2001). Adolescence Lifestyle Profile (ALP-R2[®]). AL. Selma: The Adolescent Health Promotion Program, pp. 1–8.
11. Hsiao, Y. C., Chiang, Y. C., Lee, H. C. and Han, C. Y. (2013). Psychometric testing of the properties of the spiritual health scale short form. *Journal of Clinical Nursing*, 22, No. 21–22, pp. 2981–2990.
12. Jeriček, H., Lavtar, D. in Pokrajac, T. (2007) HBSC Slovenija 2006. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Poročilo o raziskavi. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
13. Khan, A. (2000). Adolescents and Reproductive Health in Pakistan: A Literature Review. In: Shireen, S. I. (ed.). *Body, mind, and spirit in sexual health: national conference report*. Islamabad, Pakistan, February 13th to 15th, 2001.
14. Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
15. Koprivnikar, H., Drev, A., Jeriček Klajnšček, H. in Bajt, M. (2012). Z zdravjem povezana vedenja mladostnikov v Sloveniji – izziv in odgovori. Izhodišča za načrtovanje politik. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
16. Long, B. C. (1990). Relation between coping strategies, sex-typed traits, and environmental characteristics: A comparison of male and female managers. *Journal of Counseling Psychology*, 37, No. 2, pp. 185–194.
17. Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (2009). *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
18. Martin, A., Saunders, D. H., Shenkin, S. D. and Sproule, J. (2014). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 3.
19. Modic, J., Berglez, S. in Beočanin, T. (2011). *Zdravje mladih: Programski dokument Mladinskega sveta Slovenije*. Ljubljana: Mladinski svet Slovenije.
20. Pender, N., Murdaugh, C. and Parsons, M. A. (2010). *Health promotion in nursing practice*. 6thed. Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.
21. Pinar, R., Celik, R. and Bahcecik, N. (2009). Reliability and construct validity of the Health Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population. *Nursing Research and Practice*, 58, No. 3, pp. 184–193.
22. Pušnik, T. (2002). Nekateri indikatorji duševnega zdravja dijakov GESŠ. *Psihološka obzorja*, 11, št. 1, str. 79–96.
23. Specht, J., King, G., Brown, E., Foris, C. (2002). The importance of leisure in the lives of persons with congenital physical disabilities. *Am J Occup Ther* 56, No. 4, pp. 436–445.
24. Starc, G. in Kovač, M. (2007). Življenjski slogi otrok in mladine med izbiro in določenostjo. V: Kovač, M. in Starc, G. (ur.). *Šport in življenjski slogi slovenskih otrok in mladine*. Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za kineziologinjo: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, str. 29–33.
25. Škof, B. in Stergar, E. (2010). Izrazoslovje – pojasnitev nekaterih pojmov, povezanih s športno dejavnostjo. V: Škof, B. (ur.). *Spravimo se v gibanje – za zdravje in srečo gre: kako do boljše telesne zmogljivosti slovenske mladine?* Ljubljana: Fakulteta za šport, Inštitut za šport, str. 25–43.
26. Štrajhar, P. (2013). *Prehransko vedenje in odnos dijakov do prehranjevanja*. Ljubljana: Biotehniška fakulteta.
27. Truden-Dobrin, P. (2009). Kazalniki zdravja mladostnic in mladostnikov. *Farmacevtski vestnik*, 60, št. 4, str. 223–225.
28. Vidrih T. (2007). *Kultura pitja slovenskih srednješolcev*. Magistrsko delo. Ljubljana: Biotehniška fakulteta, Oddelek za živilstvo.
29. Wang, D., Ou, C. Q., Chen, M. Y. and Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in mainland China. *BMC Public Health*. 9, No. 9, pp. 379.
30. WHO (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert consultation, Technical Report Series 916*, Geneva. Pridobljeno dne 20. 1. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/>.

31. World Health Organization (2015). Adolescent development. Pridobljeno dne 10. 1. 2016 s svetovnega spleta: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/.
32. World Health Organization. (2004). The WHO cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001–2002.

Kristina Batič, študentka Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: kristina.batic@gmail.com

Tamara Car, študentka Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: tamara.car92@gmail.com

Natalija Job, študentka Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: natalija.job@gmail.com

Tomaž Stradar, študent Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

E-naslov: tomaz.stradar@gmail.com

Mag. Cecilija Lebar; višja predavateljica delovne terapije na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani.

E-naslov: cecilija.lebar@zf.uni-lj.si

Mobilne aplikacije: sodoben pripomoček na področju zdravja in dobrega počutja

Strokovni članek

UDK 004.9:61+614.253

KLJUČNE BESEDE: mobilna tehnologija, mobilne aplikacije, m-zdravje, informacijska varnost

POVZETEK - Mobilna tehnologija je v zadnjem desetletju zelo spremenila naše življenje, saj omogoča komuniciranje in dostop do informacij kjerkoli in kadarkoli. Mobilne aplikacije predstavljajo sodoben pripomoček na področju zdravja, pri preventivni skrbi za zdravje, spremljanju kroničnih bolezni s strani pacientov in pri nudenju zdravstvenih storitev. Namen članka je širše predstaviti potencialne in pasti m-zdravja, ki ga med prioriteta področja postavlja Evropska komisija, ter oceniti pripravljenost za širšo rabo mobilnih tehnologij na področju zdravja pri nas. Sledi kratek pregled tujih in domačih aplikacij m-zdravja, s čimer želimo širši javnosti pokazati, da so številne rešitve že na voljo.

Professional paper

UDC 004.9:61+614.253

KEY WORDS: mobile technology, mobile applications, m-Health, information security

ABSTRACT - In the last decade, mobile technology extremely changed our lives, enabling communication and access to information anywhere and anytime. Mobile applications are modern tools used also in health, in preventive health care, chronic disease self-monitoring by patients, as well as in the provision of healthcare services. The aim of the article is to present the potentials and pitfalls of m-Health, which is one of the priority areas of the European Commission, and to assess the readiness for wider use of mobile technologies in the field of health care in Slovenia. We also give a brief overview of foreign and domestic m-health applications, showing the general public that a lot of solutions are already available.

1 Uvod

V zadnjem desetletju so mobilne tehnologije, naprave in aplikacije, ki so še posebej popularne pri mlajši generaciji, nanje pa se uspešno navajajo tudi starejši, predstavljale najhitrejšo rastočo vrsto informacijske tehnologije (Hinchcliffe, 2011; Statista 2016). V letu 2015 je bilo tako prodanih 276 milijonov tabličnih računalnikov, 1,4 milijarde pametnih telefonov in le 113 milijonov stacionarnih osebnih računalnikov ter 163 milijonov prenosnih računalnikov (Statista 2016). Analitiki ocenjujejo nadaljevanje trenda popularnosti mobilnih naprav tudi prihodnosti (Basenese, 2011; Hinchcliffe, 2011). Mobilne tehnologije omogočajo boljše obveščenost, lažje sodelovanje, dostopnost informacij kjerkoli, večjo kreativnost in še marsikaj, brez česar si zasebnega življenja skoraj ne predstavljamo več. Vse navedene prednosti pa lahko izkoristimo tudi na delovnem mestu, zaradi česar smo lahko pri svojem delu uspešnejši in bolj zadovoljni. Tudi področje zdravja tako ni izjema, še posebej, če nam uporaba mobilne tehnologije pomaga rešiti naše ali tuje življenje.

Evropska komisija v strateškem dokumentu Zelena knjiga o mobilnem zdravju (m-zdravju) (European Commission, 2014), predstavi potencialne m-zdravja ter pasti pri uvajanju teh rešitev. Dokument tako predstavlja temelj za dvig zavedanja o po-

menu tega področja ter čim bolj poenoten razvoj in uporabo mobilnih tehnologij s področja zdravja v prihodnosti tudi pri nas.

Menimo, da so možnosti, ki nam jih nudi mobilna tehnologija, tako pri preventivni skrbi za zdravje in spremljanje kroničnih bolezni kot tudi pri opravljanju strokovnega dela zdravstvenih delavcev pri nas premalo izkoriščene, zato je namen prispevka približati področje m-zdravja strokovni in širši javnosti. Cilji prispevka so kritično oceniti trenutno stopnjo pripravljenosti za rabo mobilnih tehnologij s področja zdravja pri nas, predstaviti številne že razvite aplikacije in tako spodbuditi k njihovi večji rabi pa tudi opozoriti na področja kot je informacijska varnost, ki jim je ob uvajanju mobilnih tehnologij potrebno posvetiti posebno pozornost.

2 Mobilno zdravje

Pri hitrem prodoru in uveljavitvi novih informacijskih tehnologij tudi področje zdravja ni izjema. V zadnjih letih se je polega e-zdravja, ki pomeni uvajanje elektronskih rešitev za povečanje kakovosti in učinkovitosti zdravstvenih storitev, uveljavil tudi izraz mobilno zdravje ali krajše m-zdravje (angl. »m-Health«). M-zdravje poudarja vlogo uporabe mobilnih omrežij, terminalov in storitev za potrebe varovanja zdravja in izboljšanje zdravstvenih storitev. Sloni na mobilnih napravah, kot so pametni telefoni, tablični računalniki, dlančniki in druge brezžične naprave, ki kjerkoli omogočajo uporabo široke palete storitev (Štern, 2010).

Pri Evropski komisiji je v letu 2014 nastal strateški dokument Zelena knjiga o mobilnem zdravju (m-zdravju), kjer so med drugim opisani potenciali in pasti pri uvajanju m-zdravja. Posebno pomembna so poglavja o varovanju osebnih zdravstvenih podatkov, ki se zberejo v mobilnih aplikacijah (na telefonih ali strežnikih, kjer te aplikacije tečejo), njihovem nadaljnjem obdelovanju, varnosti teh aplikacij oziroma zaupanju v njihovo pravilno delovanje. Da bi preprečili zlorabe in škodo zaradi nepravilnega delovanja mobilnih aplikacij, je treba zagotoviti ustrezne regulative, certifikate, pa tudi standarde za interoperabilnost med različnimi aplikacijami in platformami (Evropska komisija, 2014).

Ker gre v zdravstvu za še posebno občutljive osebne podatke, je bilo za večjo varnost poskrbljeno s prenovo direktive o varstvu podatkov. Nova direktiva 95/46/EC (General Data Protection Regulation) je bila objavljena maja 2016, države EU pa morajo svojo zakonodajo z njo uskladiti do maja 2018 (Evropska komisija, 2016).

Študiji PwC in GSMA ocenjujeta, da bi z m-zdravjem lahko samo v Evropski uniji prihranili 99 milijard evrov. Ocene kažejo največje prihranke pri wellnesu/preventivi (69 milijard) in zdravljenju/spremljanju (32 milijard), pri čemer so že upoštevani stroški m-zdravja v višini 6,2 milijarde evrov (Evropska komisija, 2014).

3 Aplikacije mobilnega zdravja

3.1 Aplikacije m-zdravja za prebivalce

V svetu je na voljo že okrog 97.000 mobilnih aplikacij s področja zdravja, pri čemer je približno 70 % namenjenih laikom. Gre predvsem za aplikacije, ki omogočajo spremljanje dejavnikov zdravega življenja (količina gibanja, srčni utrip, količina popite vode, vnos kalorij...), vsebujejo lahko tudi preventivne nasvete in pomoč pri obvladovanju kroničnih bolezni (npr. sladkorne bolezni). V seznamu 10 najboljših aplikacij za laike s področja m-zdravja (po priporočilih zdravnikov) najdemo: aplikacije s področja prve pomoči (First Aid, Pocket First Aid & CPR, Emergency First Aid/Treatment), s področja prehrane in nadzora telesne teže (Fooducate – Healthy Food Diet in Weight Watchers Mobile), za nadzor nad krvnim sladkorjem in delovanjem srca (Glucose Buddy – Diabetes Log in Instant Heart Rate), zelo priljubljena je tudi aplikacija za sproščanje in boljše spanje (White Noise Free) (Wicklund, 2015). Ob naraščajočem številu pojava kožnega raka velja izpostaviti še napredno aplikacijo Doctor Mole, ki omogoča slikanje kožnih znamenj in njihovo analizo, tudi spremembe v času in alarmiranje v primeru kritičnih sprememb (Čizmić, 2014).

Pri uporabi takšnih aplikacij pa moramo biti pozorni, kje se hranijo zbrani podatki, kdo vse do njih lahko dostopa in jih obdeluje. Norveška potrošniška organizacija Forbrukerradet je namreč ugotovila, da splošni pogoji pregledanih aplikacij ne nudijo ustreznega varstva potrošnika, saj nekatere aplikacije od nas zahtevajo, da se odredimo zasebnosti nad vneseno vsebino, tudi nad profilno fotografijo in uporabniškim imenom (npr. aplikacija MyFitnessPal) (RTVSlo, 2016). Dodatno je bilo ugotovljeno, da informacije, ki jih vnašajo uporabniki, krožijo med različnimi podjetji po vsem svetu, o čemer potrošnik ni obveščen (RTVSlo, 2016). Zato moramo biti uporabniki previdni in pred namestitvijo vsake aplikacije preveriti mnenja obstoječih uporabnikov in potrošniških organizacij na spletu o ponudniku in sami aplikaciji.

3.2 Aplikacije m-zdravja za zdravstveno osebje

Pri mobilnih aplikacijah za zdravstveno osebje moramo razlikovati dve večji skupini: splošno namenske aplikacije m-zdravja in interno razvite aplikacije m-zdravja. Med splošno namenske štejejo aplikacije namenjene izobraževanju. To so razni slovarji, leksikoni in registri s področja zdravstva. Na spletni strani Android Medical (2016) tako najdemo bogato, po kategorijah urejeno zbirko mobilnih aplikacij za splošne namene, ki pa so lahko zelo koristne za študente zdravstvenih ved in tudi za zdravstvene delavce. Pri tem lahko izpostavimo aplikacije za učenje anatomije, homeopatije, prve pomoči, različne medicinske slovarje, slovarje bolezni, slovarje zdravil, video posnetke operacij, dentalni simulator itd. Aplikacije z enakimi ali podobnimi funkcionalnostmi so na voljo tudi uporabnikom Applovih mobilnih naprav v spletni trgovini iTunes (2016). Pregled opravil, ki jih lahko zdravstveni delavci opravijo hitreje in učinkoviteje s pomočjo mobilnih aplikacij lahko delimo v naslednje kategorije (Ventola, 2014): upravljanje informacij (tekst, avdio, video, branje e-gradiv, fotografiranje), upravljanje s časom (sestanki, naročanje), dostop in upravljanje zdravstve-

nih zapisov, komuniciranje in svetovanje (klici, besedilna sporočila, video sporočila, e-pošta, video konference, socialna omrežja), informiranje (medicinske novice, revije in druga literatura, registri zdravil), klinični sistemi za podporo odločanja, spremljanje pacientov ter strokovno izobraževanje in usposabljanje. Za navedena področja so predstavljene tudi konkretne mobilne aplikacije in portali, ki jih posameznik lahko naloži in uporablja. Med njimi je tudi veliko brezplačnih.

Interne aplikacije pa so tiste, ki jih zdravstvene ustanove v sodelovanju z IT podjetji razvijajo glede na svoje specifične potrebe in so namenjene dostopu do informacijskega sistema bolnišnice ali zdravstvenega doma tudi preko mobilnih naprav (npr. v pacientovi sobi, na bolnišničnem hodniku, v diagnostični sobi). Pri teh aplikacijah je treba razviti tudi vmesnike za hitro in varno povezovanje z najrazličnejšimi obstoječimi bazami podatkov, kar pa je zaradi heterogenosti obstoječih informacijskih sistemov znotraj zdravstvenih zavodov in odpora do uvajanja sprememb pogosto zelo zahtevna naloga.

4 Stanje mobilnega zdravja v Sloveniji

4.1 Tehnološki vidik

Lahko rečemo, da je Slovenija z infrastrukturnega vidika dokaj ustrezno pripravljena na koriščenje mobilnih tehnologij, saj je leta 2008 število mobilnih priključkov preraslo število fiksnih in je konec istega leta število aktivnih kartic SIM preseglo število prebivalcev (Štern, 2010). Poleg mobilnih telefonov je v zadnjih letih porasla raba tabličnih računalnikov, večina mlajših pa je svoj stari mobilni telefon zamenjala za pametni mobilni telefon. Trendu so sledili tudi mobilni operaterji z izgradnjo omrežja LTE/4G, ki omogoča hitrejši prenos podatkov, s tem pa tudi hitro delovanje mobilnih aplikacij, ki vsebujejo slikovne in video vsebine. Operaterji so spremenili tudi ponudbo paketov, ki vključujejo velike količine prenosa podatkov po zmernih cenah in tako zagotovili široko dostopnost sodobnih mobilnih storitev (Android SloTK, 2016).

Medtem ko je mobilna infrastruktura že dobro razvita in dostopna, pa bo treba v prihodnosti pozornost posvečati predvsem izzivom informacijske varnosti in interoperabilnosti rešitev, kar je bilo izpostavljeno že v Zeleni knjigi o mobilnem zdravju. V prihodnosti bo treba vzpostaviti standarde, ki bodo razvijalcem mobilnih aplikacij omogočali povečati interoperabilnost rešitev (med različnimi mobilnimi aplikacijami ter med mobilnimi aplikacijami in obstoječimi informacijskimi sistemi v zdravstvu). Pri tem pa bo treba zagotoviti, da večja interoperabilnost ne bi posledično pomenila slabše varnosti oziroma nenadzorovanega uhajanja zaupnih informacij. Izboljšave bodo potrebne tudi na področju pravnih zahtev za mobilne aplikacije. Zaenkrat ni dovolj jasno definirano, katere aplikacije spadajo v kategorijo za zdrav življenjski slog in katere med medicinske pripomočke, za katere je treba pridobiti ustrezen certifikat (Evropska komisija, 2014; EU Odbor regij, 2014).

4.2 Uporabniški vidik

Poleg tehnološke pripravljenosti pa morajo biti na sprejem novih načinov dostopa do zdravstvenih storitev pripravljeni predvsem uporabniki. Pri uvajanju aplikacij m-zdravja je treba veliko pozornosti posvetiti ozaveščanju uporabnikov (prebivalcev in zdravstvenih delavcev) o informacijski varnosti pri rabi mobilnih naprav in obravnavati tudi pomisleke glede uporabe zbranih podatkov. Tuje in domače raziskave namreč kažejo, da zdravstveni delavci nimajo zadostnega znanja s področja informatike in informacijske varnosti že pri uporabi obstoječih rešitev na namiznih računalnikih (Mikuletič in sodelavci, 2015). Markelj in Bernik (2013) ugotavljata tudi, da slovenski uporabniki slabo poznajo in redko uporabljajo naprednejše varnostne mehanizme, npr. enkripcijo podatkov na mobilni napravi ali izbris vsebine z mobilne naprave na daljavo. Podobno ugotavljajo tudi Whipple in sodelavci (2012), ki so izvedli raziskavo med študenti medicine v ZDA. Če ne bodo izvedena ustrezna usposabljanja uporabnikov, lahko pričakujemo povečanje številna varnostnih incidentov, ko bodo mobilne naprave vsakodnevno v rabi tudi pri strokovnem delu.

4.3 Slovenske aplikacije m-zdravja

V Sloveniji je m-zdravje na nacionalni ravni vključeno v projekte e-zdravja. Pogosto se m-zdravje obravnava tudi kot prilagoditev funkcionalnosti določene aplikacije še za mobilno napravo. Izven nacionalnih projektov m-zdravja pa se v Sloveniji razvijajo še druge inovativne mobilne aplikacije s področja zdravja, prikazane v tabeli 1. Nekatere med njimi so se uveljavile tudi svetovnem merilu (npr. RheumaHelper). V določenih slovenskih bolnišnicah, npr. na Pediatrični kliniki v Ljubljani zdravstveno osebe že uporablja mobilne naprave s specializiranimi aplikacijami in glede na svetovne trende je pričakovati, da se bo število le-teh povečevalo. Poleg tega številni med njimi uporabljajo svoje mobilne naprave tudi za dostop do službene e-pošte, kar zopet povečuje varnostno tveganje (Vrhovec, 2016).

Tabela 1: Mobilne aplikacije slovenskih razvijalcev na zdravstvenem področju

<i>Naziv aplikacije</i>	<i>Ponudnik</i>	<i>Opis funkcionalnosti</i>
iHELP	MIDS inteligentno reševanje življenj d.o.o.	Namenjena je hitremu SOS obveščanju v primeru nujnih zdravstvenih stanj. Z aplikacijo lahko pomagamo sebi oziroma drugemu, v primeru nenadnega srčnega zastoja ali ob drugih nesrečah: alarmira nujne kontakte, iHELP uporabnike in reševalce, sproži klic na reševalno službo, vsebuje bazo lokacij defibrilatorjev, vodi skozi temeljne postopke oživljanja, najde najbližjo lokacijo defibrilatorja (AED), lekarno, bolnišnico oz. zdravstveni dom (MIDS, 2016).
DeSA	Laboratorij za telekomunikacije na Fakulteti za elektrotehniko s partnerji	Pacientom z diabetesom omogoča, da samostojno nadzorujejo svoje zdravstveno stanje in pošiljajo podatke o njem tudi svojemu zdravniku (LTFE, 2016).
2in1.SMART SET	VPD Bled, d. o. o.	Omogoča spremljanje koncentracije glukoze v krvi s pomočjo mobilne aplikacije in manjšega adapterja, ki se namesti v režo za slušalke na pametnem telefonu (Vrbnjak in sodelavci, 2015).

Prva pomoč	Rdeči križ Slovenije s partnerji	Prva pomoč pokriva dva usklajena sklopa vsebin: povečanje ravni znanja iz prve pomoči med splošno populacijo in pomoč uporabnikom za učinkovito nudenje prve pomoči (Telekom Slovenije, 2013).
ASPO	Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana s partnerji	Daje konkretne odgovore in pomaga uporabnikom pri ozaveščanju, informiranju in svetovanju o spolno prenosljivih okužbah in spolnem vedenju. V svetovnem merilu aplikacija spada med peščico aplikacij z najkompleksnejšo vsebino s tega področja in je primerna za vsakogar (Android Slo, 2016).
LifeSal	FlawlessCode	Vsebuje: opomnik jemanja zdravil, najbližje lekarne, menstrualni koledar, števec kalorij, indeks telesne mase, vreme in počutje (FlawlessCode, 2015).
AKWA	Housing	Pomaga pri zagotavljanju ustrezne dnevne hidracije, saj uporabnika opozarja na pitje vode (Android Slo, 2014).
24alife	Mikropis	Je celovita rešitev za manj stresno, bolj aktivno in bolj zdravo življenje. Kombinira znanje s področja medicine, psihologije, prehrane in športa. Uporablja se skupaj s portalom Alife (24alife.com), na katerega se lahko registriramo brezplačno (Mikropis, 2016).
Leaf	Bellabeat	Obesek in mobilna aplikacija za ženske, ki omogočata merjenje dnevnih aktivnosti, dihanja in spanja. Prenos zajetih podatkov na mobilni telefon poteka brezžično. Mobilna aplikacija je namenjena analizi in prikazu podatkov z obeska. Vsebuje tudi vodič za meditacijo (Bellabeat, 2016).
Instant Heart Rate Sleep Time Glucose Buddy Fitness Buddy	Azumio	Aplikacije za merjenje srčnega utripa, fitnes, spremljanje spanja, spremljanje krvnega sladkorja (Azumio, 2016).
RA Helper in SpA Helper	Modra jagoda (Mediatelly)	Aplikaciji sta namenjeni pacientom z revmatoidnim artritismom in spondiloartritisom. Aplikaciji se za zdaj med pacienti še nista dobro razširili (Modra jagoda, 2016).
RheumaHelper	Modra jagoda (Mediatelly)	Aplikacija je namenjena zdravnikom revmatologom, ki jim z različnimi izračuni pomaga diagnosticirati in spremljati potek različnih revmatskih obolenj. Uporabljajo jo revmatologi pri nas in v tujini in je bila tudi nagrajena (Modra jagoda, 2016).
Register zdravil	Modra jagoda (Mediatelly)	Register zdravil vsebuje podrobne informacije za več kot 7.000 zdravil. Med zdravniki je zelo priljubljena, saj jo uporablja vsak drugi slovenski zdravnik. Uporablja se tudi na Hrvaškem, v Srbiji in na Češkem (Modra jagoda, 2016).

Vir: Rožanec, A. in Lahajnar, S. (2016). Mobilne aplikacije slovenskih razvijalcev s področja zdravja.

Zdravstveni delavci se večinoma zavedajo, da bo mobilna tehnologija njim in starajočemu se prebivalstvu v prihodnosti lahko veliko pomagala pri večji samostojnosti, varnosti, nadzorom nad potekom kroničnih bolezni, rednem jemanju zdravil (npr. inzulinska črpalka, mobilna aplikacija z opomniki in alarmi), boljšem sodelovanju med zdravniki in pacienti (komunikacija in spremljanje bolnika brez fizičnega obiska v ambulantni), pa tudi za konzultacije med samimi zdravniki (Healthday.si, 2015), niso

pa vsi še ustrezno usposobljeni za njeno učinkovito in varno uporabo. Tehnologija bo nujno potrebna, saj se število starejših prebivalcev in pacientov s kroničnimi boleznimi stalno povečuje, število zdravnikov pa se ne bo toliko povečalo, da bi bili ob nespremenjenih načinih dela lahko vsi pacienti dovolj kakovostno obravnavni.

5 Sklep

Število, raznovrstnost in zmogljivost mobilnih naprav in aplikacij narašča. Omočajo nam boljšo povezljivost, sodelovanje, kreativnost in obveščenost kjerkoli in kadarkoli, tako v zasebnem življenju kot na delovnem mestu, zaradi česar smo lahko učinkovitejši, uspešnejši in bolj zadovoljni. Pri tem pa morajo uporabniki poznati varnostne ukrepe za zagotovitev zaupnosti, integritete in razpoložljivosti na mobilnih napravah in na aplikacijah shranjenih podatkov ter se zavedati tveganj, povezanih z delom izven varnega omrežja organizacije.

V spletnih trgovinah Android Medical in iTunes za najpopularnejši platformi mobilnih naprav Android in iOS že najdemo številne aplikacije m-zdravja. Laiki jih lahko uporabimo za preventivno spremljanje svojega zdravja, pacienti z določenimi kroničnimi boleznimi (npr. diabetesom) pa za pomoč pri njihovem lažjem obvladovanju (npr. razni opomniki za jemanje zdravil). Na voljo je tudi veliko mobilnih aplikacij za izobraževanje, ki so lahko koristne tako za študente zdravstvenih ved kot tudi za že zaposlene zdravstvene delavce različnih profilov.

V Sloveniji se koristi m-zdravja nekateri zdravstveni delavci kot tudi razvijalci aplikacij že dobro zavedajo, zato so svoje znanje in moči združili pri razvoju mobilnih aplikacij, predstavljenih v tabeli 1 tega članka. Za preostale pa upamo, da vas je članek vzpodbudil k uporabi katere od aplikacij m-zdravja ali celo k sodelovanju pri razvoju novih.

Alenka Rožanec, PhD, Sebastian Lahajnar, PhD

Mobile Applications: Modern Aid in Health and Welfare

During the last decade mobile technology, devices and applications have become the fastest growing type of information technology. Mobile technologies allow better flow of information, connectivity, cooperation and creativity. We could hardly imagine our private lives without them. All of the above features of mobile technology can be used in the workplace as well, allowing us to be more successful and satisfied with the work we do. The area of health is no exception, especially when the use of mobile technology can help save lives. We believe that we fail to seize the opportunities offered by mobile devices concerning preventive healthcare and chronic diseases monitoring, as well as the work of healthcare professionals.

In recent years, the term mobile health or m-Health has become popular with mobile users, along with e-Health – the introduction of electronic solutions to increase quality and efficiency of health services. m-Health emphasizes the use of mobile networks, mobile data terminals (MDT) and services to improve health and health-care. It is based on mobile devices such as smart phones, tablet computers, personal digital assistants (PDA) and other wireless devices which allow a wide range of services used anywhere (Štern, 2010). In 2014 the European Commission issued a strategic document called the Green Paper on mobile health (m-Health), which is the cornerstone of a unified approach for development of this field in the European Union. The purpose of implementing m-Health is backed by the PwC and GSMA studies which estimate that m-Health could save the European Union 99 billion EUR (Evropska komisija, 2014).

There are around 97,000 mobile applications (apps) in the healthcare area, 70 percent intended for the lay public. These are mostly apps which allow the user to track healthy lifestyle factors (e.g. exercise, heart rate, the amount of water consumed, calorie watchers, etc ...), to receive advice about preventive care and help with controlling chronic diseases like diabetes. A list of the ten best m-Health apps for the lay public (recommended by doctors) for both iOS and Android can be found on the website (Wicklund, 2015). The list comprises: first aid apps (First Aid, Pocket First, Aid & CPR and Emergency First Aid/Treatment), diet and weight control apps (Fooducate – Healthy Food Diet and Weight Watchers Mobile), blood sugar and cardio-vascular apps (Glucose Buddy – Diabetes Log and Instant Heart Rate). A very popular application is also White Noise Free, which helps the user relax and sleep better. While skin cancer is becoming increasingly common, it is worth mentioning the advanced application Doctor Mole, which allows the user to take pictures of moles and receive an analysis from them as well as receive an alarm notice when detected critical changes appear (Čizmić, 2014).

Mobile applications (apps) for healthcare professionals can be divided into two groups: general m-Health apps and internally developed m-Health apps. The general apps are those with an educational purpose like dictionaries, lexicons and registers from the field of health found on websites like Android Medical (2016) and iTunes (2016), subsections Health & Fitness and Medical. Internal applications are those developed by health institutions in cooperation with IT companies in order to suit their specific information needs. These applications allow access to the information system of a hospital or community health centre via mobile devices, for instance in the patient's room, hospital hall or a diagnostic room.

From the view of its telecommunication infrastructure, Slovenia is mostly prepared for the use of mobile technologies, due to LTE/4G networks which allow quick access to mobile services and cover a large area. Users have already accepted the mobile technology, considering that the number of SIM cards surpasses the number of inhabitants and that smart phones and tablets are becoming increasingly popular. The infrastructure and a high acceptance of mobile technology by the inhabitants are a good foundation for its use in healthcare. While infrastructure is well-developed and

accessible, there is a need to carefully address the challenges of information security and interoperability of solutions, as pointed out in the Green Paper on m-Health. Improvements also need to be made in the area of legal demands regarding mobile applications. At the moment it is unclear which applications can be placed in the category of healthy lifestyle and which should go under healthcare/medical devices (Evropska komisija, 2014, EU Odbor regij, 2014).

Aside from the willingness to accept technology, the users must be ready to accept new ways of accessing healthcare services. The implementation of m-Health applications demands awareness-raising among users (the public and healthcare professionals) about the information security issues when using mobile devices and also consider misgivings regarding the use of collected data. Research conducted in Slovenia and abroad shows that healthcare professionals do not have sufficient IT and information security knowledge even for using existing applications on desktop computers (Mikuletič et al., 2015), so appropriate users training will be necessary. Markelj and Bernik (2013) find that Slovene users have poor knowledge of advanced security mechanisms (e. g. encryption or remote deletion of mobile device content) and rarely use them.

In Slovenia, m-Health is a part of e-Health projects, while some healthcare institutions also develop m-Health apps to satisfy their specific needs. The mobile technology could help the aging population to stay independent longer, better control chronic diseases, regularly take their medicines, better cooperate with doctors (communication and monitoring the patient without the need for doctor visits), as well as provide consultations among doctors (Healthday.si, 2015). Technology will become of the utmost importance because the number of older people and patients with chronic diseases is increasing and the number of doctors does not suffice. Since some healthcare workers have already acknowledged the possibilities offered by mobile technologies, they have combined their knowledge with developers of mobile apps. Thus Slovenia already has quite a number of quality mobile apps.

The largest quantity of apps has been developed, much like abroad, in the area of fitness and preventive healthcare. The company Azumio has developed as many as four applications. An app which measures heart rate (Instant Heart Rate), a fitness app (Fitness Buddy), sleep tracker (Sleep Time) and app for tracking blood sugar (Glucose Buddy). The LifeSal (FlawlessCode, 2015) app reminds the user when to take their medicine, find the nearest drug store, a period calendar, calories counter, BMI, weather tracking and well-being. 24alife (Mikropis, 2016) is a comprehensive solution for a less stressful, more active and healthier life. It combines the knowledge from the fields of medicine, psychology, diet and sport. Akwa helps the user keep track of daily hydration and reminds the user when he needs to drink a glass of water (Android Slo, 2014). Bellabeat's Leaf is a health tracker, designed as a nice woman jewellery, keeping track of daily activities, breathing, steps taken and calories burned, duration and quality of sleeping and it also includes a meditation guide. It connects to a mobile device and send collected data to the Leaf by Bellabeat app.

There are also some applications which help patients control chronic diseases. Diabetes patients can use the DeSA (LTFE, 2016) or 2in1 SMART SET (Vrbnjak et al., 2015) apps to track their blood sugar. The clinic for infectious diseases and febrile states has overseen the development of an application ASPO which provides answers and helps users with information, awareness-raising and advice on sexually transmitted diseases and sexual behaviour (Android Slo, 2016).

Combining the knowledge of Slovenian rheumatologists and mobile apps developers, the company Modra Jagoda has developed two apps from the field of rheumatology. RA Helper is an app which helps doctors to diagnose and track various rheumatoid conditions. It is used by rheumatologists in Slovenia and abroad and it has also received an award. The same company has also developed a register of medicines which provides detailed information for over 7,000 drugs registered in Slovenia. It is highly popular among doctors, as it is used by every other Slovene doctor. It is also used in Croatia, Serbia and the Czech Republic (Modra jagoda, 2016).

It is worth mentioning two more applications which help to save lives. The Slovenian Red Cross has developed Prva pomoč app, which helps to increase the level of knowledge of first aid among the general population and helps users at giving first aid. Even more innovative is the iHELP app (Telekom Slovenije, 2015), which allows the user to build a network of contacts which are alarmed in case of a cardiac arrest or other accidents.

The app also contains a defibrillators locations database, pharmacies, hospitals and community health centres. In case of an accident, the app uses the GPS location and find the nearest defibrillator, makes a call to the nearest rescue service and alarms the emergency contact and other iHELP users nearby. Another merit of the app is that it can guide a lay person through the basic resuscitation procedures so that help is provided before the paramedics arrive, because in the case of cardiac arrest, every second of proper resuscitation is very important.

We can conclude that in Slovenia, many are aware of the possibilities that mobile technologies offer in the field of healthcare, as many applications have already been developed. We hope that this article will encourage those who have not yet used these kinds of apps to download and try one or even develop it.

LITERATURA

1. Android Medical (2016). Pridobljeno dne 22. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.androidmedical.com>.
2. Android Slo (2014). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.android-slo.tk/aplikacije/slovenske-aplikacije/456-aplikacija-skrbi-za-pitje-vode>.
3. Android Slo (2016). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.android-slo.tk/aplikacije/slovenske-aplikacije/4946-slovenci-razvili-aplikacijo-o-spolnih-bolezni-in-vedenju>.
4. Android SloTK (2016). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.android-slo.tk/mobilni-operatorji>.
5. Azumio (2016). Pridobljeno dne 29. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.azumio.com>.

6. Basenese, L. (2011). This is the Biggest Tech Trend Ever... and These 10 Stats Prove It. Pridobljeno dne 11. 11. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.wallstreetdaily.com/2011/06/20/10-reason-for-biggest-tech-trend/>.
7. Bellabeat (2016). Pridobljeno dne 20. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://www.bellabeat.com/>.
8. Čizmič, M. (2014). 8 najboljih aplikacija za pračenje zdravlja. Pridobljeno dne 22. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.womeninadria.com/aplikacija-za-pracenje-zdravlja/>.
9. EU Odbor regij (2014). Mnenje – Mobilno zdravje. Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://webapi.cor.europa.eu/documentsanonymous /COR-2014-04833-00-00-AC-TRA-SL.doc/content>.
10. Evropska komisija (2014). GREEN PAPER on mobile Health („mHealth“). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/green-paper-mobile-health-mhealth>.
11. Evropska komisija (2016). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://ec.europa.eu/justice/data-protection/>.
12. FlawlessCode (2015). Pridobljeno dne 17. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://play.google.com/store/apps/details?id=lifeSAL.namespace&hl=sl>.
13. Healthday.si (2015). Pridobljeno dne 20. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.healthday.si/speakers>.
14. Hinchcliffe, D. (2011). Pridobljeno dne 11. 11. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.zdnet.com/article/the-big-five-it-trends-of-the-next-half-decade-mobile-social-cloud-consumerization-and-big-data/>.
15. iTunes (2016). Pridobljeno dne 10. 7. 2016 s svetovnega spleta <https://itunes.apple.com/si/genre/ios-health-fitness/id6013?mt=8>.
16. LTFE (2016). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://desa.ltfе.org/>.
17. Markelj, B. in Bernik, I. (2013). Trendi uporabe mobilnih naprav. V: Bernik, I. in Markelj, B. (ur.). Sodobni aspekti informacijske varnosti. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede, str. 121–129.
18. Mids (2016). Pridobljeno 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: http://www.ihelp.si/podstran.php?kat=stran&stran=iHELP_aplikacija.
19. Mikropis (2016). Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://play.google.com/store/apps/details?id=si.alife.mobile>.
20. Mikuletič, S. in sod. (2015). Informacijska zasebnost in varovanje pacientovih podatkov. Revija za zdravstvene vede, 2, št. 1, str. 19–35.
21. Modra jagoda (2016). Pridobljeno dne 20. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://play.google.com/store/apps/developer?id=Modra+Jagoda&hl=sl>.
22. RTVSlo (2016). Z aplikacijami za rekreacijo in zdravje zlahka delite preveč. Pridobljeno dne 21. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://www.rtvsllo.si/zdravje/zdravo-zivljenje/z-aplikacijami-za-rekreacijo-in-zdravje-zlahka-delite-prevec/386607>.
23. Statista (2016). Pridobljeno dne 11. 11. 2016 s svetovnega spleta: <https://www.statista.com/statistics/272595/global-shipments-forecast-for-tablets-laptops-and-desktop-pcs/>.
24. Štern, A. (2010). Storitve in tehnologije m-zdravja. V: Zajc, B. in Trost, A. (ur.). Zbornik devetnajste mednarodne Elektrotehniške in računalniške konference ERK 2010, Portorož, Slovenija, Zv. A, str. 133–136.
25. Telekom Slovenije (2013). Pridobljeno dne 17. 6. 2016 s svetovnega spleta: <https://play.google.com/store/apps/details?id=si.telekom.PrvaPomoc>.
26. Ventola, C. L. (2014). Mobile Devices and Apps for Health Care Professionals: Uses and Benefits. Pharmacy and Therapeutics, 39, št. 5, str. 356–364.
27. Vrbnjak, D. in sod. (2015). Obvladovanje sladkorne bolezni v okviru m-zdravja. Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://ims.mf.uni-lj.si/archive/20%281-2%29/21.pdf>.
28. Vrhovec, S. (2016). Varnostni izzivi uporabe mobilnih naprav v zdravstvu. Uporabna informatika, 24, št. 1, str. 40–44.

29. Whipple, E. C. in sod. (2012). Third year medical students knowledge of privacy and security issues concerning mobile devices. *Medical Teacher*, 34, št. 8, str. 532–548.
30. Wicklund, E. (2015). Top mHealth apps as rated by doctors. Pridobljeno dne 16. 6. 2016 s svetovnega spleta: <http://mobihealthnews.com/news/top-mhealth-apps-rated-doctors>.

Dr. Alenka Rožanec, višja predavateljica na Fakulteti za upravljanje, poslovanje in informatiko Novo mesto.
E-naslov: alenka.rozanec@guest.arnes.si

Dr. Sebastian Lahajnar, BPMLAB in docent na Fakulteti za upravljanje, poslovanje in informatiko Novo mesto.
E-naslov: sebastian.lahajnar@siol.net

NAVODILA AVTORJEM

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

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

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

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

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

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

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

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

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

